

# Mono y poliartritis

## Autores

Fernando Prieto Formoso  
Ana Zamora Casal

Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Servicio de Atención Primaria de Cambre  
SERGAS- A Coruña- España

Guías Clínicas 2004; 4(35)

## Puntos clave

- Las monoartritis más frecuentes son las artritis microcristalinas. Es muy importante identificar pronto las artritis sépticas para iniciar tratamiento precoz
- Se habla de poliartritis cuando hay presencia de signos inflamatorios en 4 ó más articulaciones. Muchas poliartritis debutan inicialmente como monoartritis.
- Para orientar el diagnóstico, aconsejamos seguir la anamnesis, la exploración física y la solicitud de pruebas complementarias, reflejadas previamente en el estudio de monoartritis.

## Monoartritis, ¿de qué hablamos?

Una monoartritis se caracteriza por la presencia de signos inflamatorios (dolor, tumefacción, calor, rubor e impotencia funcional) en una sola articulación. Se considera aguda si su duración es inferior a 6 semanas y crónica si persiste más de 6. Si se afectan 2 ó 3 articulaciones se habla de oligoartritis y si más de 3 de poliartritis.

La monoartritis se debe diferenciar de las situaciones que simulan artritis: afectación de tejidos periarticulares, de estructuras yuxtarticulares (bursitis, tendinitis...) o de estructuras intraarticulares (ligamentos).

## ¿Cuáles son sus causas?

- Artritis microcristalinas. Son las más frecuentes:
  - Artritis gotosa: afecta con mayor frecuencia a mayores de 40 años. Suele manifestarse inicialmente con afectación de 1ª articulación metatarsfalángica, destacando, sobretodo, el dolor y la tumefacción. Como factores desencadenantes presenta los abusos dietéticos o de ingesta alcohólica, los traumatismos locales y el uso de diuréticos.
  - Condrocálcinos: conocida como pseudogota. Puede desencadenarse ante procesos estresantes (cirugía, IAM, ACV...) Puede acompañarse

### Diagnóstico diferencial del origen del dolor por la exploración física

| Origen del dolor             | Movilidad activa | Movilidad pasiva |
|------------------------------|------------------|------------------|
| Articular (Sinovitis)        | Limitada         | Limitada         |
| Periarticular (Bursitis,...) | Limitada         | Normal           |
| Referido                     | Normal           | Normal           |

Elaborada con opinión de médicos y revisión posterior por colegas.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Aviso a pacientes o familiares:

La información de este sitio está dirigido a profesionales de atención primaria. Su contenido no debe usarse para diagnosticar o tratar problema alguno. Si tiene o sospecha la existencia de un problema de salud, imprima este documento y consulte a su médico de cabecera.

de fiebre, suele ser autolimitada y menos dolorosa que la gota. Afecta normalmente a la rodilla. Asociada a múltiples enfermedades.

- Artritis sépticas: imprescindible identificarlas para iniciar tratamiento precoz. Suelen ser monoarticulares, y suelen afectar a articulaciones de gran tamaño. Presenta signos inflamatorios llamativos, con dolor intenso (incluso en reposo), impotencia funcional marcada y precoz y fiebre. Factores asociados: inmunodeprimidos, tratamientos con citotóxicos o corticoides, DM, insuficiencia renal, hepática, ADVP, conducta sexual de riesgo, uretritis reciente, instrumentación urogenital, etc.

| Etiología asociada a artritis séptica según la edad |  |
|---|--|
| Edad  | Gérmenes                                     |
| < 3 meses   | S.aureus, enterobacterias                    |
| 3-6 meses   | S. aureus, H. Influenzae, Estreptococo       |
| Adultos sin contactos sexuales de riesgo            | S. aureus, Estreptococo A, Enterobacterias   |
| Adultos con contactos sexuales de riesgo            | Gonococo                                     |
| Por inoculación directa                             | S.epidermidis, S. aureus, enterobacterias... |

- Artritis reactivas: asociadas a infección gastrointestinal (Salmonella, Shigella, Yersinia) o genitourinaria. También se incluyen las artritis post-infección estreptocócica.
- Artritis postraumática: un traumatismo puede causar derrame agudo articular con o sin hemartros. Suelen mostrar edema, eritema y a veces equimosis.

