

Monoartritis aguda

Antonio González-Pineda*

RESUMEN

La monoartritis aguda es una entidad que amerita la valoración en el Servicio de Urgencias y que cubre parte de la consulta del reumatólogo. Dentro de las diversas causas de la monoartritis aguda es muy importante identificar a los pacientes con artritis séptica debido a la alta morbilidad de este padecimiento. Las principales etiologías de la monoartritis aguda son trauma, artropatía por cristales, artritis séptica e inicio monoarticular en formas tempranas de enfermedades sistémicas. La historia clínica y la exploración clínica aportan valiosas pistas para llegar al diagnóstico certero; sin embargo, se ha demostrado que la sensibilidad y especificidad de los hallazgos clínicos no son suficientes, son necesarios estudios de laboratorio y sobre todo del análisis del líquido sinovial.

Palabras clave. Artritis. Artritis séptica. Líquido sinovial.

ABSTRACT

Acute monoarthritis is a disease that often requires examination at the emergency room and is an important part of the rheumatologist outpatient consult. Among the many causes of acute monoarthritis it is very important to identify the patients whom have septic arthritis because of the high morbidity of this disease. The main etiologies of acute monoarthritis are trauma, crystal deposition arthritides, septic arthritis and monoarticular onset in early forms of systemic diseases. Clinical record and physical examination contribute with valuable clues in order to reach an accurate diagnosis, however, it has been demonstrated that the sensitivity and specificity of clinical findings are not enough, being necessary lab work up and moreover synovial fluid analysis.

Key words. Arthritis. Septic arthritides. Synovial fluid.

La artritis es una causa frecuente de visita al Servicio de Urgencias y en la consulta del reumatólogo. Un diagnóstico certero es de suma importancia, ya que existen entidades como la artritis séptica que tienen una alta tasa de morbilidad si no se atienden en formas tempranas.¹⁻⁵ Es importante distinguir en primer lugar el número de articulaciones afectadas; se considera monoartritis a la inflamación de una articulación, oligoartritis a la inflamación de dos a cuatro articulaciones y poliartritis a la inflamación de cinco o más articulaciones.³ Esta distinción es importante porque a pesar de que el paciente se queje de dolor en una sola articulación puede presentar inflamación en alguna otra; siempre es importante comparar la articulación contralateral.²⁻⁴ Posteriormente se debe distinguir entre el dolor articular y el causado por lesión de

estructuras extraarticulares (tendones, ligamentos, músculo, hueso). Luego se debe discernir entre el dolor inflamatorio y el mecánico. Por último se debe determinar la cronicidad de la artritis denominándose aguda si es menor a seis semanas y crónica si es mayor a seis semanas^{2-4,6-8} (Figura 1).

Existen varias causas de monoartritis aguda, pero sólo cuatro principales que deben diferenciarse con la finalidad de distinguir cuadros severos como los de la artritis séptica. Estas etiologías son: infección, artropatías por cristales, presentación monoarticular de enfermedad sistémica y trauma^{2-4,6-8} (Figura 2).

Ya se explicaron los pasos a seguir dentro de la semiología de la monoartritis aguda; sin embargo, la historia clínica y la exploración física no son del todo fidedignas para asegurar o excluir con seguridad un diagnóstico, por

* Fundación Clínica Médica Sur

Correspondencia:

Dr. Antonio González-Pineda

Fundación Clínica Médica Sur

Puente de Piedra, Núm. 150, Col. Toriello Guerra, C.P. 14050, Deleg. Tlalpan, México, D.F.

