



Capítulo 86

POLIARTRITIS AGUDA

J. López Díaz - R. Expósito Manzano - J. Zubieta Tabernero

INTRODUCCIÓN

Cuando se presenta artritis en una única articulación se denomina **monoartritis**; si se afectan simultáneamente o aditivamente dos o tres articulaciones, se habla de **oligoartritis**; si las articulaciones son cuatro o más, se habla de **poliartritis**. El cuadro se considera agudo si el tiempo de evolución es menor de 6 semanas, subagudo hasta 12 semanas y crónico si las supera.

ABORDAJE DEL PACIENTE CON POLIARTRITIS AGUDA

1. Anamnesis:

La anamnesis es el pilar fundamental para la orientación y el diagnóstico se realizará recogiendo los siguientes datos:

- ▲ La **edad**, el **sexo** y **raza**.
- ▲ **Antecedentes personales**: la presencia de diabetes, inmunodeficiencias, neoplasias actúan como predisponentes de la artritis infecciosa. Cualquier enfermedad reumatológica basal puede predisponer a nuevos brotes de poliartritis aguda (PA).
- ▲ Interrogar sobre la historia **familiar** nos puede ayudar en ciertas patologías que presenten un componente hereditario como las espondiloartropatías.
- ▲ El dolor y sus características: su inicio brusco nos debe orientar hacia una artritis viral, por microcristales o, excepcionalmente, una poliartritis bacteriana en inmuno-deprimidos. En otras patologías como la artritis lúpica, psoriásica o reumatoide el dolor suele ser de aparición gradual.
- ▲ El **número**, **patrón** y **cronología** de las articulaciones afectadas también deben formar parte de la anamnesis. También se debe interrogar por la simetría o asimetría de la poliartritis y por el predominio **distal** o **rizomélico**.
- ▲ La **fiebre** asociada a PA nos obliga a descartar en primer lugar una etiología séptica sobre todo si es elevada y se acompaña de mal estado general y escafofríos. En las poliartritis no infecciosas que cursan con fiebre, esta se debe al proceso inflamatorio de base y no a la afectación articular propiamente dicha; en estos casos suele ser inferior a 38° C.
- ▲ Los antecedentes de **diarreas** crónicas previas se asocian a artritis reactiva o pueden estar en relación con la enfermedad inflamatoria intestinal.
- ▲ Interrogar sobre **alteraciones cutáneas** resulta de interés. Si apreciamos lesiones psoriásicas nos ayudan a confirmar la artropatía psoriásica. El eritema nodoso se asocia frecuentemente a artritis, tanto el idiopático como el secundario a infecciones (especialmente Yersinia), sarcoidosis, Behçet, enfermedad inflamatoria intestinal y fármacos. La enfermedad de Still se asocia a exantema no pruriginoso. En el lupus gran parte de los criterios diagnósticos se basan en manifestaciones cutáneas. Las úlceras orales se asocian a enfermedad de Behçet o artritis reactivas y a lupus eritematoso sistémico. La picadura de una garrapata nos sugiere enfermedad de Lyme.

- ▲ La existencia de **afectación ocular**: la uveítis nos debe hacer descartar la presencia de espondiloartropatías, sarcoidosis o enfermedad de Behçet; la epiescleritis se asocia a artritis reumatoide.
- ▲ La presencia de **factores desencadenantes** incluye la ingesta previa de **fármacos** como diuréticos, Pirazinamida, Etambutol o Aspirina que pueden provocar hipe-ruricemia aguda y poliartritis gotosa. La Hidralazina, Procainamida o Iso-niacida pueden agudizar cuadros de lupus. Otros factores desencadenantes son los **traumatismos** previos o la presencia de **infecciones asociadas**.
- ▲ Interrogar sobre **hábitos sexuales** nos ayuda a diagnosticar la poliartritis gonocócica, el síndrome de Reiter, la artritis asociada a hepatitis B o trastornos asociados a la infección por el VIH. La presencia de uretritis o cervicitis también orienta hacia esos cuadros.

2. Exploración física:

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

- ▲ **Adenopatías o nódulos**: los nódulos reumatoides los solemos encontrar en regiones como codos, tendón de Aquiles, antebrazos y manos; en cambio los tofos aparecen en pabellones auriculares, zona tibial, manos y codos.
- ▲ **Visceromegalias**: la palpación en busca de hepatoesplenomegalia es frecuente en el lupus eritematoso sistémico y en la enfermedad de Still. La artritis reumatoide asociada a amiloidosis y síndrome de Felty.
- ▲ **Alteraciones mucocutáneas**. La tumefacción parotídea es característica del síndrome de Sjögren tanto primario como asociado.
- ▲ Se debe valorar en las **articulaciones**:
 1. Localización de la afectación.
 2. Deformidad articular; diferenciar la artritis de la tumefacción periarticular y edemas de partes blandas.
 3. Grado de limitación funcional activa y pasiva.
 4. Presencia de alteraciones periarticulares: musculares, tendinosas o ligamentosas.
 5. Alteraciones de la columna vertebral.

