

MONOARTRITIS AGUDA

Jorge Alba, Enrique Ornilla

Es inflamación de una sola articulación. A la hora de su valoración es importante discernir si nos encontramos ante una autentica artritis o por el contrario, estamos ante una inflamación periarticular (tendones o bursa, por ejemplo) y sobre todo si estamos ante una causa infecciosa o inflamatoria no infecciosa.

ETIOLOGÍA

Las causas más frecuentes son la gota, artritis séptica y artritis reumatoide, (ver tabla I para más detalle)

CLASIFICACIÓN

Podemos clasificar las artritis en aguda (menos de 6 semanas) y crónica (más de 6 semanas).

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

Clínicamente una artritis se manifiesta con signos flogóticos (dolor, rubor, calor y tumor) y con restricción tanto pasiva como activa de los movimientos. Las afecciones periarticulares por el contrario, presentan únicamente dolor intenso a la movilización activa.

En la **anamnesis dirigida** es importante preguntar por la presencia de fiebre, traumatismo previo o antecedentes de: herida en la proximidad, focalidad infecciosa a otro nivel, inmunosupresión, adición a drogas vía parenteral, antecedentes personales que supongan una predisposición a infecciones (diabetes, enolismo, esplenectomía, etc). Es imprescindible preguntar por el debut de la monoartritis (aguda o subaguda), ya que nos ayudará a la hora de orientar el diagnóstico. También es importante saber si hay antecedentes personales de artropatía inflamatoria (gota o condrocalcinosis e hiperuricemia), contactos sexuales de riesgo y artrocentesis previas . Además de lo anterior es útil tener en cuenta algunas situaciones:

- Una monoartritis de instauración aguda, curso autolimitado y punto álgido inferior a 24 horas sugiere artropatía por microcristales.
- Una infección urinaria o intestinal 2-3 semanas previas al cuadro sugiere artritis reactiva.

- Un paciente obeso, con antecedentes de gota y con exceso dietético o enolismo en los últimos días sugiere gota.
- Una modificación en la pauta diurética y monoartritis sugiere gota.
- Artritis en rodilla o carpo en paciente de edad avanza sugiere artropatía microcristalina.
- Paciente joven con antecedentes de contacto sexual de riesgo, sugiere artritis gonocócica.

En la **exploración general** (donde prestaremos especial atención a aquellos signos de las enfermedades que forman parte del diagnóstico diferencial, como son la presencia de aftas orales o genitales, placas de psoriasis, tofos gotoso, nódulos subcutáneos, rash, adenopatías y organomegalia), es importante realizar la exploración locomotora de la articulación afecta.

Laboratorio: Hemograma, VSG, PCR, urato, función renal, pruebas hepáticas, anormales y sedimento de orina y, si se sospecha artritis séptica, hemocultivos. Es importante recordar que ante un ataque de gota los niveles de urato pueden estar dentro del rango normal.

Para un segundo tiempo (ya que en la urgencia no disponemos de sus resultados), de cara a completar el estudio y dependiendo de la sospecha clínica, se puede solicitar: Factor reumatoide, Anti-CCP, ANA, ENA, anti-DNA, HLAB27, serologías infecciosas (Lyme, rosa de bengala, VHA, VHB, VHC, CMV, parvovirus B19, salmonela, yersinia y shigella), cultivo de exudado uretral y cultivo para tuberculosis si hay sospecha de la misma.

Artrocentesis: Ante una monoartritis aguda, y dado que es imprescindible descartar una etiología infecciosa, es preciso realizar una artrocentesis diagnóstica. En nuestro centro las suele realizar Traumatología.

Esta debe realizarse en condiciones de asepsia y el procesamiento de las muestras deben realizarse en menos de 4 horas. Del líquido sinovial (unos 5 cc por tubo) es importante ver sus características (tabla II) y su procesamiento.

Se enviará una muestra a microbiología (en tubo estéril y, si es posible, en frasco de hemocultivos, para realizar gram urgente y cultivo). Para ello hay que avisar al microbiólogo de guardia.

