

Monoartritis aguda

Alba Gómez del Pulgar, Yanet Sánchez Gazán y Juan José Rodríguez Alonso*

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud de Villaviciosa de Odón. Villaviciosa de Odón. Madrid. España.

*Correo electrónico: alonso6593@gmail.com

Puntos clave

- La principal causa de artritis en nuestro medio es la artritis por microcristales y la artritis séptica, seguida de las de origen traumático y artritis reumatoide, según las series.
- Ante el primer episodio de monoartritis aguda, como primera medida se ha de realizar el análisis de líquido sinovial, siempre que sea posible, para llegar al diagnóstico causal.
- Ante la mínima sospecha de artritis séptica, se debe derivar al paciente a urgencias hospitalarias, para iniciar un diagnóstico y tratamiento antibiótico empírico precoz que disminuyan la morbilidad de esta patología.
- El tratamiento de las artritis inflamatorias se basa en inmovilización de la articulación, frío local y antiinflamatorios no esteroideos. Los corticoides orales o intraarticulares se reservan para los casos de intolerancia a los anteriores.
- No se ha demostrado que la colchicina tenga mayor eficacia que los antiinflamatorios no esteroideos, y sin embargo, sí que produce mayores efectos secundarios, por lo que su uso hoy en día está limitado si los antiinflamatorios no esteroideos están contraindicados o no son eficaces.

Palabras clave: Artritis • Gota • Artrocentesis • Artritis séptica • Antiinflamatorios no esteroideos.

Introducción

Las enfermedades reumatológicas son uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria, con una prevalencia del 10-40% de la población adulta^{1,2}. Entre las enfermedades reumatológicas se encuentran las artritis.

La artritis se define como la presencia de signos inflamatorios a nivel articular: cursa con calor, dolor, tumefacción, rubor, e impotencia funcional. Cuando la inflamación afecta a una sola articulación se habla de monoartritis; si se ven afectadas 2 o 3 áreas articulares se habla de oligoartritis, y si son más de 3, de poliartritis.

Las causas más frecuentes de monoartritis son las artritis por microcristales y la artritis séptica, seguidas de las de origen traumático, artritis reumatoide u osteoartritis según las diferentes series^{3,4}. Por su gravedad, la artritis séptica requiere de un diagnóstico y tratamiento precoces, ya que el retraso al iniciar el tratamiento o una inadecuada actuación pueden conducir a un daño articular irreversible con una tasa de mortalidad del 11%⁵.

Se debe tener en cuenta el diagnóstico diferencial con la artritis traumática o postraumática, en la que siempre existirá un antecedente traumático (tabla 1).

Orientación diagnóstica

Historia clínica

Las formas inflamatorias de artritis se caracterizan por presencia de calor, dolor, tumefacción, rubor y rigidez prolongada, más acusada por las mañanas o después de un período de inactividad, y mejoran con el movimiento. La artritis inflamatoria se asocia con frecuencia con síntomas sistémicos como fiebre o malestar general.

El comienzo suele ser agudo, de varias horas a 2 días, y es típico de la mayoría de las formas de artritis inflamatoria (en particular, de la artritis bacteriana y de la sinovitis por cristales)^{5,6} (figs. 1 y 2).

TABLA 1. Causas de monoartritis**Causas frecuentes**

Enfermedades por depósito de cristales o microcristalinas (17-21%)

Gota
 Condrocálcinosis
 Hidroxiapatita

Artritis sépticas (8-27%)

Bacterianas
 Gonocócicas
 Tuberculosas

Osteoartritis (5-17%)

Traumatismo o sobreuso

Necrosis ósea avascular (2%)

Causas poco frecuentes

Sinovitis pigmentada vellonodular

Amiloidosis

Oteoartropatía hipertrófica

Fiebre mediterránea familiar

Enfermedad de Behçet

Micobacterias atípicas

Borrelia (enfermedad de Lyme)

Otras causas

Lesiones de estructuras intraarticulares

Meniscos, ligamentos, cuerpos libres

Osteocondritis disecante

Hemartrosis

Coagulopatía (hemofilia)

Tratamiento anticoagulante

Enfermedad de Charcot

Distrofia simpaticorrefleja

Reumatismo palindrómico

Enfermedad de Paget

Tumores óseos

Osteocondromatosis sinovial

Enfermedades que ocasionalmente se presentan como monoartritis

Artritis reumatoide (11-16%)

Artritis reactivas (2-19%)

Artritis psoriásicas (5%)

Artritis virales

Lupus eritematoso generalizado (7%)

Artritis reumatoidea juvenil

Causa desconocida (16-36%)

Adaptado de Lingling MA(5:AMF).

evolución y síntomas extraarticulares: fiebre, síndrome constitucional, síntomas oculares, alteraciones cutáneas... (tabla 2).

Dentro de la exploración física esta se debe iniciar con el control de la articulación afectada: inspección, palpación y valoración de la movilidad articular, que normalmente cursa con enrojecimiento, calor, tumefacción y discapacidad funcional (fig. 3). Después en la exploración general, se examinarán otras articulaciones anómalas y se buscará la existencia de manifestaciones sistémicas (tabla 3).

Pruebas complementarias

El estudio diagnóstico más importante es el análisis del líquido sinovial por artrocentesis (siempre que sea posible), especialmente cuando se sospecha que sea séptica o por microcristales. Los valores que se han de incluir serán bioquímica, cristales, gram y cultivo. Según la etiología de la monoartritis, se obtendrán distintos resultados (tabla 3).

Inicialmente, también se realizará analítica con:

- **Hemograma:** la presencia de leucocitosis orienta hacia la artritis séptica, aunque su ausencia no la descarta.

- **Bioquímica:** función renal, hepática y ácido úrico, aunque la hiperuricemia es bastante frecuente, solo un 20-30% de los casos desarrollarán gota; además, en el contexto de un ataque agudo de gota los valores pueden ser incluso normales.

- **Determinación de velocidad de sedimentación globular:** es la prueba más utilizada en la práctica clínica para valorar una inflamación. Es recomendable realizarla, ya que permite separar las afecciones de origen inflamatorio de las de origen mecánico y seguir la evolución de ciertas enfermedades.

- **Determinación de PCR:** es más sensible para la inflamación que la velocidad de sedimentación globular⁷ y además los valores se correlacionan con la intensidad de la inflamación y con la secuencia temporal, por ello es el mejor parámetro para control y seguimiento.

En los casos en que se sospeche enfermedad reumatológica como causa de la monoartritis, se puede ampliar el estudio con pruebas más específicas que ayuden al diagnóstico (factor reumatoide, anticuerpos antinucleares, HLA-B27...).

La radiología simple debe realizarse en la articulación afectada y en ocasiones también es preciso realizar de la contralateral. Su utilidad es limitada en las fases iniciales ya que solo se visualizará un aumento de las partes blandas, pero ayudará a descartar posibles fracturas, tumores óseos, osteomielitis, osteonecrosis o artrosis.

La ecografía sirve para la confirmación de derrame sinovial, presencia de sinovitis y facilitación de la evacuación del líquido para su posterior análisis. La resonancia magnética se va a reservar para los casos de artritis persistentes de

Anamnesis y exploración

En la anamnesis se debe incluir antecedentes personales, localización y características del dolor (mecánico o inflamatorio), factores desencadenantes (consumo de alcohol, infecciones concomitantes, fármacos, etc.), tiempo de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3470169>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3470169>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)