

# MONOARTRITIS Y POLIARTRITIS

Vallejo Hernández R, Rosa González ME, Gómez González del Tánago P, Ortega Polar E, Panadero Carlavilla FJ

## RESUMEN

*Toda monoartritis aguda es séptica hasta que no se demuestre lo contrario. La prueba más definitiva para valorar una posible infección bacteriana es el análisis del líquido sinovial, que debe incluir recuento células, Gram y cultivo (si es posible, también análisis de cristales). La demora en el diagnóstico y el tratamiento de la artritis séptica empeora el pronóstico. Se habla de poliartritis cuando hay presencia de signos inflamatorios en 3 o más articulaciones. Se debe derivar a todo paciente con poliartritis y sospecha de A. Séptica, afectación importante del estado general, líquido sinovial hemático sin trastorno de la coagulación, sospecha de proceso neoplásico subyacente.*

## MONOARTRITIS

Hablamos de monoartritis cuando constatamos la presencia de signos inflamatorios en una sola articulación (membrana sinovial, ligamentos intraarticulares, cápsula articular). Se considera aguda si su duración es inferior a 6 semanas y crónica si persiste más de 6 semanas. Si se afectan 2 o 3 articulaciones nos encontramos ante una oligoartritis; y si son más de 3 las articulaciones afectadas se trata de una poliartritis. La evaluación en Urgencias debe ser inmediata para descartar la existencia de una ARTRITIS SÉPTICA, que precisa tratamiento precoz por su potencial morbilidad.

## ETIOLOGÍA

Dentro de la aparición d un cuadro de afectación monoarticular, monoartritis, debemos considerar las siguientes posibles etiologías:

- Artritis séptica:
  - o Gonocócica (20%): Supone la causa más frecuente de monoartritis en jóvenes sexualmente activo.
  - o NO gonocócica: S. aureus es la causa más frecuente. Otros patógenos son estreptococos, gramnegativos, anaerobios...
- Artritis por microcristales: gota, pseudogota
- Artritis traumática, hemartrosis, osteoartritis

Como causas menos probables, debemos pensar en la existencia de necrosis isquémica, tumor, enfermedades sistémicas (Reiter, psoriasis, sarcoidosis, hepatitis, enfermedades reumáticas...), cuerpos extraños intraarticulares., etc.

## FISIOPATOLOGÍA

### ARTRITIS SÉPTICA

Los agentes patógenos podrían alcanzar el espacio articular por diseminación hematógena, por inoculación directa o bien por contigüidad desde regiones próximas infectadas, desde localizaciones óseas o en tejidos blandos. Existen una serie de factores de riesgo como son la edad (pacientes ancianos) la existencia de prótesis articulares, cirugía previa, ADVP, inmunodepresión, enfermedades crónicas (diabetes, IR, hepatopatías), artritis no infecciosas previas (AR, artrosis, artritis por microcristales), infección cutánea, tratamiento crónico con corticoides, portador de catéter IV, etc.

---

## ARTRITIS POR MICROCRISTALES

- **Gota:** Se produce una artritis inflamatoria por depósito de cristales de ácido úrico en el interior articular, generalmente aunque no de manera imprescindible existe una hiperuricemia previa (puede ser normal durante la crisis).
- **Seudogota** (condrocalcinosis): En este caso, los depósitos son de cristales de dihidrato de pirofosfato cálcico. La forma más habitual es idiopática. Es importante diferenciarla de la verdadera gota ya que el pronóstico es diferente. Puede ir acompañando a un cuadro de hiperparatiroidismo

---

## EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

En la anamnesis debemos investigar de manera sistemática la presencia de determinados factores o situaciones que nos ayudarán a etiquetar el tipo de artritis. Así, la existencia de episodios de inflamación articular previa, la existencia de factores de riesgo anteriormente mencionados, si hay fiebre y/afectación sistémica como diarrea, uretritis, rash o uveítis (artritis reactiva). Si ha ocurrido un traumatismo previo (a. traumática, a. séptica) y si nos encontramos con tratamientos ya instaurados por existencia de otras enfermedades (tiazidas, hiperuricemia, DM, EII, AR, LES, psoriasis, etc). La exploración física debe incluir una observación cuidadosa de piel, ojos, y los sistemas cardíaco, pulmonar y neurológico, y no solo a nivel osteomuscular.

- **Dolor:** El dolor es el síntoma príncipes, tanto en los procesos agudos como crónicos. Debemos concretar si es articular, con afectación capsular (generalizado, empeora con el reposo, despierta al paciente en su descanso nocturno, no mejora con AINE, aumenta con todos los movimientos activos y pasivos) o periarticular (focal, sólo aumenta con algunos movimientos, mejora dejando en reposo la estructura afectada, mejora con AINE). Puede afectar a una o a varias articulaciones, y dentro de esta última situación puede afectar a articulaciones de manera simétrica o asimétrica; o bien ser aditivo, donde diversas articulaciones se van viendo afectadas en el tiempo, o migratorio, en cuyo caso aparece una nueva articulación afectada cuando ya ha desaparecido la inflamación de la articulación previamente dañada.
- **Distribución:** La afectación de unas u otras articulaciones nos orienta hacia una posible etiología. Así, en el caso de una artritis séptica la articulación afectada con mayor frecuencia es la rodilla (40-50%), después de manera mucho menos frecuente y por este orden: cadera, hombro, muñeca, tobillo, codo, manos y pies. En el 20% se pueden ver dañadas varias articulaciones. En las artritis microcristalinas, en la gota, lo frecuente es la afectación de la articulación metatarsofalángica del 1º dedo del pie (podagra), hasta en el 75%. También aunque de manera más infrecuente tarso, tobillo y rodilla. Hasta en el 40% puede ser poliarticular. En el caso de la condrocalcinosis o pseudogota, lo habitual es la afectación de rodillas y carpos. Suele existir calcificación de partes blandas como los meniscos en las rodillas y el ligamento triangular del carpo. Puede aparecer con afectación simétrica, poliarticular simulando AR; o bien monoarticular similar a la gota.
- **Fiebre:** La aparición de fiebre franca (>38-38,5º) sugiere la existencia de artritis séptica (80%), en el caso de artritis inflamatoria puede aparecer febrícula (en el 20% fiebre incluso).
- **Exploraciones complementarias:**
  - o **Laboratorio:** Los datos de laboratorio tienen una utilidad limitada. Debemos solicitar como datos básicos hemograma, bioquímica, VSG PCR y orina. La elevación de leucocitos, VSG y PCR son frecuentes en artritis sépticas, aunque también en las inflamatorias. Y su normalidad no descarta la presencia de artritis.
  - o **Radiografía simple:** El estudio radiológico aporta pocos datos en el caso de artritis aguda. En una artritis crónica, donde la articulación ya ha sufrido lesiones, en ocasiones irreversibles, podemos observar tumefacción de tejidos blandos, erosiones, calcificaciones intra y extraarticulares, osteoporosis, estrechamiento del espacio articular, deformidad, etc.
  - o **Artrocentesis:** El estudio del líquido sinovial tras evacuación de la articulación es fundamental para valorar la artritis aguda. Se debe realizar ante cualquier sospecha de presencia de derrame articular, tanto como mecanismo terapéutico como técnica diagnóstica. Estaría contraindicado en el caso de la existencia de una infección en el área de punción, la existencia de diátesis hemorrágica, la anticoa-