Para el laboratorio de hematología se solicitará hemograma en líquido biológico (especificando líquido articular). Otra muestra irá al laboratorio de bioquímica, donde se puede solicitar glucosa, LDH y cristales en líquido biológico.

Por último, se puede contactar con el Reumatólogo para observar al microscopio una muestra en busca de microcristales.

Radiografía simple: Escasa utilidad. Práctico para descartar fracturas y diagnosticar condrocalcinosis.

Ecografía: Técnica de elección para valorar abscesos, tendinitis, derrame articular y sinovitis. Así como guía para artrocentesis.

TRATAMIENTO

Fundamental descartar infección, si se va a administrar corticoides:

Gota y pseudogota

- **Colchicina:** 0,5-1 mg /12 horas durante 5 días. Ojo efectos secundarios (diarrea fundamentalmente) y ajuste en caso de insuficiencia renal (contraindicado si CCI < 10 ml/min/m²). Es importante recordar que hay que confirmar mediante microscopia óptica la visualización de cristales, y que la visualización de los mismos no excluye una etiología infecciosa, por lo que hay que remitir una muestra para cultivo.
- **AINE:** Solos o en combinación con colchicina durante 3-7 días. Ojo efectos secundarios (digestivos y renales). Valorar coadministrar con protector gástrico (omperazol por ejemplo). Ej : Naproxeno 550 mg/12 h o diclofenaco 50 mg / 8h.
- **Corticoide sistémico:** Tras descartar infección y si hay contraindicación para colchicina y AINEs. Asociar siempre protector gástrico y en pauta descendente, recomendar al paciente toma de tensión arterial y glucemia si es hipertenso o diabético. Ejemplo : Prednisona 30 mg : 1 comprimido con el desayuno durante 2 días seguido de 2/3 (20 mg) otros 2 días y seguido de 1/3 (10 mg) otros 2 días y suspender. También se podría valorar la inyección de corticoide intrarticular.

Tras el brote agudo se recomienda cita en Reumatología para valorar inicio de hipouricemiante. Durante el brote agudo, es importante no iniciar hipouricemiante ni suspenderlo si ya estaba en tratamiento crónico, puesto que los cambios de concentración de urato pueden precipitar cristales nuevamente.

Artritis infecciosa

Se recomienda contactar con Enfermedades Infecciosas y siempre realizar hemocultivos y cultivo del líquido antes de iniciar antibiótico.

Circunstancia	Pauta recomendada	Alternativa	Alergia B-lact
Cocos G+ en racimo	Cloxacilina 2g/4h + Gentamicina 3-5 mg/ kg/24h	Si SAMR : Daptomicina 10mg/ kg /24h	Vancomicina 1g/12 h ± Gentamicina 3-5 mg/ kg/24h
Cocos G+ en cadena	Ceftriaxona 2g/24h	Vancomicina 1g/12h	Vancomicina 1g/12h
Cocos G-	Ceftriaxona 2g/24h	Levofloxacino 500mg/12h	Levofloxacino 500mg/12h
Bacilos G-	Ceftazidima 2g/8h + Amikacina 15mg/ kg/24 h	Levofloxacino 500mg/12 h ± Amikacina 15mg/ kg/24 h	Levofloxacino 500 mg/12 h ± Amikacina 15mg/kg/24 h
No bacterias o no artrocentesis	Cloxacilina 2g/4h + Ceftazidima 2g/8 h	Vancomicina 1g/12h + Levofloxacino 500mg/12 h	Vancomicina 1g/12h + Levofloxacino 500mg/12 h
Factores riesgo SAMR	Daptomicina 10mg/ kg/24h + Piperacilina- tazobactam 4g/6h	Daptomicina 10mg/kg/24h + Levofloxacino 500 mg/12h	Daptomicina 10mg/kg/24h + Levofloxacino 500 mg/12 h

Monoartritis gonocócica :

- Ceftriaxona 2 g /24 horas durante 7-14 días + azitromicina oral 1 g en monodosis o doxicilina 100 mg cada 12 horas durante 7 días (considerar biterapia si se sospecha C. trachomatis). Tras 24-48 se puede secuenciar la ceftriaxona a 250 mg via intramuscular.
- Alérgico : Desensibilización
- Drenaje ante artritis purulenta.
- Estudio de la pareja.

