



Capítulo 85

MONOARTRITIS AGUDA

S. Redondo de Pedro - J. Zubieta Tabernero

INTRODUCCIÓN

- ▲ La *monoartritis* es definida como la inflamación (sinovitis) de una sola articulación; se considera como *aguda* (MA) cuando su duración es **inferior a 6 semanas**, si la supera se habla de *monoartritis crónica* (MC); cuando el compromiso articular afecta a dos o tres articulaciones, se habla de *oligoartritis*, y si afecta a más, de *poliartritis*.
- ▲ Debe diferenciarse de condiciones que simulan artritis, como la afectación de tejidos periarticulares (edema, abscesos, celulitis, paniculitis), estructuras yuxtarticulares (fasciitis, bursitis, tendinitis, miositis) e intrarticulares (ligamentos, osteomielitis, fracturas).

PRESENTACIÓN CLÍNICA

- ▲ Se puede presentar con una clínica llamativa, con enrojecimiento, calor, aumento de volumen de la articulación (a expensas del engrosamiento de la sinovial, de la cantidad del líquido articular y afectación de estructuras periarticulares) y dolor e impotencia funcional; el dolor es intenso, no desaparece con el reposo, es de predominio nocturno y aumenta con la movilización. Otras veces, la presentación es más lenta y menos aparatosa.
- ▲ El **enfoque clínico** incluye: 1. - Confirmar diagnóstico de articulación inflamada, excluyendo afección poliarticular y procesos peri y yuxtarticulares. 2. - Diagnóstico diferencial sobre todo entre artritis sépticas y otras causas, dado que precisan tratamiento precoz y específico. 3. - Tratamiento adecuado.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

1. ESTUDIO ANALÍTICO:

Se debe solicitar **hemograma** completo con recuento y fórmula leucocitaria, bioquímica sanguínea elemental y **sistemático de orina**.

2. RADIOLOGÍA:

- ▲ Se estudiará la articulación afecta y su simétrica. En el caso de sospecha de pseudogota, resulta útil la proyección de rodillas, sínfisis del pubis y ligamento triangular del carpo.
- ▲ Frecuentemente, sólo se observa un aumento de partes blandas, pero puede verse lesiones del hueso subcondral (osteoporosis localizadas, signos de osteocondritis, líneas de fractura, tumores óseos, signos de osteonecrosis aséptica), calcificaciones peri e intrarticulares, cuerpos extraños, condromas e incluso erosiones o geodas, a veces simulando MA y otras acompañándola.
- ▲ Eventualmente, un **TAC** puede confirmar osteocondritis, osteonecrosis, fracturas de esfuerzo, focos de osteomielitis y abscesos periarticulares y cuerpos extraños.
- ▲ La ecografía articular puede confirmar el diagnóstico en múltiples patologías peri y yuxtarticulares.

3. ARTROCENTESIS:

- ▲ La valoración del **líquido sinovial (LS)** (ver capítulo 6) (ver cuadro 85.1) debe realizarse en todos los pacientes con monoartritis, sobre todo si se sospecha infección articular. En articulaciones profundas, tipo caderas y sacroilíacas, la

artrocentesis puede realizarse bajo guía de ECO, TAC o fluoroscopia. Es esencial enviar el líquido a laboratorio inmediatamente después de su extracción, realizando:

- 3.1. **Examen macroscópico:** es muy simple, según el grado de transparencia o turbidez, nos orienta hacia un problema mecánico, inflamatorio, claramente séptico o si hay sangre en la cavidad a hemorrágico.
- 3.2. **Recuento celular:** se cuantifica *si* $< 2.000 \text{ cél. / mm}^3$: líquido **mecánico**; *entre* 2.000 y $50.000 \text{ cél. / mm}^3$: líquido **inflamatorio**; $> 50.000 \text{ cél. / mm}^3$: **posibilidad infecciosa**, siendo **séptico** *si* $> 100.000 \text{ cél. / mm}^3$. Existen excepciones a esta clasificación. Podemos encontrar recuentos < 50.000 : Tuberculosis, gonococo, Brucela, hongos e incluso algunas artritis por gérmenes piógenos, sobre todo estafilococo. Recuentos > 50.000 : monoartritis microcristalinas, artritis reumatoide, artritis psoriásica y síndrome de Reiter.
- 3.3. **Tinción de Gram urgente y cultivos de líquido sinovial** son siempre necesarios; puede ser conveniente solicitar cultivos de LS en medios especiales (micobacterias, hongos, Neisseria). Son obligados ante sospecha de artritis infecciosa hemocultivos, cultivos de orina, orofaringe y posibles fuentes distantes.