Tel.: 5424-7200. Correo electrónico: antonio_gop@hotmail.com

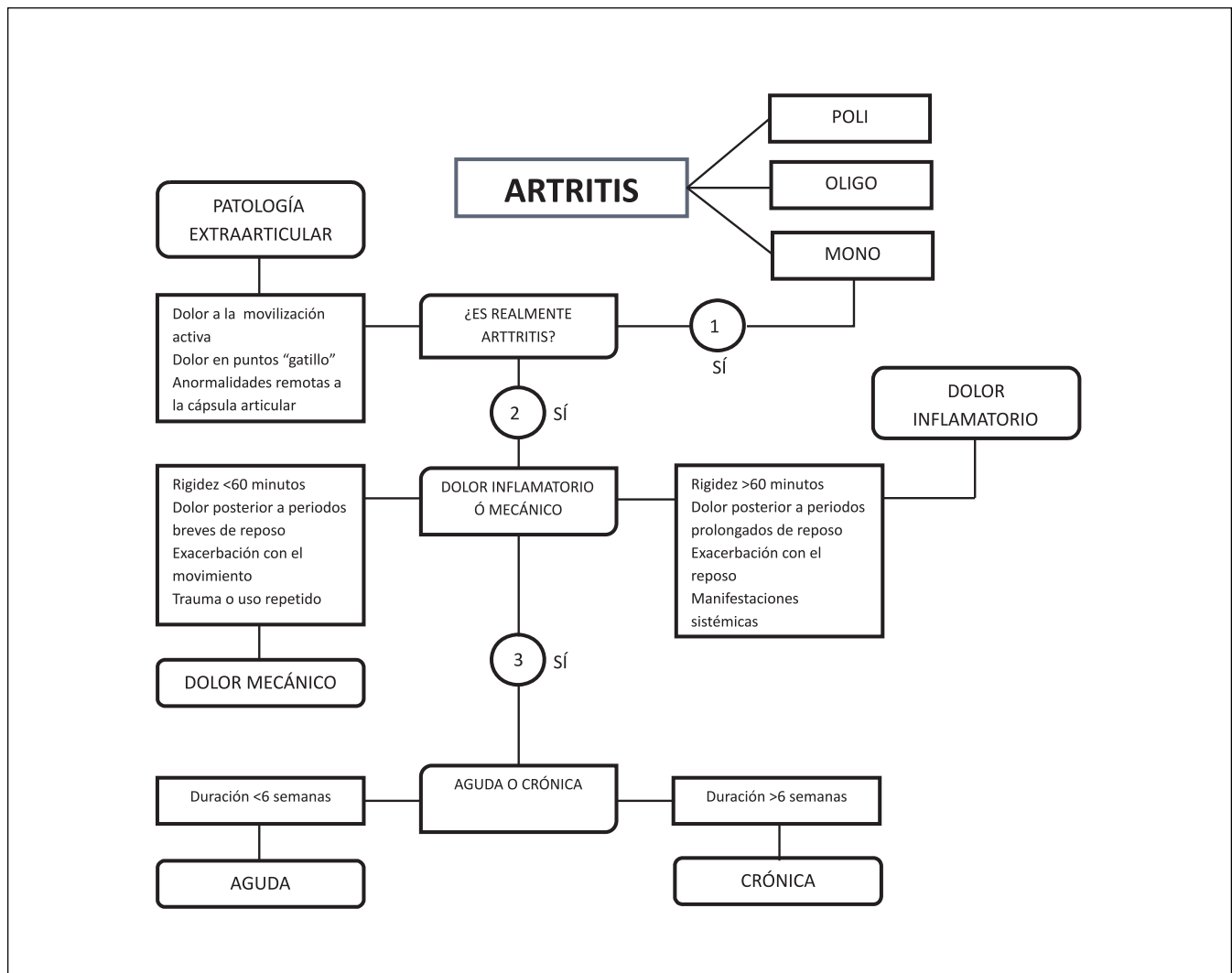


Figura 1. Diagnóstico de la artritis.

lo que se requieren estudios complementarios de laboratorio y de gabinete.^{2-6,9}

Dentro de los cuadros clínicos más frecuentes y cuyo diagnóstico diferencial en un cuadro de monoartritis es imprescindible destacan (Figura 3):

- **Artropatía por cristales.** Las más frecuentes son la artropatía por depósito de urato monosódico y la artropatía por depósito de pirofosfato cálcico dihidratado. Es importante señalar la importancia del reconocimiento de factores de riesgo para el desarrollo de artritis gotosa, además de la presencia de factores desencadenantes. Las manifestaciones clínicas impor-

tantes son: el pico máximo de dolor alcanzado en menos de 24 h acompañado de tumefacción y eritema de la zona articular afectada. La articulación afectada con mayor frecuencia es la primera articulación metatarsal-falángica (en 60% en un primer ataque y hasta 90% a lo largo de la vida en un paciente con gota); la fiebre y los síntomas constitucionales pueden presentarse. No obstante, estos hallazgos no ofrecen gran sensibilidad y especificidad.^{2,3,6,9,10,11} El *American College of Rheumatology* y la *Europe League Against Rheumatism* han propuesto criterios diagnósticos con la finalidad de aumentar la certeza diagnóstica; sin embargo, la utilización sólo de aspectos clínicos sin el