Tabla I: Etiología mas frecuente de la monoartritis

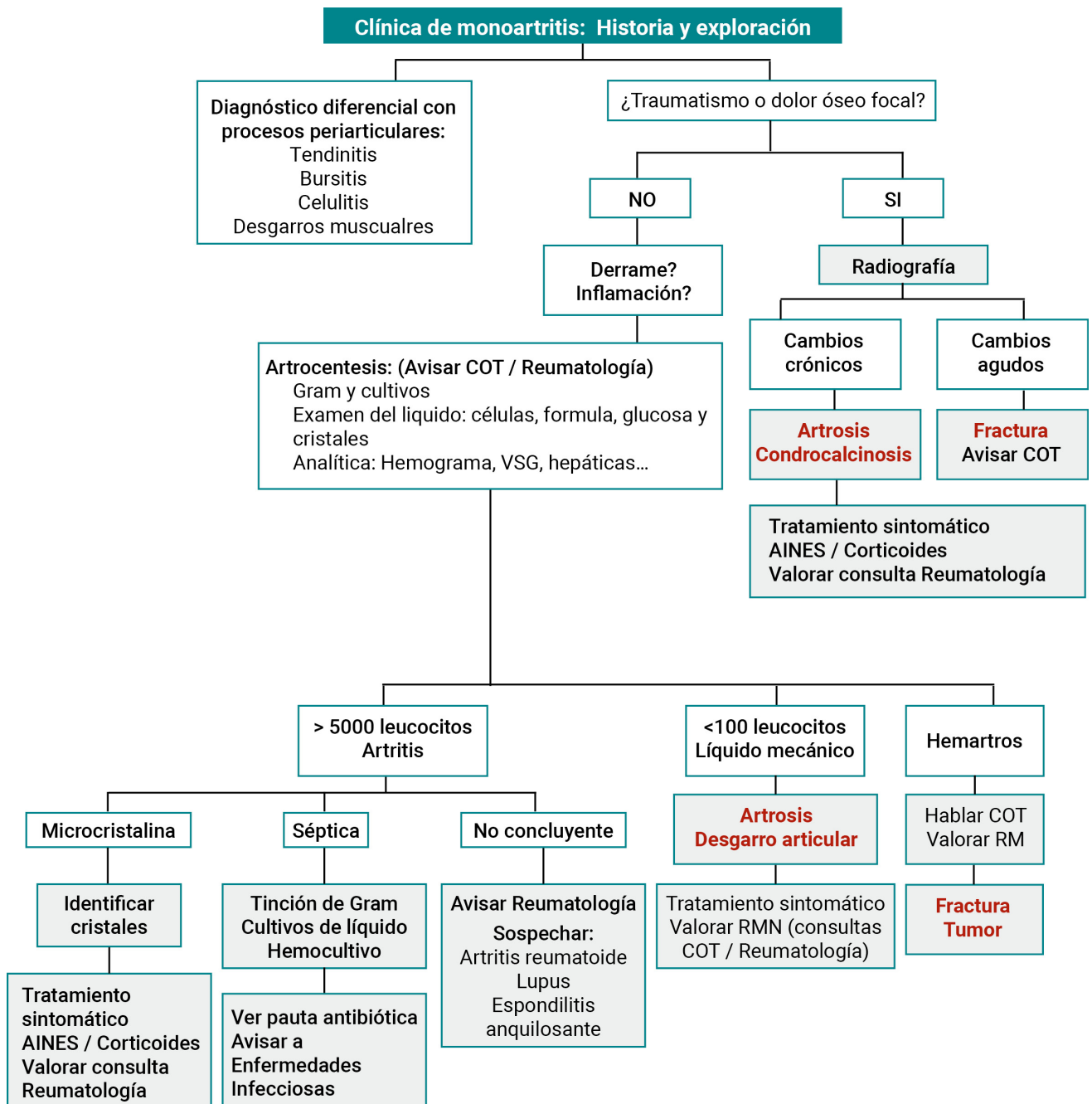
Entidad	Epidemiología	Clínica	Diagnóstico
<p>Gota: Lo más frecuente.</p> <p>Depósito de monocristales de urato monosódico</p>	<p>Varones > 40 años</p> <p>Desencadenantes: traumatismo, enolismo, diuréticos, inicio hipouricemiantes y cirugía.</p>	<p>Aguda: Monoarticular (a veces poliarticular). Típico podagra (1º MTF), rodilla, muñeca, tarso y tobillo.</p> <p>Intecrítica: sin tratamiento los brotes son mas frecuente</p> <p>Tofácea: urato en los tejidos</p>	<p>Analítica: Parámetros inflamatorios.</p> <p>Líquido articular: inflamatorio. Visualización de microcristales en luz polarizada</p> <p>Los niveles de urato pueden ser normales</p>
<p>Condrocálcinosis</p> <p>Depósito de pirofosfato cálcico</p>	<p>>50-60 años:</p> <p>Relación con artrosis.</p> <p>En jóvenes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemocromatosis • Hiperparatiroidismo • Hipotiroidismo • Enf de Wilson • Hipomagnesemia • Hipercalcemia 	<p>Patrones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asintomático • Artritis aguda • Artritis inflamatoria crónica <p>Pseudoosteoartritis: con o sin ataques agudos</p>	<p>Líquido:</p> <p>Cristales birrefringentes levemente positivos</p> <p>Calcificación de cartílago intraarticular en la radiografía.</p>
<p>Infección no gonocócica</p> <p>SAMS/SAMR el mas frecuente</p> <p>P.aeruginosa en prótesis</p>	<p>Diseminación hematogena o inoculación directa</p> <p>Factores de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> • >80 años • Diabetes • Artritis reumatoide • Prótesis articular • ADVP • Corticoides 	<p>80-90% monoarticulares grandes (rodilla y cadera)</p> <p>En ADVP suele afectar a esterno-clavicular</p>	<p>Diagnóstico mediante liquido sinovial.</p> <p>Importante realizar hemocultivos.</p>