gulación oral supone una contraindicación relativa donde debemos valorar beneficio/riesgo, la presencia de bacteriemia. Como complicaciones a tener en cuenta se encuentran la posible aparición de infección, hemorragia o alergia, en el caso de infiltrar anestésicos locales o esteroides.

- **Análisis de líquido sinovial:** Es fundamental para tratar de obtener un diagnóstico etiológico del cuadro. Debemos prestar especial atención al aspecto (filante o muy líquido, oscuro o amarillento claro, etc.), al recuento de celular de leucocitos y a la presencia o no de cristales examinando el líquido con el microscopio de luz polarizada. Por norma se debe realizar un GRAM y cultivo para descartar la existencia de una infección, y eventualmente cultivos para micobacterias (BK, LW), hongos (cultivo) y gonococo (Thayer-Martin). Otras determinaciones serían la determinación de glucosa, que siempre debemos comparar con las cifras de glucosa en suero (gl. Sinovial/gl. Sérica), ácido láctico, viscosidad, coágulo de mucina, proteínas totales de líquido sinovial.
- **Hemocultivo:** Son positivos hasta en el 10-25% en A. Gonocócica y entre 50-75% en A. no Gonocócica. Si se sospecha una artritis Gonocócica, debemos obtener muestras de orina, cérvix, uretra, recto y faringe.
- **Ecografía:** Es una prueba útil para determinar si existe derrame articular, lesiones de tendones, ligamentos y músculo esquelético, sobre todo en hombro.
- **TAC:** Se recurre a esta prueba de imagen en casos de enfermedad articular compleja, de difícil diagnóstico Es de elección en el estudio de la articulación esternoclavicular
- **RMN:** Indicada en el estudio de los ligamentos cruzados de rodilla, edema periarticular, descartar si existe líquido en vainas tendinosas y si hay destrucción de cartílago
- **GAMMAGRAFÍA 99MTC DFM:** Se trata de una prueba costosa, indicada para el diagnóstico de osteomielitis y fracturas de estrés
- **ECG:** indicado en fiebre reumática y asociación de síntomas cardiacos (soplo, IC, cardiomegalia). En la carditis aumenta el intervalo PR, en la pericarditis eleva el ST.

Diagnóstico	Aspecto	Viscosid	Leucos/mm3	% LPN	Glucosa (% sang)	Cristal	Cultivo
Normal	Claro	↑	< 200	< 25	95-100	No	-
Degenerativo	Claro	↑	< 2.000-4.000	< 25	95-100	No	-
Traumático	Sanguinolento	↑	< 4.000	< 25	95-100	No	-
Gota	Turbio	↓	4.000 - 50.000	> 75	80-100	Birrefr -	-
Pseudogota	Turbio	↓	4.000 - 50.000	> 75	80-100	Birref +	-
Séptica	Purulento	Varia	> 50.000-100.000	> 75	< 50	No	+
AR, A. seroneg	Turbio	↓	2.000-50.000	50-75	75	No	-
<b>Excepciones:</b>		< 50.000:	TBC, Gonococo, Hongos, Piógenos.				
		> 50.000:	A. Microcristalinas, AR, A. psoriásica, Reiter				

**Tabla 1. Análisis de líquido sinovial**

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El enfoque inicial ante la presencia de una artritis, es discernir si se trata tan solo de un problema local (monoartritis o poliartrosis) aunque afecte a varias articulaciones; o bien existe una afectación articular en el seno de una enfermedad sistémica (lupus, fiebre reumática, sarcoidosis, etc.). Dentro de la artritis como enfermedad aislada, las más frecuentes son las infecciosas, la gota y la condrocalcinosis.

- Artritis séptica: De etiología gonocócica, suele presentarse como monoartritis aguda (40%), aunque también es posible su aparición como una poliartrosis migratoria febril. Es más frecuente en rodilla y muñeca. Suele presentar, lo que es muy sugerente para el diagnóstico, lesiones cutáneas 8 rash vesiculopustuloso, tenosinovitis). La

artritis séptica no gonocócica suele cursar como una monoartritis aguda (80%). Poliarticular (10–20%). La afectación de la rodilla se produce hasta en el 50%. La cadera puede estar lesionada en portadores de prótesis y niños. Podemos observar la aparición de una infección extraarticular evidente en el 50% (piel, pulmón, orina). La prueba diagnóstica definitiva es el análisis del líquido sinovial (purulento con elevado recuento de leucocitos y PMN > 85%). El GRAM revela bacterias en el 50-70% (positivo 50% en gonococo y 90% AS no gonocócica). 50% de hemocultivos positivos.