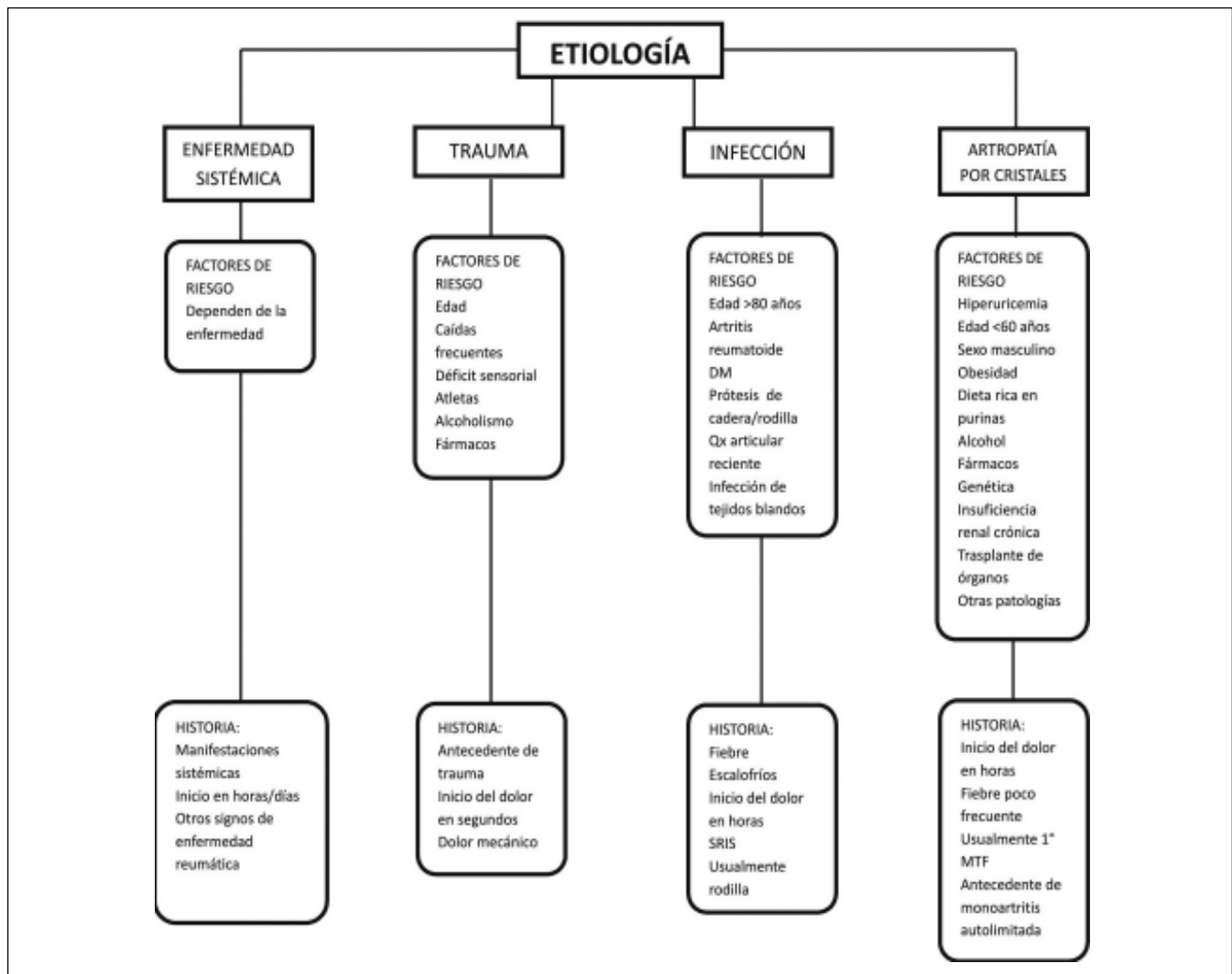


Figura 2. Etiología de la artritis.

análisis de líquido sinovial puede no tener la suficiente certeza para distinguir artritis gotosa aguda de alguna otra monoartropatía inflamatoria.⁹⁻¹¹ La radiografía simple suele mostrar datos inespecíficos como aumento de volumen de tejidos blandos.¹¹ Los estudios de laboratorio pueden mostrar leucocitosis o aumento de PCR. El análisis de líquido sinovial suele ser de tipo inflamatorio (2,000-50,000 leucocitos), si la cantidad de leucocitos sobrepasa los 75,000 se debe sospechar la presencia de artritis séptica, aun en presencia de cristales de urato monosódico. Se observan cristales en forma de aguja con birrefringencia negativa a la luz polarizada (aunque la cristalografía no suele hacerse de forma

rutinaria en la práctica clínica).¹⁰ La artropatía por depósito de cristales de pirofosfato cálcico dihidratado es más frecuente en la rodilla; además, en la radiografía se observan datos compatibles con condrocalcinosis. Hay estudios que investigan el uso de ultrasonografía y tomografía computada de energía dual para el diagnóstico diferencial de artritis gotosa aguda y artritis por depósito de cristales de pirofosfato cálcico.¹²