ENFERMEDADES QUE CURSAN CON POLIARTRITIS AGUDA

A. Origen infeccioso:

▲ A1. Sépticas o bacterianas:

La infección **gonocócica** es la que con mayor frecuencia causa PA. Con un patrón migratorio o aditivo y asociada a fiebre y/o lesiones cutáneas vesiculopustulosas o purpúricas en zonas distales de miembros; requiere cultivos en medios especiales. La **brucelosis** es muy frecuente en algunas áreas de España, y puede presentarse en diversas formas: como poliartritis periférica, sacroileítis o espondilitis, todas ellas acompañadas de fiebre. La **meningococemia** puede ser similar a la gonococia. La PA por **gérmenes piógenos** (estafilococo, estreptococo, bacilos gramnegativos) son raras salvo en pacientes inmunodeprimidos (especialmente en adictos a drogas por vía parenteral (ADVP), donde suele afectarse la articulación esternoclavicular.



▲ A2. *Viricas:*

La rubéola, y con menor frecuencia su vacuna, puede producir un cuadro similar a la artritis reumatoide, de carácter agudo. La **hepatitis B** en su fase preictérica puede producir PA simétrica, migratoria que afecta a pequeñas articulaciones de manos y rodillas y que generalmente remite al aparecer la ictericia. La **hepatitis crónica por virus C**, puede acompañarse de artralgias, mialgias y de crioglobulinemia con artritis. Otros virus como el de la **varicela**, los **arbovirus** y el **parvovirus B19** también pueden producir PA. La infección por **VIH** puede manifestarse de forma diversa: **1. Síndrome de Reiter** especialmente en pacientes homosexuales, en los que generalmente se presenta como oligoartritis grave y persiste con predilección por las grandes articulaciones de miembros inferiores. **2. La artropatía psoriásica** con mayor incidencia que en la población general, y de gravedad mayor, con artritis poliarticular, asimétrica, erosiva y deformante, que afecta en ocasiones articulaciones sacroilíacas y columna vertebral. **3. Artritis asociada a VIH** es una oligoartritis muy dolorosa de curso subagudo con predilección por rodillas y tobillos, en las que el líquido sinovial es de tipo no inflamatorio, y que responde bien a analgésicos no esteroideos (AINE) y remite sin secuelas después de 1-6 semanas de evolución; y puede aparecer en fases iniciales del SIDA. **4. Las artritis sépticas** son más frecuentes en ADVP y hemofílicos, y habitualmente por *S. aureus*; las articulaciones más frecuentemente afectadas son: rodillas, sacroilíacas, condrocostales y discos intervertebrales.

▲ A3. *Fiebre reumática:*

La fiebre reumática (FR) actualmente excepcional; es la secuela tardía de la infección por *Streptococo beta-hemolítico* del grupo A, caracterizada por PA migratoria, que suele afectar a grandes articulaciones con artritis de máxima actividad a las 12-24 horas, que ceden en una semana y migran a otra articulación. Este diagnóstico se confirma mediante los criterios de Jones, y el antecedente de infección faringea.

▲ A4. *Artritis reactivas:*

Se utiliza este término en los últimos años en relación a las artritis con o sin espondilitis secundarias a infecciones entéricas o urogenitales, que aparecen preferentemente en casos de HLA B27(+), incluye:

- **Síndrome de Reiter:** se caracteriza por artritis periférica asimétrica que afecta sobre todo a miembros inferiores, sacroileitis, conjuntivitis, úlceras mucosas no dolorosas y uretritis o diarrea.
- **Otras:** incluye infecciones entéricas por *Yersinia*, *Shigella flexneri*, *Salmonella*, *Campylobacter* y *Chlamydia trachomatis*.

▲ A5. *Enfermedad de Lyme*

Está provocada por una espiroqueta, *Borrelia Burgdorferi*; es una entidad multisistémica que se caracteriza por la lesión cutánea que aparece al inicio de la enfermedad: El *Eritema Crónico Migrans*. La afectación articular puede presentarse como artralgias en una primera fase y en etapas posteriores se puede producir artritis que suele ser oligoarticular y puede ser crónica o recurrente con períodos de remisión.