- Artritis gotosa: Los síntomas sistémicos son mínimos, aunque puede existir febrícula e incluso fiebre franca en relación con el episodio inflamatorio. El diagnóstico diferencial se realiza observando la birrefringencia negativa de los cristales del líquido articular con microscopio de luz polarizada, y por la negatividad del cultivo del líquido articular (la presencia de cristales no excluye la artritis séptica). Se debe descartar siempre una artritis séptica, sobre todo en la rodilla.
- Seudogota: La gran simuladora, tanto teniendo en cuenta otras enfermedades reumáticas como una gota. Esencial para el diagnóstico la presencia en la radiografía de depósitos calcificados en cartílago hialino o en tejido fibrocartilaginoso, junto con la birrefringencia positiva del análisis del líquido articular por la presencia de cristales. Hay que realizar GRAM y cultivo para descartar artritis séptica.
- Artrosis, otras artritis, infecciones piel / subcutáneo: celulitis, bursitis, tendinitis, lesiones óseas: traumáticas, infecciosas...

## TRATAMIENTO EN EL ÁREA DE URGENCIAS

### ARTRITIS SÉPTICA

La clave del éxito es el diagnóstico rápido y el tratamiento precoz. Precisa hospitalización, siempre que exista la sospecha de artritis séptica

#### MEDIDAS GENERALES

- Incisión y drenaje de la articulación.
- Analgesia IV e inmovilización con férulas en extensión para control del dolor.
- Artrocentesis diaria: disminuye el dolor y valora respuesta al tratamiento.
- Antibioterapia IV precoz: Inicialmente basada en GRAM y sospecha etiológica durante 2-4 semanas, continuando con vía oral a dosis altas durante 2-6 semanas.
- El tratamiento quirúrgico sólo estaría indicado en el caso de la existencia de coxitis infecciosa en niños, articulaciones difíciles de drenar (coxofemoral), o ante la presencia de osteomielitis, en ausencia de respuesta tras 5-7 días de tratamiento.

GERMEN	ANTIBIÓTICO
Sin Gram o Gram negativo	Cloxacilina 2 gr IV/4 h + Cefalosporina 3ª o 4ª gen (si sospecha de pseudomona) (ceftriaxona 1 gr/24 h o cefotaxima 1 gr/8 h ó cefepime 2 gr/12 h) ó (Vancomicina ó Teicoplanina) + (Aztreonam o Amikacina)
Cocos Gram +	Cloxacilina 2 gr IV/4 h ó Vancomicina (si SAMR) ó Teicoplanina
Cocos Gram -	Cefalosporina de 3ª gen (ceftriaxona 1 gr/24 h ó cefotaxima 1 gr/8h) ó Ciprofloxacino u Ofloxacino
Bacilos Gram -	Amikacina 1 gr/24 h + Cefalosporina 3ª o 4ª gen. (ceftriaxona 1 gr/24 h ó cefotaxima 1 gr/8 h ó cefepime 2 gr/12 h) ó Imipenem o Aztreonam o Ciprofloxacino u Ofloxacino

**Tabla 2. Tratamiento antibacteriano de artritis séptica**

### ARTRITIS GOTOSA AGUDA

Como norma, nunca se debe suprimir un tratamiento de base ni instaurar un antihiperuricemiante durante el episodio agudo. Es necesario evitar diuréticos, aspirina y alcohol). Como tratamientos más frecuentes se encuentran.

- Colchicina: Más eficaz en primeras 24 horas. Una respuesta adecuada a la instauración de colchicina, sostiene el diagnóstico de artritis gotosa vs artritis séptica.
- AINE: Muy eficaces para controlar el dolor. El más utilizado es la indometacina (75-200 mg / día con disminución progresiva). También útil el diclofenaco y el ketoprofeno.
- Corticoides: En casos de resistencia y si contraindicación en AINEs. Metilprednisolona 40 mg/día VO, IM, IV con disminución progresiva. Puede administrarse intraarticular (triamcinolona).
- Corticotropona (ACTH): En casos de resistencia y si están contraindicados los AINEs. 40-80 UI IM.

## GOTA CRONICA

El objetivo es evitar en lo posible la aparición de nuevos episodios de artritis, así como disminuir la hiperuricemia. Usaremos:

- Alopurinol (disminuye la producción): 200-600 mg /día.
- Colchicina profiláctica: 6-12 meses a 0,5 mg / 12 h (reduce la frecuencia un 75-85%)
- Febuxostat, es un inhibidor, no purínico, potente y selectivo, de la enzima xantina-oxidasa (XO) que impide la producción de ácido úrico y reduce por lo tanto, sus niveles séricos en sangre. Su capacidad de reducir y mantener los niveles de uricemia por debajo de 6,0 mg/dl en un alto porcentaje de los pacientes, que es el objetivo marcado por la EULAR (Liga Europea frente al Reumatismo). Se ha asociado a una eliminación casi completa de las crisis gotosas, así como a una elevada tasa de reducción de tofos. Su principal ventaja radica en que se trata de una nueva opción terapéutica al Alopurinol, considerado el medicamento más eficaz hoy en día para la gota, con una antigüedad de 50 años. La principal ventaja, además de su potencia, "es tener una alternativa hipouricemiantes para quienes el alopurinol o la benzbromarona no puedan ser usados, sobre todo en intolerantes al alopurinol, con insuficiencia renal o litiasis renal, antes de usar uricosúricos. Las mayores desventajas son la falta de experiencia. Por ello hay que vigilar la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, y hacer controles de hormonas tiroideas y enzimas hepáticas, y el precio.
- Benzbromarona. Inhibe la reabsorción tubular de ácido úrico incrementando su aclaramiento renal y aumenta la eliminación intestinal del mismo. Indicada en aquellos pacientes que no respondan o no toleren el tratamiento con alopurinol en:
  - o Gota severa (gota poliarticular o gota tofácea) en los que es imprescindible el control de hiperuricemia.
  - o Hiperuricemia en pacientes con I.R. con Clcr > 20 ml/min.
  - o Hiperuricemia en pacientes con trasplante renal.

