

POLIARTRITIS**Dra. Olivia Sanz Martínez**

M.I.R. en Medicina Familiar y Comunitaria

CLASIFICACIÓN

- **Según el número:**
 - Monoartritis.
 - Oligoartritis: 2-3 articulaciones.
 - Poliartritis: 4 ó más articulaciones.
- **Según el tiempo:**
 - Aguda: < 6 semanas.
 - Crónica: > 6 semanas.
- **Según el patrón de afectación articular:**
 - Intermitente: los episodios inflamatorios se alternan con períodos asintomáticos.
 - Migratorio: cuando desaparece la inflamación en una articulación se afecta otra, y así sucesivamente, sin períodos asintomáticos.
 - Aditivo: se afectan progresivamente más articulaciones, sin haber desaparecido la inflamación en las previas.

ETIOLOGÍA**ARTRITIS REUMATOIDE**

- Más frecuente en mujeres.
- Poliartritis aditiva, simétrica, erosiva (deformante). Generalmente comienzo insidioso, aunque en ocasiones agudo.
- Predomina en pequeñas articulaciones de MMSS (IFP, MCF, muñeca). Afectación cervical frecuente. NO IFD.
- Rigidez matutina > 30 minutos.
- **Rx:** erosiones, osteoporosis localizada, deformación.
- **Manifestaciones extraarticulares:** síndrome general, nódulos reumatoides (20%). Oculares: típica episcleritis.
- **Analítica:** factor reumatoide (80%).

ESPONDILOARTROPATÍAS

- Afectación axial: sacroilíacas y raquis.
- Afectación periférica: oligoartritis asimétrica, de predominio en grandes articulaciones de miembros inferiores.
- Entesitis: calcáneo y pelvis.
- Característica afectación ocular en forma de uveitis.
- Haplotipo HLA-B27 +.
- Tipos:
 - **Espandilitis anquilosante:** Más frecuente en varones jóvenes. Predomina afectación axial.
 - **Artritis reactivas:** Aparecen semanas después de una infección genital, gastrointestinal o faríngea. Característicamente oligoarticular, asimétrica, con afectación de IFD.
 - **Sdr. Reiter:** tríada uretritis, conjuntivitis y artritis. Afectación cutánea: queratoderma blenorrágico y balanitis circinada.
 - **Artropatía psoriásica:** Múltiples formas de comienzo. En ocasiones similar a artritis reumatoide, con afectación de interfalángicas distales.
 - **Artropatía enteropática:** asociada a EII.

FIEBRE REUMÁTICA

- Antecedente de infección faríngea por SBHGA.
- Poliartralgias y poliartritis migratoria, autolimitada.
- Las articulaciones más afectadas son rodillas, tobillos, codos y muñecas.
- **Manifestaciones extraarticulares:** fiebre, carditis, corea, nódulos subcutáneos, eritema marginado.
- **Analítica:** demostración de infección por SBHGA mediante cultivo faríngeo o aumento del título de ASLO.

ENFERMEDADES COLÁGENO-VASCULARES

- **Lupus Eritematoso Sistémico:**
 - Más frecuente en mujeres.
 - Poliartritis simétrica, NO erosiva (NO deformante).

- Manifestaciones extraarticulares: fiebre, rash cutáneo, afectación renal, serositis, SNC.
- Análítica: ANA (95%), anti-DNA, anti-SM, citopenias, Ac. antifosfolípido.
- **Esclerosis sistémica:**
 - Poliartritis NO erosiva, de predominio en pequeñas articulaciones.
 - Manifestaciones extraarticulares:
 - Fenómeno de Raynaud.
 - Afectación cutánea (fase edematosa, indurativa y atrófica).
 - Digestivas: más frecuente esofágica.
 - Pulmonares: fibrosis, hipertensión pulmonar.
 - Análítica: Ac. Anti-centrómero y anti-Scl70.
- **Vasculitis.**