B. Artritis por microcristales:▲ **B1. Gota:**

Hasta una tercera parte pueden ser poliarticulares a lo largo de su evolución. Puede ser a veces aguda, evolucionando en brotes recurrentes, o más frecuentemente crónica asociada con la presencia de tofos y nefropatía. El diagnóstico se confirma visualizando cristales de urato monosódico intraleucocitarios en el líquido sinovial.

▲ **B2. Artropatía por cristales de pirofosfato cálcico dehidratado (PPCH):**

La condrocalcinosis puede ser asintomática o cursar como monoartritis, oligoartritis, ocasionalmente como poliartritis y excepcionalmente simular una artropatía neuropática; cuando aparece como poliartritis, puede hacerlo desde con brotes de poliartritis recurrentes hasta la cronicidad, asociado a cristales de PPCH intraleucocitarios en líquido sinovial y calcificación radiológica de cartílagos hialinos y fibrosis (sínfisis del pubis, meniscos de rodillas y ligamento triangular del carpo).

C. Artritis reumatoide (AR):

▲ Generalmente el comienzo es insidioso, aunque puede aparecer de forma aguda. La afectación simétrica de pequeñas articulaciones de manos y pies, con rigidez matutina, síntomas generales, afectación radiológica y factor reumatoide positivo, da el diagnóstico (véanse criterios de la ARA). En los ancianos, debutan con frecuencia como poliartritis asociado a edema (síndrome S3RPE) y con rasgos de pseudopolimialgia.

D. Artritis crónica juvenil:

El 15 % se presenta en forma poliarticular.

E. Espondiloartropatías seronegativas:▲ **E1. Espondilitis anquilosante:**

Afecta predominantemente a varones y preferentemente si HLA B27(+), cursa inicialmente con sacroileitis bilateral y limitación de la motilidad lumbar. La artritis periférica generalmente es oligoarticular, más frecuente en mujeres con inicio tardío de la enfermedad y predomina en extremidades inferiores.

▲ **E2. Artropatía psoriásica:**

Puede cursar como PA, oligoarticular o monoartritis; suele ser asimétrica y de pequeñas articulaciones. Hay un grupo de pacientes que cursa con afectación axial (sacroileitis y/o espondilitis) aunque es menos frecuente. Rara vez, aparecen las artritis previamente a las lesiones cutáneas.

▲ **E3. Artropatía enteropática:**

- Engloba las manifestaciones articulares (poliartritis, sacroileitis) de las enfermedades intestinales como la *colitis ulcerosa* y la *enfermedad de Crohn*. Habitualmente cursa en brotes que coinciden con los intestinales. En el 90% de los casos es poliarticular y un 50% migratoria.
- Aunque la artropatía por *enfermedad de Whipple* se incluya entre las enteropáticas, realmente es infecciosa, de etiología bacilar y se trata mediante antibióticos. Predomina en varones blancos de mediana edad. Cursa con artritis en el 90% de los casos, suele ser migratoria y durar pocos días.

F. Enfermedades colágeno-vasculares:

Incluyen el Lupus Eritematoso Sistémico, la enfermedad mixta del tejido conectivo, la esclerodermia sistémica, la vasculitis (vasculitis necrosante), el síndrome de Sjögren, la polimiositis/dermatomiositis y la polimialgia reumática.



G. Otros:

Son la enfermedad del suero, la fiebre mediterránea familiar, la amiloidosis, algunos trastornos hematológicos, la sarcoidosis, algunos fármacos (diuréticos, Pirazinamida, Etambutol, Aspirina o citostáticos) y el alcohol. Excepcionalmente la artrosis puede acompañarse de inflamación en varias articulaciones remediando una PA.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS A SOLICITAR EN URGENCIAS

1. Analítica sanguínea:

- ▲ Las determinaciones analíticas que debemos solicitar urgentemente son: **Hemograma completo** con recuento, fórmula y plaquetas, **Estudio de Coagulación**, **Bioquímica** (glucosa, urea, iones), **Sistemático de Orina y Hemocultivos si fiebre**. Puede existir leucocitosis en la poliartritis, pero también se puede asociar a algún proceso interrecurrente que coincida con la poliartritis.
- ▲ Posteriormente, tras descartar patología infecciosa, se solicitarán las pruebas necesarias, según la sospecha clínica.