Está contraindicado su uso en hipersensibilidad al fármaco, Insuficiencia Hepática., porfiria hepática, concomitante con fármacos hepatotóxicos, especialmente antituberculosos, litiasis úrica, gota secundaria a hemopatía, Insuficiencia renal. En una revisión Cochrane hubo pruebas de calidad moderada de que quizás no haya ninguna diferencia importante entre la benzbromarona y el alopurinol para lograr la normalización del urato sérico, aunque la benzbromarona sería más exitosa que el probenecid para lograr la normalización del urato sérico en los pacientes con gota. Sin embargo, en comparación con probenecid, la benzbromarona dio lugar a menos retiradas del fármaco debido a eventos adversos.

## SEUDOGOTA

El manejo terapéutico es similar al de la gota: AINE o colchicina oral (ésta última no es tan eficaz). Se puede realizar también aspiración con o sin inyección de corticoides.

## POLIARTRITIS

Nos referimos a la existencia de una poliartritis cuando el compromiso articular es de 2 a 4 articulaciones -oligoartritis o artritis pauciarticulares-, si se encuentran lesionadas más de 4 articulaciones, hablamos de poliartritis. En la siguiente tabla se determinan las principales causas de poliartritis, divididas en función del origen inflamatorio y no inflamatorio:

## DIAGNÓSTICO

Algunos datos semiológicos pueden ser útiles en la aproximación diagnóstica:

- **Factores precipitantes:** Traumatismos (hemartros, desgarros, lesión meniscal, fracturas), transgresión dietética (gota), cirugía o infarto de miocardio, terapia con esteroides (artritis séptica, osteonecrosis), cuadro infeccioso reciente intestinal, uretral o faríngeo (artritis reactiva), picaduras, infiltraciones, consumo de drogas por vía intravenosa (artritis séptica).
- **Edad:** En pacientes de edad avanzada es frecuente la presencia de condrocalcinosis y polimialgia reumática. Las espondiloartritis tienen mayor incidencia en sujetos jóvenes. Las conectivopatías se presentan principalmente en edades medias de la vida.
- **Sexo:** En varones abundan los cuadros de gota y espondiloartritis. En mujeres las conectivopatías, condrocalcinosis y gonococia.
- **Antecedentes familiares:** Nos pueden orientar la confirmación de antecedentes de patologías con algún componente genético, como las espondiloartritis, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico o gota. Es importante indagar sobre la presencia en los familiares de condiciones asociadas como psoriasis, uveítis o enfermedad inflamatoria intestinal, o dolor lumbar cuando exista sospecha de espondilitis anquilosante.
- **Antecedentes personales:** Antecedentes de haber sufrido episodios similares al actual (gota, condrocalcinosis, hidrartrosis), enfermedades que se asocian con monoartritis (psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal, hiperuricemia). Debería prestarse una atención especial a los eventos que ocurrieron en las semanas o meses previos al comienzo de los síntomas articulares, como picadura de insectos, odinofagia, enfermedad febril, infecciones venéreas, contactos sexuales, diarrea, erupción o uveítis.
- **Profesión:** Contacto con animales (brucelosis), agentes físicos (esquirlas metálicas, púa vegetal).
- **Forma de comienzo:** Agudo (artritis microcristalinas y bacterianas) o insidioso (conectivopatías, artropatía psoriásica, sarcoidosis, forma crónica de condrocalcinosis).
- **Dolor:** Determinar si es mecánico o inflamatorio, su ritmo y la intensidad.
- **Síntomas articulares específicos:** Estas características incluyen bloqueo articular, dolor localizado, crepitación palpable, aumento del rubor, del calor e inflamación.
- **Síntomas sistémicos:** Fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso o rigidez muscular generalizada.
- **Síntomas o signos asociados:** Varias formas de artritis pueden estar asociados con nódulos subcutáneos, erupción cutánea (fotosensible, psoriásica, purpúrica o petequial), alopecia, fenómeno de Raynaud, xerostomía y xeroftalmía, pérdida de fuerza en la musculatura proximal, disfagia, uveítis, escleritis, úlceras orales o genitales, uretritis o cervicitis, síntomas de enfermedad inflamatoria intestinal o síntomas pleuropericárdicos.

### Causas de poliartritis inflamatorias según número de articulaciones y compromiso axial o periférico y poliartritis NO inflamatorias

Inflamatorias		
Periféricas Poliarticulares:	Periféricas pauarticulares:	Periféricas con compromiso axial:
Artritis Reumatoídea	EBSA	Espondiloartritis anquilosante
LEG	Artritis psoriática	S. de Reiter
Artritis virales	S. de Reiter	S. de Reiter
Artritis Psoriática (ocasionalmente)	Artritis Por Neisseria	Artritis enteropáticas (Enfermedad inflamatoria intestinal)
	Artritis bacterianas*	Artritis Psoriática
	Enfermedad reumática	
	Artritis por cristales	
	Artritis enteropáticas	
No inflamatorias		
	Artrosis primarias	
	Artrosis secundarias	

## EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración física ha de ser exhaustiva, con búsqueda específica de lesiones en la piel y mucosas, tales como aftosis oral y genital, nódulos subcutáneos en superficies de extensión, talones o calota, tofos en pabellones auriculares y en codos, lesiones purpúricas, livedo reticularis, psoriasis y revisión sistemática de los genitales externos y de la nariz. En las uñas hay que buscar datos que sugieran osteoartropatía hipertrófica, psoriasis, síndrome de Reiter o endocarditis bacteriana. Se incluirá además la búsqueda de adenopatías, la inspección orofaríngea, la palpación

del tiroides, la auscultación cardiopulmonar y una exploración abdominal detallada.

Cada articulación debería examinarse buscando calor, engrosamiento sinovial, derrame, crepitación, deformidad o dolor. La exploración de la columna debería incluir el grado de movimiento de las regiones cervicales y lumbares, expansión de la caja torácica y sensibilidad en las apófisis espinosas y articulaciones sacroilíacas.

Conviene diferenciar si la estructura inflamada está dentro o fuera de la articulación. Un problema intraarticular puede abarcar la circunferencia entera de una articulación o puede estar localizado en una pequeña área, como ocurre en una rotura meniscal de rodilla. La enfermedad periarticular (p.e. tendinitis) está confinada en una pequeña región, y el dolor y la sensibilidad aumenta en mayor grado con el movimiento activo que con el movimiento pasivo de la articulación.