### ¿Cómo orientar el diagnóstico?

- Anamnesis
  - Antecedentes personales y familiares: Presencia de cuadros dolorosos agudos semejantes al actual.
  - Despiñaje de enfermedades que en su evolución se asocien con monoartritis (Enfermedad inflamatoria intestinal, hiperuricemia, psoriasis, Síndrome de Reiter...). Presencia de enfermedades reumáticas familiares.
  - Localización: indicar al paciente que debe señalar la zona dolorosa. Tener en cuenta que puede ser referido.
  - Forma de inicio: agudo, en horas (orienta a artritis microcristalinas y bacterianas) progresivo, existencia o no de factores desencadenantes (exceso dietético, alcohólico o traumatismo orienta a artritis gotosa).
  - Características del dolor: es importante diferenciar el dolor de tipo inflamatorio (no calma en reposo, rigidez matutina de más de 30 minutos) del dolor mecánico (aumenta con movilización y disminuye en reposo). Este último orienta más a procesos intrarticulares.
  - Tratamientos previos, y respuesta a los mismos, tolerancia gastrointestinal a AINES, así como tratamientos actuales por otras patologías.
  - Tiempo de evolución: diferenciar monoartritis aguda o crónica, según el tiempo de evolución.
  - Evolución: crisis dolorosas, reagudizaciones...
  - Capacidad funcional del individuo: tipo de trabajo que realiza, horas diarias de ocupación, actividad doméstica, el número de personas que están a cargo de uno...
- Exploración física:
  - Inspección: datos de inflamación, tofos gotosos...
  - Palpación: presencia de derrame articular, sinovitis...
  - Exploración de movilidad articular: pasiva, activa, contra resistencia.
  - Exploración general del paciente:
    - La presencia de lesiones bucales sugiere enfermedad de Behçet, artritis enteropáticas, síndrome de Reiter, LES
    - Las lesiones oculares orientan a artritis reumatoide, espondiloartropatías seronegativas, síndrome de Reiter

- Las genitales a la enfermedad de Behçet, síndrome de Reiter, LES
- Dentro de las cutáneas podemos hallar nódulos subcutáneos (fiebre reumática, artritis reumatoide, enfermedad de Behçet), eritemas nudosos (artritis enteropáticas, sarcoidosis), un síndrome de Raynaud (esclerodermia), hiperqueratosis plantar (psoriasis), pápulas vesiculopustulosas (artritis gonocócica), fotosensibilidad (LES)
- La presencia de disfagia orienta a esclerodermia, y la de diarrea a una artritis de origen enteropático (artritis reactivas)
- Pruebas complementarias:
  - Artrocentesis: siempre que sea posible debe realizarse análisis del líquido articular. Enviar rápidamente el líquido articular al laboratorio.
    - Examen macroscópico: el grado de transparencia o turbidez, orienta sobre un problema mecánico, inflamatorio, séptico o hemorrágico.
    - Recuento celular: clasifica el líquido como mecánico, inflamatorio o séptico según el número de células /mm<sup>3</sup>...
    - Tinción de Gram y cultivos de líquido sinovial: siempre necesarios. Ante sospecha de artritis infecciosa, solicitar hemocultivos, cultivos de orina, orofaringe,... con el fin de localizar el origen infeccioso.
    - Recuento de glucosa: si su valor ronda el 0, puede ser indicativo de artritis tuberculosa o reumatoide; si es < 50 mg respecto a la glucemia, indica líquido séptico.
    - Identificación de microcristales: con microscopio de luz polarizada.