Cuadro 85.1: Características diferenciales del LS

	NORMAL	INFLAMATORIO	SÉPTICO	NO INFLAMATORIO
ASPECTO	Trasparente Incoloro	Opaco, traslúcido amarillo	Opaco, amarillo	Trasparente, amarillo
VISCOSIDAD	Alta	Baja	Variable	Alta
LEUCOCITOS	$< 200/\text{mm}^3$	5.000 - 75.000/ mm^3	$> 50.000/\text{mm}^3$	200 - 2.000/ mm^3
GLUCOSA	Normal	$< 50\%$ glucemia	$< 50\%$ glucemia	Normal
PMN (%)	< 25	> 50	> 75	< 25
GÉRMENES	No	No	Frecuente	No

- 3.4. **Estudio bioquímico: glucosa** cuando es cercana a 0 mg puede ser indicativa de artritis tuberculosa y reumatoide, se encuentra descendida en líquidos celulares aunque no sean infecciosos, cuando es $< 50 \text{ mg.}$ con respecto a la glucemia capilar indica líquido séptico.
- 3.5. **Estudio del líquido, para identificar cristales.** La forma más fácil de verlos es con microscopio óptico de luz polarizada.

ETIOLOGÍA

Para llegar a un diagnóstico correcto, es fundamental realizar una **buena Historia Clínica y una cuidadosa exploración física**. En la Historia Clínica se deben recoger datos que nos orienten hacia una u otra patología; tales como la edad del individuo, sexo, oficio, comienzo, localización anatómica, factores predisponentes o concomitantes (hábitos sexuales, uso de drogas o medicamentos, etilismo crónico, traumatismos) y muy especialmente focos probables de infección.



1. ARTRITIS MICROCRISTALINAS

1.1. Artritis gotosa: suele presentarse con mayor frecuencia en varones mayores de 40 años. La podagra, inflamación aguda de la 1ª articulación **metatarsofalángica**, es la manifestación inicial de la enfermedad en casi la mitad de los pacientes, en el resto la enfermedad se inicia como una monoartritis aguda de tarso, tobillo, rodilla, muñeca o de alguna articulación metacarpofalángica, inflamación del Tendón de Aquiles o bursa olecraniana. Los signos característicos son el dolor y la tumefacción. En aquellas articulaciones situadas cerca de la superficie corporal, es habitual la presencia de eritema, que al resolverse produce descamación cutánea. Los **factores asociados** a ataques agudos de gota son: abusos dietéticos o de ingesta alcohólica, traumas locales, diuréticos.

1.2. Condrocálcinosis: tiene varias formas de evolución crónica, aunque suele presentarse un acceso agudo llamado **Pseudogota**. Ésta, como la gota, puede desencadenarse por acontecimientos estresantes como cirugía, infarto de miocardio, accidentes cerebrovasculares o traumatismos. Se produce de forma repentina e intensa, como en la gota, en crisis o ataques, que suelen ser menos dolorosos, autolimitados y pueden acompañarse de fiebre. La **rodilla** es la articulación más frecuentemente afectada. Hay muchas enfermedades que pueden asociarse a condrocálcinosis.

2 ARTRITIS SÉPTICAS: generalmente son monoarticulares y en articulaciones de gran tamaño. Los factores que influyen en la susceptibilidad a la infección son: pacientes inmunodeprimidos o tratados con citotóxicos o corticoesteroides, diabetes, insuficiencia renal, enfermedad hepática, linfomas y carcinomas; instrumentación urogenital; cateterismos intravenosos; especialmente sospechosas son las artropatías en tratamiento con inmunosupresores con MA que escapa al tratamiento.