Las enfermedades neurológicas o vasculares de una extremidad pueden simular síntomas musculoesqueléticos. El dolor neurológico puede acompañarse de sensación de quemazón u hormigueo, y seguir la distribución de un dermatoma o un nervio periférico. La enfermedad vascular isquémica se acompaña de palidez o cianosis; en una tromboflebitis puede palparse cordón venoso, signo de Homans etc.

---

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS PRINCIPALES ENTIDADES QUE REQUIEREN ATENCIÓN URGENTE

**La artritis infecciosa** suele ser monoarticular, aunque en un 20% de los casos afecta a 2 o más articulaciones. La presencia de una mono-oligoartritis aguda siempre debe hacer pensar en una artritis infecciosa aún en ausencia de fiebre o de un posible foco primario de infección. La artritis séptica produce una importante inflamación que rápidamente se sigue de una destrucción irreversible del cartílago y del hueso. También puede ser la manifestación inicial de una infección sistémica que puede poner en peligro la vida. Escalofríos y fiebre asociada son altamente sugerentes de una etiología infecciosa.

En el 80% de los casos el germen causal es un gram-positivo, cultivándose en un 60% el estafilococo aureus. Le siguen en frecuencia el estreptococo tipo A y enterobacterias. En las infecciones que afectan a prótesis colocadas no mucho tiempo antes de la aparición del cuadro infeccioso articular, el agente suele ser el estafilococo epidermidis, y cuando son más tardías estafilococo aureus, enterobacterias, pseudomonas y otros. En los primeros años de vida también es frecuente la infección por H.influenzae.

La artritis gonocócica es la primera posibilidad en un paciente joven sexualmente activo. Puede debutar como monoartritis aguda, pero es más frecuente su presentación como oligoartritis migratoria febril acompañada de lesiones mucocutáneas (máculas, pústulas, vesículas) y tenosinovitis. El aislamiento del organismo puede ser difícil, por lo que se recomienda sembrar muestras de líquido sinovial cérvix, uretra, recto, faringe y lesiones de piel en medios especiales, como el de Thayer-Martin.

Las monoartritis bacterianas presentan un comienzo súbito y se localizan preferentemente en la rodilla, cadera, muñecas y hombros. Las articulaciones axiales como el disco intervertebral, articulaciones esternoclaviculares, esternocostales, condrocostales y sacroilíacas se comprometen con mayor frecuencia en pacientes adictos al uso de drogas endovenosas, y son causadas generalmente por el estafilococo aureus y microorganismos gramnegativos, en especial pseudomonas.

Otros factores de riesgo pueden ser artropatías previas como artritis reumatoide, diabetes, inmunodepresión, tratamientos con fármacos inmunosupresores o corticoides, insuficiencia renal o hepática, conducta sexual de riesgo, uretritis reciente, tumores, instrumentación urogenital, cateterismos intravenosos y prótesis articulares. Otras posibilidades etiológicas infecciosas menos frecuentes son la enfermedad de Lyme, lúes, micobacterias, brucella, hongos y virus como el coxsackie, parvovirus B19, hepatitis B, mononucleosis infecciosa y rubéola.

**La artritis inducida por cristales** es altamente probable cuando existen antecedentes de ataques recurrentes, autolimitados de inflamación en la misma articulación. La gota comprende manifestaciones, bien agudas, bien crónicas, derivadas del depósito de cristales de urato monosódico. La enfermedad por depósito de cristales de pirofosfato cálcico (EDPP) en las articulaciones da lugar a un amplio espectro de manifestaciones, desde crisis monoarticulares de pseu-

dogota (en rodilla, tobillo o muñeca), una poliartritis simétrica, o síntomas característicos de artrosis; puede ser primaria o secundaria a enfermedades como el hiperparatiroidismo y la hemocromatosis.

Las artropatías microcristalinas se manifiestan habitualmente como crisis monoarticulares agudas, que pueden acompañarse de fiebre y escalofríos. La identificación en el líquido sinovial de cristales de urato monosódico o de pirofosfato cálcico confirma el diagnóstico de artritis microcristalina, pero no excluye una infección coexistente. Ocasionalmente, y en especial los cristales de pirofosfato, no se observan en un primer examen de líquido sinovial, pero pueden visualizarse en análisis posteriores. En la EDPP es un hallazgo común las calcificaciones de meniscos y de cartílagos articulares (condrocalcinosis). No es de utilidad la determinación de ácido úrico sérico durante una crisis aguda de gota, ya que puede ser normal en un 50% de casos.

Otras formas menos frecuentes de artropatías microcristalinas están producidas por depósitos de hidroxapatita (frecuente en periartritis de hombro) o de oxalato de calcio (especialmente en pacientes con insuficiencia renal).

**La endocarditis bacteriana** puede simular una vasculitis por la presencia de fiebre y síntomas constitucionales, junto con fenómenos isquémicos por tromboembolismos. En el 30% de los pacientes se producen artralgias, artritis y mialgias. Los síntomas suelen producirse en una o varias articulaciones, normalmente proximales y grandes. Son de utilidad para el diagnóstico la esplenomegalia, petequias en mucosas o hemorragias ungueales.

**La fiebre reumática** es una entidad a considerar, sobre todo si hay un antecedente de faringitis estreptocócica dos o tres semanas antes del proceso articular. La artritis suele ser migratoria y muy dolorosa. Los soplos a la auscultación, cardiomegalia, insuficiencia cardíaca y pericarditis deben sugerir este proceso.

**La enfermedad de Lyme**, en su fase inicial de diseminación de *Borrelia burgdorferi*, se manifiesta con frecuencia por fiebre y artralgias migratorias con escasa o nula inflamación articular. Será en los meses siguientes cuando puede aparecer una oligoartritis persistente.