MICROCRISTALINAS

- **Gota:**
 - Más frecuente en varones mayores de 40 años.
 - Afectación más frecuente monoarticular, muy típica la 1ª metatarso-falángica (PODAGRA), pero también tarso, tobillo, rodilla, muñeca...
 - Hasta 1/3 poliarticulares a lo largo de su evolución, agudas o crónicas asociada a tofos y nefropatía.
 - Eritema cutáneo que cura con descamación.
 - Producida por precipitación de cristales de urato en la articulación. Desencadenantes: abusos dietéticos o de ingesta alcohólica, traumas locales, diuréticos.
 - Diagnóstico: cristales de urato monosódico en líquido sinovial.
- **Condrocálcinos:**
 - Puede cursar de forma aguda (PSEUDOGOTA) o crónica-recurrente; como monoartritis, oligoartritis, o poliartritis.
 - Desencadenantes: acontecimientos estresantes como cirugía, traumatismo, ACV, IAM...
 - Rx: calcificación de cartílagos hialinos (meniscos, ligamento triangular del carpo).
 - Diagnóstico: cristales de pirofosfato cálcico intraleucocitarios en líquido sinovial.

POLIARTRITIS INFECCIOSAS

Se caracterizan por la triada fiebre, escalofríos y leucocitosis.

- **Artritis por Neisseria (gonocócica y meningocócica):**
 - En una alta proporción son poliarticulares/oligoarticulares, presentándose con un patrón migratorio. La afectación más frecuente es en tobillos, muñecas y tendones extensores del pie.
 - Lesiones cutáneas: en el caso de infección por gonococo estas son vesículo-pustulosas, mientras que en la meningococemia son de carácter petequial o maculares en las formas subagudas.
 - Diagnóstico: cultivos de sangre (rentabilidad baja) y del líquido sinovial en medios especiales. Exudados uretrales, faríngeo y anal.
- **Artritis por gérmenes piógenos:**
 - Típicamente monoarticular, pero entre el 10%-19% de los individuos adultos presentan afectación poliarticular. Más frecuente: rodillas, sacroilíacas, condrocostales y articulaciones vertebrales.
 - Patrón simultáneo en grandes articulaciones o aditivo a lo largo de 24-48 horas.
 - Factores de riesgo: uso de drogas por vía intravenosa, inmunosupresión y antecedentes de artritis reumatoide u otra poliartritis crónica.
 - El Staphylococcus aureus es el germen que más frecuentemente produce afectación poliarticular. Otros gérmenes responsables son estreptococo, neumococo y Haemophilus.
 - Los cultivos de líquido sinovial son positivos en el 90% de los casos.
- **Endocarditis:**
 - Síntomas extraarticulares: soplos cardiacos, hemorragias en astilla, esplenomegalia.

OTRAS CAUSAS

- **Sarcoidosis:**
 - Enfermedad granulomatosa sistémica.
 - Adenopatías hiliares bilaterales, afectación pulmonar, cutánea y ocular (uveítis).
 - Típica afectación periarticular de tobillos.
- **Amiloidosis.**
- **Otras:** trastornos hematológicos, neoplasias.

DIAGNÓSTICO**¿ES REALMENTE UNA ARTRITIS?**

- **Diagnóstico diferencial con:**
 - Artralgias.
 - Artrosis.
 - Procesos tendinosos y de partes blandas: bursitis, celulitis...
 - Polimialgia reumática, etc.
- 1. Dolor:**
 - Movilización: todos los movimientos.
 - Palpación: difuso.
- 2. Calor local y tumefacción de toda la articulación.**
- 3. Limitación del movimiento:** patrón capsular.