2. Punción-aspiración de líquido sinovial. Artrocentesis:

Es más orientativo y está más indicado en monoartritis, pero también es de utilidad en PA con componente de derrame articular. Las dos principales aportaciones del líquido sinovial son, por un lado, para descartar etiología séptica y, por otro, poder diferenciar las etiologías inflamatorias de las no inflamatorias. Valorar artrocentesis en Urgencias según el capítulo de la monoartritis aguda (capítulo 85). Valorar cultivos de heces, orina y sangre si se sospecha PA infecciosa.

3. Radiología y técnicas de imagen:

El estudio radiológico debe incluir una **radiografía de tórax**. La radiología de las articulaciones afectadas en la PA suele ser normal o mostrar un aumento de partes blandas, por lo que **generalmente no se requiere radiología articular**. Si pensamos en una espondiloartropatía seronegativa, puede pedirse una radiografía de sacroiliacas, una radiografía simple de manos, rodillas y pelvis ante la sospecha de condrocalcinosis. Su principal utilidad es valorar la progresión de la enfermedad cuando el cuadro se mantiene en el tiempo.

BASES PARA EL TRATAMIENTO

- ▲ **Etiología séptica.** En este caso el paciente necesita tratamiento por vía intravenosa, por lo que precisa ser ingresado para iniciar pauta antibiótica según el germen que se sospeche o aparezca en la tinción de Gram. En caso de que sospechemos un proceso séptico se debe emplear un analgésico puro como la *Codeína*; a dosis de 30 mg /6horas o *Tramadol*; a dosis de 50 mg/6 horas para no enmascarar una posible fiebre que nos puede ser de ayuda para el diagnóstico.
- ▲ **Etiología microcristalina.** El tratamiento del episodio agudo consiste en *Indometacina*; a dosis de 50 mg/6 horas el primer día, continuando con 50 mg/ 8 horas hasta remisión total. Otra alternativa es el uso de *Colchicina*; a dosis de 1 mg/ 8-12 horas según tolerancia intestinal los primeros dos días, y mantener a 1 mg/ 24 horas durante 1 semana. En la gota no se debe suspender el Alopurinol cuando se tome, o instaurarlo si no se empleaba durante el episodio agudo; resuelto éste, se puede plantear el inicio o el aumento de dosis del Alopurinol, empleando *Colchicina* 0.5 o 1 mg/ 24 horas durante el primer mes de la instauración o aumento del hipouricemiante.

- ▲ **En el resto de procesos.** Como tratamiento inicial podemos emplear un AINE: *Indometacina*; a dosis de 25-50 mg/8 horas, *Diclofenaco*; a dosis de 50 mg/8 horas o *Naproxeno*; a dosis de 50 mg/12 horas más protector gástrico *Omeprazol*; a dosis de 20 mg/24 horas. Aparte del tratamiento antiinflamatorio puede ser necesario un tratamiento específico según la etiología de la poliartritis (una artritis reumatoide puede precisar tratamiento de fondo con agentes inductores de remisión) que suele ser competencia del reumatólogo. Si el enfermo presenta gran derrame articular se debe proceder a realizar artrocentesis con evacuación y estudio rutinario del líquido articular (incluido cultivo convencional) (ver capítulo 6).

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

1. Afectación importante del estado general.
2. Sospecha de proceso neoplásico subyacente.
3. Fiebre elevada.
4. Sospecha de etiología séptica.

BIBLIOGRAFÍA:

- ▲ Loza Cortina E, Calvo Alen J. Poliartritis con erupción cutánea: enfoque diagnóstico y manejo inicial. En: García-Monco Carra JC, editor. Manual del médico de guardia. 4ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 1998. p. 375-80.
- ▲ García Rodríguez R, Leal Hernández M, García Méndez MM. Poliartritis aguda. FMC 1996; 3: 361-68.
- ▲ Kahl LE. Artritis y enfermedades reumáticas. En: Ewald GA, McKenzie CR, editores. Manual de terapéutica médica. 9ª ed. Barcelona: Masson; 1996. p.601-26.
- ▲ Muñoz Ávila J, Calderón de la Barca Gázquez JM, De Burgos Marín J, Martínez Sánchez F, Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L. Monoartritis agudas. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, editores. Protocolos de actuación en medicina de urgencias. 1ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1998. p. 279-83.
- ▲ Galindo Izquierdo M, Criado Portera B, Balsalobre Aznar J. Monoartritis y poliartritis. En: Acedo Gutiérrez MS, Barrios Blandino A, Díaz Simón R, Orche Galindo S, Sanz García RM, editores. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de octubre. 4ª ed. Madrid: MSD; 1998. p.307-17.