**La infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH)** puede producir artralgias y diversos tipos de artropatía, incluidas una oligoartritis episódica, una artritis reactiva y artritis psoriásica. En el espectro clínico de otras manifestaciones musculoesqueléticas posibles figuran la polimiositis, el síndrome de linfocitosis infiltrativa difusa (similar al síndrome de Sjögren), vasculitis necrotizantes o por hipersensibilidad e infecciones articulares por micobacterias atípicas.

**La poliarteritis nodosa** suele cursar al inicio con fiebre y síntomas constitucionales. Son frecuentes las artromialgias generalizadas y, con menor frecuencia, una oligoartritis, que predomina en grandes articulaciones. Simultáneamente o en pocas semanas se suelen presentar otras manifestaciones como cefalea, dolor abdominal, hipertensión y alteraciones renales y del sistema nervioso periférico.

**En la granulomatosis de Wegener** las artralgias pueden aparecer como primer síntoma. La artritis, cuando aparece, puede adoptar la forma de poliartritis simétrica de pequeñas articulaciones. La coexistencia de sintomatología de vías respiratorias, sedimento urinario y alteraciones en la radiología del tórax pueden orientar a este diagnóstico.

La mayoría de las **vasculitis leucocitoclásticas** (vasculitis por hipersensibilidad, crioglobulinemia, vasculitis urticariforme, etc.) pueden cursar con artritis, si bien serán las lesiones cutáneas de púrpura palpable, y su biopsia, las que orientarán el diagnóstico.

**El reumatismo palindrómico** es un proceso articular agudo que cursa con episodios recurrentes de tumefacción dolorosa articular con flogosis y eritema periarticular, que provocan gran impotencia funcional. Desaparecen en 1-3 días sin dejar secuelas. Los ataques iniciales suelen ser monoarticulares, afectando principalmente a articulaciones de manos, rodillas y hombros, aunque ocasionalmente presentan un patrón oligoarticular. Una proporción importante de casos acaba por desarrollar una artritis reumatoide u otros trastornos reumatológicos.

**La hidrartrosis intermitente** se caracteriza por brotes agudos, recurrentes, de derrame articular que afectan más frecuentemente a rodillas de forma unilateral, en ocasiones con carácter alternante y, rara vez bilateral. Aparece en 12-24 horas y desaparece en 2-4 días, para reaparecer habitualmente de forma regular y predecible.

La **artritis reumatoide** tiene algunos rasgos característicos, como la sinovitis simétrica, marcada rigidez matutina, ausencia de datos de otra conectivopatía, positividad para el factor reumatoide y/o anticuerpos anti-péptido citrulinado,

y aparición de erosiones radiológicas tras meses de evolución, que sugieren fuertemente su diagnóstico.

**La artritis psoriásica** puede aparecer como monoartritis, oligoartritis o poliartritis asimétrica, o como poliartritis simétrica simulando una artritis reumatoide. También puede manifestarse como espondilitis con sacroileitis. La psoriasis cutánea y/o ungueal suele estar presente muchos años antes, pero puede aparecer a la vez o posteriormente a la artritis. La artritis es habitualmente insidiosa en su aparición, pero en un 30% de casos tiene un comienzo abrupto.

**Las artritis reactivas o síndrome de Reiter** constituyen una forma de artritis periférica que aparecen transcurrido un período de tiempo corto después de infecciones genitourinarias (por Chlamydia) o digestivas (por Shigella, Salmonella, Campilobacter, Yersinia). Son habitualmente asimétricas y de presentación oligoarticular, afectando con más frecuencia a articulaciones de miembros inferiores. Suele encontrarse sacroileitis e inflamación de forma difusa de dedos de manos o pies, fenómeno conocido como dactilitis o dedos en salchicha. También es frecuente la entesitis, que consiste en la inflamación de los lugares del hueso en los que se insertan tendones, ligamentos o fascias.

**La espondilitis anquilosante** afecta típicamente a la columna vertebral con sacroileitis, espondilitis y entesitis. Puede haber inflamación de articulaciones periféricas, preferentemente en hombros, caderas y rodillas. A lo largo de su evolución, en un 25% de casos, puede haber brotes agudos de uveítis anterior.

En el **lupus eritematoso sistémico**, las artralgiyas y artritis son las manifestaciones más comunes en el inicio. Con cierta frecuencia puede debutar con una poliartritis aguda de predominio en las pequeñas articulaciones de manos, carpos y rodillas, de forma simétrica. La artritis es típicamente no erosiva. Las lesiones cutáneas, junto con otras posibles alteraciones viscerales y la positividad de los anticuerpos antinucleares, anti-ADN o anti-Sm ayudarán en el diagnóstico.

La **esclerodermia** suele debutar con artralgiyas y mialgiyas inespecíficas, junto con el síndrome de Raynaud y engrosamiento cutáneo. Puede observarse una artritis franca, si bien el dolor y la rigidez sobre las articulaciones por la retracción cutánea suele ser mayor que por los signos objetivos de artritis.

La mitad de los pacientes con **síndrome de Sjögren primario** presentan artritis o artralgiyas en su evolución. La artritis no es erosiva, y afecta preferentemente a pequeñas articulaciones de manos. Las manifestaciones cardinales serán la sequedad oral y ocular. La biopsia de una glándula salival menor con alteraciones específicas, apoyada por la presencia de autoanticuerpos, será fundamental para el diagnóstico.

Orientarán el diagnóstico de una **enfermedad de Behçet** las úlceras orales y genitales recurrentes y dolorosas, frecuentemente acompañados de manifestaciones cutáneas, oculares y neurológicas. Cerca de la mitad de los pacientes tendrán artritis en algún momento de su evolución, que suele ser de grandes articulaciones.

**La fiebre mediterránea familiar** se caracteriza ataques recurrentes de fiebre alta, dolor abdominal intenso, artritis y pleuritis, que aparecen bruscamente y duran entre 6 y 96 horas. La afectación articular suele ser en forma de artralgiyas o monoartritis de los miembros inferiores, a veces como la única manifestación de un ataque de la enfermedad.