|            | Normal                 | Inflamatorio                 | Séptico         | No inflamatorio        |
|------------|------------------------|------------------------------|-----------------|------------------------|
| Aspecto    | Transparente, incoloro | Opaco, translúcido, amarillo | Opaco, amarillo | Transparente, amarillo |
| Viscosidad | Alta                   | Baja                         | Variable        | Alta                   |
| Leucocitos | <200/mm                | 5000-75000/mm                | >50000/mm       | 200-2000/mm            |
| Glucosa    | Normal                 | <50% glucemia                | <50% glucemia   | Normal                 |
| PMN (%)    | <25                    | >50                          | >75             | <25                    |
| Gérmes     | No                     | No                           | Frecuente       | No                     |

- Radiología: se estudiará la articulación afectada y la contralateral. Normalmente se objetiva aumento de partes blandas, aunque en ocasiones puede verse afectación del hueso subcondral, calcificaciones, osteonecrosis, etc... La ecografía puede confirmar el diagnóstico en múltiples patologías peri y yuxtarticulares.
- Analítica: inicialmente se solicitará: hemograma, VSG y bioquímica (función renal, hepática y niveles de ácido úrico). Ante la sospecha de actividad biológica (aumento de VSG, PCR, trombocitosis, anemia normocítica y normocrómica) continuar estudios con el fin de filiar una posible etiología reumática.

## Tratamiento

- Reposo de articulación afectada y aplicación de frío en fases iniciales
- Tratamiento sintomático con AINE: debe iniciarse el tratamiento a dosis altas, para luego reducirlas según la evolución clínica.
- Valorar asociación de protección gástrica: Omeprazol 20 mg/ día.
- En casos excepcionales, en los que no se tiene acceso a la vía oral, es factible el uso de corticoides.
- Tratamiento específico según la causa
- Derivar en caso de:
  - Sospecha de artritis séptica.
  - Monoartritis en paciente con mal estado general y afectación del aparato locomotor.
  - Ante evidencia de líquido sinovial hemático sin trastorno de coagulación.

## Poliartritis, ¿de qué hablamos?

Se habla de poliartritis cuando hay presencia de signos inflamatorios en 4 ó más articulaciones. Muchas poliartritis debutan inicialmente como monoartritis. Pueden seguir varios patrones de aparición:

- Aditivo: la afectación de una articulación se suma a otras articulaciones inflamadas previamente.
- Migratorio: aparición de una articulación inflamada tras la remisión completa de la inflamación de otra.
- Palindrómico: ataques repetidos que desaparecen sin secuelas, con cierta periodicidad.

Enfermedades más frecuentes que cursan con poliartritis aguda:

1. Artritis microcristalinas
  - Gota: Inicialmente se suelen presentar con afectación monoarticular, pero a lo largo de la evolución de la enfermedad, pueden tener afectación poliarticular. Se asocia con la presencia de tofos y nefropatía. El diagnóstico se realiza visualizando cristales en el líquido sinovial.
  - Condrocálcinosis: Aunque es de predominio monoarticular puede aparecer como poliartritis manifestándose en brotes recurrentes. Cursa con calcificación del cartílago articular y con la presencia de cristales de pirofosfato cálcico en el líquido sinovial.
2. Artritis reumatoide: Más frecuente en mujeres, necesitando 4 de los siguientes criterios para su diagnóstico: afectación simétrica de 3 o más articulaciones, afectación de articulaciones de las manos y pies, rigidez matutina > 1 hora, afectación radiológica característica, nódulos reumatoideos y Factor Reumatoide + (75% de sensibilidad para A.R.)
3. Espondiloartropatías seronegativas:
  - Espondilitis anquilosante: Afecta habitualmente a hombres jóvenes y cursa inicialmente con sacroileítis bilateral y limitación de la movilidad lumbar. HLA 27 +.
  - Artropatía psoriásica: asimétrica, erosiva y deformante, que puede afectar a articulaciones sacroiliacas y columna vertebral.
  - Enteropática: cursa en brotes, coincidiendo con clínica digestiva (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn)
4. Artritis infecciosas: A tener en cuenta, según historia clínica, la gonocócica, hepatitis B y C, VIH, fiebre reumática, síndrome de Reiter (artritis periférica simétrica en MMII, sacroileítis, conjuntivitis, úlceras mucosas no dolorosas, uretritis o

diarrea), enfermedad de Lyme (producida por *Borrelia burgdorferi*, suele iniciarse con un eritema crónico migrans, se diagnostica por serología y cultivo)