Cuadro 85.2: Etiología más frecuente de artritis bacteriana según edad

EDAD	GÉRMINES
< 3 meses	S. aureus, Enterobacterias, Estreptococo p.
3-6 meses	S. aureus, H. influenzae, Estreptococo, Enterobacterias.
Adultos sin contactos sexuales fuera de pareja	S. aureus, Estreptococo A, Enterobacterias.
Adultos con contactos fuera pareja	Gonococo.
Artritis por inoculación directa (punción, cirugía, prótesis)	S. epidermidis (40%), S. aureus (20%), Enterobacterias, Pseudomonas.

- ▲ La articulación presenta signos inflamatorios generalmente llamativos con **dolor intenso**, incluso en reposo absoluto que no permite la movilización articular e **impotencia marcada** y precoz; puede establecerse una atrofia precoz muscular, con contracturas; suelen aparecer adenopatías y pueden aparecer abscesos de partes blandas.

3. OTRAS ARTRITIS

- ▲ Las **artritis reactivas**, después de infección gastrointestinal (Salmonella, Shigella, Yersinia) o genitourinaria, incluyendo la fiebre reumática y también las artritis postestreptocócicas pueden aparecer como MA / oligoartritis con LS inflamatorio, simulando artritis séptica.
- ▲ También pueden debutar como MA / oligoartritis, la espondilitis anquilopoyética y las artropatías secundarias a colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, formas graves de acné y síndrome SAPHO. En la **artritis reumatoide juvenil**, es más frecuente la presentación como monoartritis a veces con fiebre alta y escalofríos; menos en la forma del adulto.
- ▲ Esporádicamente puede haber MA en la Fiebre mediterránea familiar, Behcet y en la Sinovitis Eosinofílica.
- ▲ Ocasionalmente, se encuentran MA por cuerpo extraño (esporas vegetales y animales, esquirlas metálicas), sobre todo en niños, jardineros, pescaderos.

4. HEMARTROS

- ▲ Las hemartrosis, frecuentemente son **traumáticas** o en relación con fracturas y lesiones músculo-tendinosas; a veces el LS puede adoptar un aspecto hemopurulento, debido a la grasa, e incluso falsearse el recuento de glóbulos blancos.
- ▲ Tratamientos anticoagulantes, fibrinolíticos, hemofilia congénita o adquirida, trombocitopenia, procesos mieloproliferativos y prótesis articulares pueden asociarse a hemartros. Rara vez la sinovitis villonodular pigmentada puede debutar como MA. No es frecuente en pacientes con gota, condrocalcinosis, artrosis, artropatías neuropáticas.

TRATAMIENTO

1. ARTRITIS MICROCRISTALINAS: los objetivos del tratamiento son aliviar el dolor y la hinchazón de la artritis aguda, prevenir ulteriores ataques de artritis aguda. En el tratamiento de la artritis por gota / pseudogota, se utilizan antiinflamatorios no esteroideos a las dosis máximas recomendadas, habitualmente vía oral. Los fármacos deben mantenerse hasta que desaparezcan los síntomas. **Tratamiento ataque agudo:** (Ver tratamiento poliartritis)

- 1.1. Colchicina:** especialmente útil en la gota, en la condrocalcinosis puede o no ser efectiva y cuando la sospecha diagnóstica se realiza antes de las primeras 24 horas de evolución. Alivia los síntomas en 6 - 12 horas. Se utiliza a dosis de 1 mg cada 8 -12 horas. Vía oral: se asocia a toxicidad gastrointestinal.
- 1.2. Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs):**
 - Inicialmente deben administrarse dosis altas, que se reducen luego rápidamente en 2 - 8 días.
 - Se puede comenzar el tratamiento con Indometacina a dosis de 25-50 mg/8 horas o Diclofenaco a dosis de 50 mg/8 horas.
 - Conviene administrar gastroprotectores (Omeprazol a dosis de 20 mg/24 horas o Misoprostol a dosis de 200 mcg/6 horas).
- 1.3. Glucocorticoides:** muy excepcionalmente pueden usarse en contados pacientes que sufren episodios de artritis microcristalinas sin accesibilidad a la vía oral (hemorragia digestiva, postoperatorio). Se utilizará prednisona a dosis de 30-50 mg/día oral.
- 1.4. Nunca se debe suprimir el ya existente, ni instaurar un tratamiento antihiperuricemiante (Alopurinol, uricosúricos) durante el episodio agudo.**