---

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Una vez completadas la anamnesis y la exploración física, se procederá a la realización de los estudios de laboratorio oportunos. Éstos deben solicitarse basándose en los datos obtenidos previamente y en principio no deben generalizarse ante cualquier sintomatología articular.

- **Reactantes de fase aguda.** Tras un estímulo lesivo el organismo reacciona con una «respuesta de fase aguda» que incluye fiebre, aumento de granulocitos y plaquetas en sangre, aumento de la síntesis de ciertas hormonas y aumento de los valores plasmáticos de una serie de proteínas. Los reactantes de fase aguda son útiles para el seguimiento de enfermedades reumáticas; sin embargo, rara vez tienen valor diagnóstico. En la AR son buen índice de actividad, especialmente la proteína C reactiva (PCR). En la EA no reflejan bien la actividad y en el LES tiene más valor la velocidad de sedimentación globular (VSG) ya que, aunque la PCR puede estar elevada, si aumenta mucho hay que pensar en una infección.
- **Hemograma.** En casos de leucopenia (neutropenia), esplenomegalia y AR de larga evolución, sospecharemos un síndrome de Felty. La leucopenia (linfopenia) y la trombocitopenia, plantean el diagnóstico de LES o toxicidad medular por fármacos. Una anemia hemolítica microangiopática en el seno de una esclerosis sistémica

nos orienta hacia una afección renal. En el síndrome de Churg-Strauss la eosinofilia suele ser muy relevante. Aunque la panarteritis nodosa puede cursar con eosinofilia, si ésta es importante y/o aparecen granulomas en la biopsia sospecharemos granulomatosis alérgica. La ausencia de eosinofilia en el hemograma es característica de la granulomatosis de Wegener. La trombocitosis aunque aparece en la mayoría de poliartitis, si existe clínica compatible podemos dirigir nuestra sospecha diagnóstica hacia una arteritis de la temporal, una PMR o una enfermedad de Kawasaki.

- Análisis bioquímicos. Generalmente son de poca utilidad para el diagnóstico diferencial. Una elevación de los parámetros hepáticos (gamma GT, fosfatasa alcalina) puede producirse en la AR, el LES, la PMR y la arteritis de la temporal. Una elevación importante de las pruebas de función hepática será más indicativo de hepatitis viral o toxicidad farmacológica. La hiperuricemia aparece en el 95-98% de la gota aguda y en todos los casos de gota tofácea crónica no tratada. En la enfermedad de Still del adulto es frecuente el aumento de la ferritina. Aunque el deterioro de la función renal puede asociarse a manifestaciones extraarticulares de alguna enfermedad reumática, nos obliga a extremar las precauciones a la hora de administrar los tratamientos, bien sea antiinflamatorios no esteroideos (AINE) o los fármacos antirreumáticos de acción lenta (FARAL).
- Estudio inmunológico. Puede ser de inestimable ayuda. Nos encontramos cifras elevadas de factor reumatoide (FR) en la AR y en el síndrome de Sjögren. Otras conectivopatías que pueden cursar con FR positivo son el LES, ES, DM y en el 5% de personas sanas. Un resultado negativo orienta hacia EA, artropatía psoriásica, enfermedad de Reiter, artritis reactivas, fiebre reumática y artropatías enteropáticas. Las espondiloartropatías se asocian al HLA-B27; su detección tiene valor orientativo a favor del diagnóstico, pero su ausencia no lo descarta. Los anticuerpos antinucleares (AAN) son positivos en casi todos los casos de LES. Existen diversos tipos de AAN según el componente nuclear al cual van dirigidos; su determinación tiene un valor diagnóstico más específico.
- Estudio del Líquido Sinovial (indicado en la monoartritis)

**TABLA 6**  
**Anticuerpos antinucleares**

ANTICUERPOS	ENFERMEDAD
Anti-Sm	LES (el más específico)
Anti-ADN nativo	LES. Títulos altos se asocian con nefritis y actividad clínica
Anti-P (antirribosomas)	LES. Se asocia a síntomas neuropsiquiátricos
Antihistonas	Lupus inducido por fármacos
Anti-RNP	EMTC (los anti-U1-RNP son los más característicos), LES
Anti-Jo I	PM con enfermedad intersticial pulmonar
Anti-Ro/SS-A	Síndrome de Sjögren, lupus neonatal, lupus cutáneo subagudo
Anti-La/SS-B	Síndrome de Sjögren, LES (bajo riesgo de nefritis)
Antitopoisomerasa I (Anti-Scl 70)	Esclerosis sistémica difusa. Se asocian con neumonitis intersticial
Anticentrómero	Esclerosis sistémica limitada. Síndrome de Raynaud
Antinucleolo	Esclerosis sistémica
Anticitoplasma de los neutrófilos	Enfermedad de Wegener (C-ANCA); PAN, poliangeitis microscópica y síndrome de Churg-Strauss (P-ANCA)

LES: lupus eritematoso sistémico; EMTC: enfermedad mixta de tejido conectivo.

## TÉCNICAS DE IMAGEN

- Radiología convencional. Es de poco valor en fases iniciales de procesos inflamatorios (tumefacción de tejidos blandos y desmineralización periarticular). En fases más avanzadas pueden aparecer calcificaciones, estrechamiento del espacio articular, erosiones, anquilosis ósea o quistes subcondrales. Es necesario practicar un estudio radiológico comparativo de las articulaciones simétricas con el fin de no cometer errores en su valoración. Aunque en la práctica clínica diaria el empleo de otras técnicas de imagen pueden ofrecer valiosa información, muchas de ellas son de difícil acceso desde atención primaria.