ANAMNESIS

- **Antecedentes personales e historia familiar:** predisponentes de artritis infecciosa. Enfermedades reumatológicas.
- **El dolor y sus características:**
 - **Inicio brusco:** artritis viral, por microcristales o, excepcionalmente, una poliartritis bacteriana en inmunodeprimidos.
 - **Aparición gradual:** artritis lúpica, psoriásica o reumatoide.
- **El número, patrón y cronología de las articulaciones afectadas.** Simetría o asimetría.
- **La fiebre:** sugiere etiología séptica (sobre todo si es elevada y se acompaña de mal estado general y escalofríos).
- **Diarreas previas:** artritis reactiva o enfermedad inflamatoria intestinal.
- **Alteraciones cutáneas.**
- **Ingesta previa de fármacos** como diuréticos, Pirazinamida, Etambutol o Aspirina que pueden provocar hiperuricemia aguda y poliartritis gotosa. La Hidralazina, Procainamida o Isoniacida pueden agudizar cuadros de lupus.
- **Presencia de infecciones asociadas.**
- **Hábitos sexuales.**

EXPLORACIÓN

Es fundamental una meticolosa exploración tanto general (constantes vitales, auscultación cardiopulmonar, exploración ocular) como articular; y valorar específicamente la presencia de:

- Adenopatías o nódulos.
- Visceromegalias.
- Alteraciones mucocutáneas.
- Se debe valorar en las articulaciones:
 - Localización de la afectación.
 - Deformidad articular; diferenciar la artritis de la tumefacción periarticular y edemas de partes blandas.
 - Grado de limitación funcional activa y pasiva.
 - Presencia de alteraciones periarticulares: musculares, tendinosas o ligamentosas.
 - Alteraciones de la columna vertebral.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN URGENCIAS

- **Analítica sanguínea:**
 - Hemograma: leucopenia (LES), leucocitosis (infecciosa, AR).
 - Bioquímica: aumento de reactantes de fase aguda (fibrinógeno, proteína C reactiva, VSG).
 - Coagulación.
- **Análisis de Orina:** anormales y sedimento.
- **Hemocultivos** si fiebre o sospecha de etiología infecciosa.
- **Artrócentesis:** Para descartar etiología séptica y diferenciar inflamatorias de no inflamatorias. Se deben adquirir 3 muestras:
 - Tinción Gram y cultivo.
 - Recuento celular y estudio bioquímico de proteínas y glucosa.
 - Examen de microcristales (microscopio de luz polarizada).
- **Radiografía:**
 - Radiografía de tórax.
 - Radiografía articular: poca información en inflamación aguda.

	NO INFLAMATORIO O MECÁNICO	INFLAMATORIO	PURULENTO	HEMORRÁGICO
Aspecto	Transparente	Traslúcido	Opaco	Hemático
Viscosidad	Alta	Baja	Baja	Baja
Cel/mm³	<2000	2000-50000	>50000	
Glucosa (% de la sérica)	100%	75-100%	<50%	100%
Coágulo de mucina	Regular	Frágil	Frágil	
Etiología	Artrosis, trauma, osteonecrosis, artropatía neuropática	AR, LES, EA, fiebre reumática, artritis microcristalina	Artritis séptica	Trauma, coagulopatía, neuropatía

TRATAMIENTO

- **Medidas generales:**
 - Reposo relativo de las articulaciones en posición funcional.
 - Iniciar tratamiento con analgésicos y/o antiinflamatorios. En caso de sospecha séptica analgésico puro (codeína o tramadol) para no enmascarar fiebre que nos ayudará para el diagnóstico.
- **Según etiología:**
 - Séptica: antibiótico iv (según germen de sospecha).
 - Microcristalina: indometacina 50mg/6h (1º día) y 50mg/8h (hasta remisión) o colchicina según tolerancia intestinal. No modificar ni iniciar pauta de hipouricemiente.
 - Resto: AINE (indometacina, diclofenaco, naproxeno) asociado a protector gástrico en caso de indicación.
- Según etiología de la poliartritis, puede ser necesario un tratamiento específico por lo que en toda poliartritis **debe valorarse derivación a Consultas de Reumatología**.

CRITERIOS DE INGRESO

- Afectación importante del estado general y funcional.
- Sospecha de proceso neoplásico subyacente.
- Fiebre elevada.
- Sospecha de etiología séptica.