2. **ARTRITIS SÉPTICA:** lo más importante a la hora de iniciar la antibioterapia en las artritis bacterianas es la precocidad. Una vez que se han tomado las muestras de LS, de sangre y secreciones de las posibles puertas de entrada, debe iniciarse el tratamiento antibiótico; basándose en datos clínicos, edad del paciente y resultado del examen directo con tinción del LS.
- ▲ La **duración total** del tratamiento es como mínimo, de 6 semanas. La administración será endovenosa en todos los casos durante al menos 2 semanas, luego se puede continuar con antibióticos por vía oral hasta completar tratamiento según la respuesta del enfermo.
 - ▲ Si disponemos de Tinción de Gram, iniciaremos tratamiento antibiótico. 1.- Cocos Gram (+): Cloxacilina a dosis de 2 gr / 6-8 horas iv. Alternativa Vancomicina. 2.- Cocos Gram (-): en adultos Penicilina 10 millones de unidades / 24 horas; alternativa Ceftriaxona a dosis de 2 gr. iv/ 24 horas. En niños < 6 años: Cefuroxima a dosis de 30-100 mg./ kg /día. 3.- Bacilos Gram (-): Cefotaxima a dosis de 1 gr. iv / 8 horas.
 - ▲ Si no disponemos de Tinción de Gram y existe alta sospecha de proceso séptico articular, se iniciará tratamiento antibiótico empírico en función de la edad del paciente y el germen más probable.

CRITERIOS DE INGRESO

- ▲ Monoartritis séptica o su simple sospecha razonable (MA febril de dudoso diagnóstico).
- ▲ Monoartritis en paciente con mal estado general, siempre que predomine la afectación del aparato locomotor.
- ▲ Evidencia de LS hemático sin trastorno de la coagulación.

BIBLIOGRAFÍA

- ▲ Montejo C, Zarzuelo N. Monoartritis aguda. Diagnóstico y tratamiento en Urgencias. Hospital Severo Ochoa de Leganés (Madrid). Madrid: Emisa; 1997. p. 263-70.
- ▲ Jiménez Zorzo F, Pecundín A. Monoartritis: Diagnóstico Diferencial. En: Figueroa Pedrosa M, Herrero Beaumont G et al, editores. Manual de Enfermedades Reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología. Madrid: Mosby / Doyma; 1996. p. 247-56.
- ▲ Reginato Molina A.J. Evaluación del paciente con Monoartritis Aguda. En: Pascual Gómez E. Rodríguez Valverde V. et al, editores. Tratado de Reumatología. Madrid: Aran Ediciones; 1998. p. 359-71.
- ▲ Rosas Gómez J, Pascual E. Evaluación del paciente con Monoartritis Crónica. En: Pascual Gómez E. Rodríguez Valverde V. et al, editores. Tratado de Reumatología. Madrid: Aran Ediciones. 1998.p. 373-77.
- ▲ Calvo Alén J. Loza Cortina C. Conducta ante una monoartritis aguda en urgencias. En: García - Monco Carra J.C, editor. Manual del médico de Guardia. 4ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 1998. p. 423-28.
- ▲ Muñoz Avila JM., Calderón de la Barca Gázquez J, De Burgos Marín J, Martínez Sánchez F, Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L. Monoartritis Agudas En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez F.J, editores. Protocolos de actuación en Medicina de Urgencias. 1º ed. Madrid: Harcourt Brace; 1998. p. 279-283.