- Ecografía. Se emplea en la detección de partes blandas, siendo de elección en quistes sinoviales, derrames de cadera y desgarros músculo-ligamentosos.
- Tomografía axial computarizada y resonancia magnética nuclear. La tomografía axial computarizada (TAC) ayuda en la valoración del esqueleto axial. La resonancia magnética nuclear (RMN), debido a su elevado coste y tiempo de exploración, se reserva cuando otras técnicas no aporten información, en especial para el diagnóstico de lesiones medulares, de partes blandas e intraarticulares.
- Gammaografía ósea. Valora el estado metabólico del hueso, inflamación y/o infección en el sistema musculoesquelético y estudio de metástasis óseas.
- Densitometría ósea. Es útil en la determinación cuantitativa de la masa ósea.
- La artroscopia está indicada en patología meniscal, sospecha de cuerpos libres (ratones) intraarticulares y para realizar una biopsia sinovial (son patognomónicos el hallazgo de los granulomas de tuberculosis y sarcoidosis y los cristales de ácido úrico y de pirofosfato).
- Capilaroscopia. La principal aplicación de la capilaroscopia sería el estudio de pacientes con fenómeno de Raynaud.

## TRATAMIENTO

Aunque el tratamiento deberá de individualizarse en función de las manifestaciones articulares y extraarticulares de cada enfermedad reumatológica, comentaremos a grandes rasgos los fármacos a emplear. El tratamiento inicial en los casos de poliartritis será la aplicación de las medidas generales: alternar el reposo, general o de articulaciones específicas (disminuye la intensidad de la artritis), con el ejercicio (evita la rigidez, previene deformaciones, etc.), aplicar calor (muy útil los baños de parafina en las artritis de manos) o frío (utilizado sobre todo en problemas agudos muy inflamatorios), hidroterapia, férulas u ortesis.

- *Antiinflamatorios no esteroídicos (AINE)*: Dentro del tratamiento médico el primer escalón a utilizar son los AINE. Por su efecto terapéutico rápido se emplean para el control analgésico y antiinflamatorio en procesos dolorosos y febriles y para evitar espasmos de la fibra muscular lisa.
- *Corticoides*: El inicio de acción es más lento que los AINE, son eficaces para tratar las manifestaciones inflamatorias de muchas poliartritis. Pueden presentar una serie de efectos secundarios importantes; por tanto, antes de iniciar un tratamiento con este fármaco se debe estar seguro de que la indicación es adecuada, que la enfermedad no puede ser controlada con otros fármacos, que no existen contraindicaciones y que la relación riesgo/beneficio es correcta.
- *Fármacos antirreumáticos de acción lenta*: En las enfermedades inflamatorias del tejido conectivo, cuando el diagnóstico se ha establecido y la aplicación correcta del plan básico y la administración de antiinflamatorios no proporciona un control de los síntomas, estarán indicados los tratamientos de fondo con los llamados fármacos antirreumáticos de acción lenta (FARAL). Los FARAL son capaces de controlar las manifestaciones clínicas y la progresión del daño articular. Se caracterizan por su latencia terapéutica de 4 a 6 meses (salvo el metotrexato que actúa en 3 o 4 semanas) y su administración debe acompañarse de un control riguroso de los posibles efectos secundarios, ya que todos pueden producir alteraciones mucocutáneas, hematológicas y gastrointestinales. Las indicaciones más características de los FARAL serían: los antipalúdicos (cloroquina, hidroxicloroquina) en cuadros cutáneos y articulares del LES u otras colagenosis; en la esclerodermia es útil la D-penicilamina y en las espondiloatropatías inflamatorias la sulfasalazina; el metotrexato se considera hoy en día el FARAL de primera elección en la AR, salvo que exista alguna contraindicación para su uso o que la enfermedad sea muy moderada, y también se ha demostrado eficaz en la artropatía psoriásica, la ACJ, artritis reactivas, LES, miopatías inflamatorias, enfermedad de Crohn y enfermedad de Still del adulto. Las sales de oro (auranofina, aurotiomalato sódico) fueron muy utilizadas en la AR y otros procesos, aunque actualmente se reservan para pacientes que no toleren otros fármacos, como el metotrexato.
- *Inmunosupresores*: Actúan como citotóxicos inespecíficos del sistema inmune. En general, son usados cuando fallan otras posibilidades terapéuticas o existen manifestaciones extraarticulares graves. Los más usados son los alquilantes (clorambucilo, ciclofosfamida) en la AR, LES, DM/PM, síndrome de Sjögren y vasculitis; los análogos de purinas (azatioprina) en la AR, artropatía psoriásica, síndrome Behçet, LES, vasculitis, PM/DM y la ciclosporina A en las uveítis refractarias al tratamiento con corticoides, incluida la del síndrome de Behçet y

en las DM, sobre todo infantiles. La leflunomida (nuevo fármaco derivado del isoxazol) ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la AR y la artropatía psoriásica. Existen ensayos en fase inicial en el tratamiento del LES y las vasculitis necrosantes.

- *Terapias biológicas (etanercept, infliximab, etc.):* Se obtienen resultados espectaculares en la AR y las espondiloartropatías, aunque su uso está limitado a enfermedades agresivas o resistentes a otros tratamientos.
- *Otros tratamientos:* La colchicina en la artritis gotosa, el reumatismo palindrómico, el síndrome de Behçet y en la fiebre mediterránea familiar, y la terapia intraarticular (corticoides) indicada en oligomonoartritis no infecciosas que no responden a tratamientos convencionales, bursitis y tendinitis.

## BIBLIOGRAFÍA

- Monoartritis aguda. En: Manual de Urgencias. Ed: Daniel García Gil. 2000; 495-502
- Monoartritis y poliartritis . Guías Fisterra de práctica clínica 2012
- Guía de práctica clínica para el manejo de la gota. GUIPCLINGOT Sociedad Española de Reumatología. 2013
- Guía de manejo diagnóstico y terapéutico de la artritis séptica en urgencias (Guías de Práctica Clínica) jul 2013 Createspace Independent Publishing Platform. Carlos Antonio Guillen Astete .
- Sociedad Española de Reumatología. GPC para el Tratamiento de la Espondiloartritis Axial y la Artritis Psoriásica. Edición: 31-12-2015
- Sirisena D, Begum H, Selvarajah M, Chakravarty K. Musculoskeletal examination-an ignored aspect. Why are we still failing the patients? Clin Rheumatol. 2011; 30: 403-7
- Sociedad Española de Reumatología. Manual SER de las Enfermedades Reumáticas. Sociedad Española de Reumatología. 6ªed. Madrid: Elsevier.2014