Infección gonocócica	Jóvenes sexualmente activos. ITS previas	2 síndromes: Artritis purulenta o Triada de sinovitis poliartralgias y rash	Tomar muestras para cultivo de uretra, recto, faringe y piel y hemocultivos.
Enfermedad de Lyme	Eritema crónico migratorio y antecedente de picadura de garrapata. Cultivos negativos, se requiere serología Tratamiento : Doxiciclina durante 1 mes		
Traumática	Artritis por fracturas intraarticulares, luxaciones, daño meniscal esguinces y desgarros Pueden asociar hemartros		
Reiter	Secundarias a infección intestinal o urinaria		

Tabla II: Características del líquido sinovial

Característica	Normal	No inflamatorio	Inflamatorio	Séptico	Hemorragia
Viscosidad	Alta	Alta	Baja	Variable	Variable
Claridad	Transparente	Transparente	Translúcido	Opaco	Sanguinoliento
Color	Claro	Amarillo	Amarillo intenso	Purulento	Rojo
Leucocitos	<200	50-1000	1000-75000	>100000	200-2000
Cultivo	Negativo	Negativo	Negativo	A menudo positivo	Negativo
Visualización de microcristales			Gota: birrefringencia negativa Pseudogota: birrefringencia levemente positiva		
Bioquímica				LDH elevada y glucosa baja	

ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO



BIBLIOGRAFÍA

1. Lingling MA MD PhD et al : Acute monoarthritis: What is the cause of my patient´s painful swollen joint. CMAJ, 2009 Jan 6; 180(1): 59–65.
2. Chokkalingman Siva et al. Diagnosing acute monoarthritis in adults: Apractical approach for the family physician.
3. F Aguilar Rodriguez et al. Manual de Diagnóstico y terapéutica médica del hospital universitario 12 de octubre. 8º edición (2017).
4. Manuel S . Moya Mit. Normas de actuación en Urgencias (2000).
5. Yuste JR et al. Guía para la profilaxis y el tratamiento de las infecciones y política antibiótica (protocolo de la Clínica universidad de Navarra,2015).