- **Artritis séptica.** Es importante un diagnóstico precoz de esta entidad. Existen factores de riesgo asociados a esta enfermedad. Es importante señalar que la articulación más afectada es la rodilla; la presencia de fiebre, escalofríos o sudoración tienen una baja sensibilidad

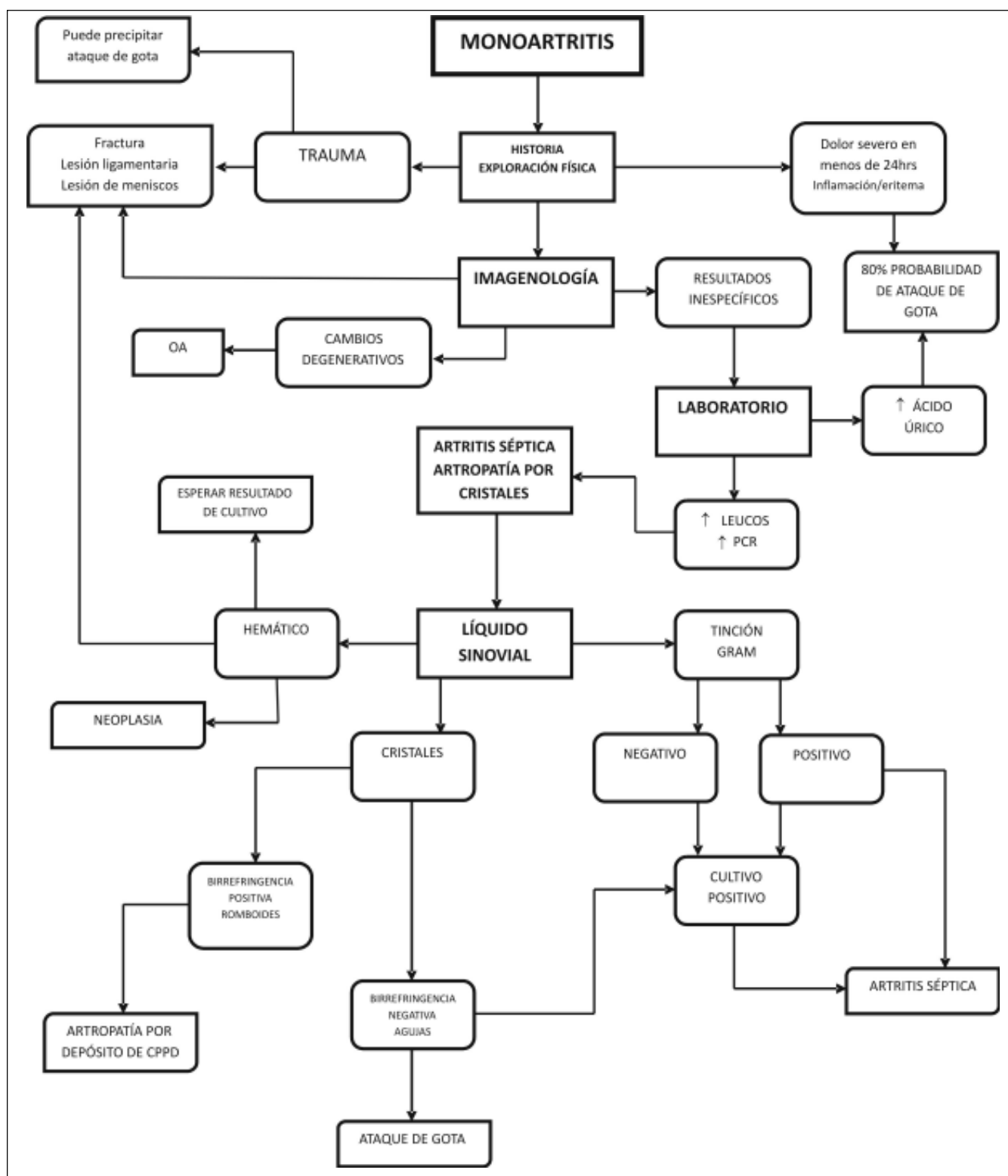


Figura 3. Cuadros clínicos de la monoartritis.

y no ayudan a apoyar o descartar el diagnóstico.¹ Dentro de los estudios de laboratorio se encuentran la leucocitosis y la neutrofilia, además de aumento en la velocidad de sedimentación globular, aunque todos estos resultados, pese a poseer buena sensibilidad, no tienen buena especificidad y por lo tanto tienen poco poder diagnóstico.¹ La radiografía simple posee poca sensibilidad y especificidad;¹ la tomografía simple y la resonancia magnética son útiles para evaluar articulaciones como la coxofemoral o las sacroiliacas. El análisis de líquido sinovial es fundamental para el diagnóstico y ante la sospecha de artritis séptica siempre se debe obtener líquido sinovial para su estudio. El aumento de la cuenta leucocitaria aumenta la razón de probabilidad para el diagnóstico de artritis séptica, usualmente se encuentra un líquido con cuenta > 50,000 leucocitos, aunque una cifra > 100,000 hace el diagnóstico de artritis séptica muy probable;¹ a su vez, > 90% de polimorfonucleares aumenta la probabilidad diagnóstica.¹ La medición de glucosa, LDH y proteínas en el líquido sinovial tienen poco desempeño diagnóstico y suelen llevar a falsos positivos.¹ Cabe señalar que se encuentran microorganismos con la tinción de Gram en 75% de los casos (cuando se asocia a *S. aureus*) y no se encuentran microorganismos hasta en 50% de los casos, por lo que su ausencia no excluye el diagnóstico y se debe aguardar el resultado del cultivo; al ser éste positivo se asegura el diagnóstico de artritis séptica. No se debe esperar el resultado de los cultivos para iniciar la antibioticoterapia empírica ante la sospecha de artritis séptica.^{1,5}

- **Trauma.** Usualmente la historia relatada por el paciente es suficiente para llegar al diagnóstico, aunque en ocasiones el paciente pudo estar inconsciente o no recordar el traumatismo.⁴ Las estructuras lesionadas pueden ser intraarticulares, como el caso de los meniscos o los ligamentos cruzados de la rodilla. Es importante realizar estudios de imagen como radiografía simple para descartar la presencia de fracturas; la resonancia magnética es de utilidad en el diagnóstico de lesiones meniscales o ligamentarias. El análisis de líquido sinovial puede ser hemático (aunque una

neoplasia osteoarticular o la artritis séptica pueden ser sanguinolentas).²

- **Forma monoarticular de enfermedad sistémica.** Éste es un diagnóstico diferencial muy importante, ya que algunas formas de artritis reumatoide, espondiloartropatías seronegativas u otras entidades reumáticas sistémicas pueden presentarse (ocasionalmente en su forma temprana) en forma de monoartropatía, por ello es importante situarse en el contexto clínico del paciente para establecer una presunción diagnóstica (analizar género, edad, historia familiar, sintomatología asociada y articulaciones afectadas). Posteriormente se solicitarán estudios de laboratorio y de gabinete de acuerdo con la sospecha clínica.^{2-4,6}
- **Osteoartrosis.** Puede presentarse como enfermedad monoarticular, aunque un cuadro aparatoso de monoartritis aguda que simule un cuadro de artritis gotosa o artritis séptica. Los factores de riesgo para osteoartrosis, el cuadro clínico y los cambios degenerativos encontrados en la radiografía orientan al diagnóstico.⁴

REFERENCIAS

1. Margaretten ME, Kohlwes J, Moore D, Bent S. Does this adult patient have septic arthritis? *JAMA* 2007; 297(13): 1478.
2. Firestein, Ralph, Budd. *Kelley's textbook of rheumatology*. 8th. Ed. Saunders; 2008.
3. Weisman MH, Weinblatt ME, Smolen J, Silman A, Hochberg M. *Hochberg rheumatology*. 5th. ed. Ed. Mosby.
4. Fauci. *Harrison's rheumatology*. 2nd. Ed. McGraw-Hill; 2010.
5. Coakley G, Mathews C, et al.; British Society for Rheumatology. BSR & BHP, BOA, RCGP and BSAC guidelines for management of the hot swollen joint in adults. *Rheumatology* 2006; 45: 1039-41.
6. American College Of physicians. *Internal Medicine*, MKSAP 15.
7. Rotés-Querol J (ed.). *Reumatología clínica*. Espaxs; 1983.
8. Siegenthaler (ed.). *Diagnóstico diferencial en medicina interna*. El manual moderno; 2009.
9. Cayler WE Jr. Gout. *BMJ practice* 2010; 341-2.
10. Tuhina Neogi. Gout. *N Engl J Med* 2011; 364: 443-52.
11. Laine C, Turner B. In the clinic Gout. *Annals of internal medicine* 2010.
12. Nicolaou S, Yong-Hing CJ, Galea-Soler S, Hou DJ, Louis L, Munk P. Dual-energy CT as a potential new diagnostic tool in the management of gout in the acute setting. *Am J Roentgenol* 2010; 194(4): 1072-8.