### 5. Enfermedades del colágeno-vasculares:

- LES
- Esclerodermia
- Vasculitis
- Síndrome de Sjögren
- Polimiositis
- EMTC
- Polimialgia reumática

## Orientación diagnóstica

Para orientar el diagnóstico, aconsejamos seguir la anamnesis, la exploración física y la solicitud de pruebas complementarias, reflejadas previamente en el estudio de monoartritis.

- Según síntomas:
  - Tumefacción articular con afectación de partes blandas: AR, gota
  - Afectación periarticular: tendinitis, bursitis, celulitis
  - Crepitación articular: AR, artrosis
  - Deformidad articular: AR, artrosis, gota crónica
  - Debilidad muscular: polimiositis
- Según localización
  - Caderas y hombros: espondilitis anquilosante
  - Sacroiliacas: EA, artropatía psoriásica, Sd de Reiter
  - Rodillas y caderas: artrosis
  - Muñecas: AR
  - Manos y pies:
    - MCF: AR
    - IFP: AR, nódulos de Bouchard en artrosis
    - IFD: nódulos de Heberden en artrosis, artritis psoriásica
    - Primer MTF del pie: gota
- Según el curso clínico:
  - Rigidez matutina: menor de 30 minutos: artrosis; mayor de 30 minutos: AR
  - Presencia de fiebre: artritis infecciosa, colagenosis
  - Presencia de síndrome general: AR
  - Lesiones cutáneas: artritis psoriásica, LES, vasculitis
  - Diarrea crónica: EII, enfermedad de Whipple
  - Disfagia: esclerodermia
  - Síndrome miccional: artritis gonocócica, síndrome de Reiter
  - Afectación articular: epiescleritis (AR), conjuntivitis (síndrome de Reiter), queratoconjuntivitis seca (síndrome de Sjögren), uveítis anterior (EA)
- Según la edad de comienzo:
  - Menos de 20 años: ACJ, fiebre reumática
  - 20-45 años: AR, EA (en varones), gota
  - Más de 45 años: artrosis
- Según la forma del inicio del dolor:
  - Brusco: FR, AR, gota, pseudogota
  - Gradual: artrosis, AR
- Según simetría:
  - Simetría: AR
  - Asimetría: artrosis, artritis psoriásica, síndrome de Reiter
- Según factores desencadenantes:
  - Tras actividad prolongada: artrosis
  - Tras exceso dietético, alcohólico o traumatismo: gota
- Según factores atenuantes:
  - Mejoría con reposo: artrosis, AR
  - Mejoría con AAS: cualquier artritis salvo la psi-

cógena.

### Bases del tratamiento

- Reposo relativo de la articulación, reincorporándose lo antes posible a la vida diaria.
- Ejercicio regular
- Según la etiología de la poliartritis, puede ser necesario un tratamiento específico. En toda poliartritis debe valorarse la derivación al segundo nivel asistencial.
- Criterios de ingreso:
  - Afectación importante del estado general
  - Sospecha de proceso neoplásico subyacente
  - Fiebre elevada
  - Sospecha de etiología séptica.

### Bibliografía

Almodóvar González R, Matías de la Mano M<sup>a</sup> M, Moreno Cuerda VJ. Monoartritis y poliartritis. En: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica Hospital Universitario 12 de Octubre. 5<sup>a</sup> ed. Madrid: MSD; 2003. p.109-119.

Bordas Julve JM. Monoartritis. En: Guía de actuación en atención primaria. 2<sup>o</sup> ed. Madrid: SemFYC; 2002. p.784-788

García R, Leal M, García M. Poliartritis aguda. FMC 1996; 3 (6):361-368.

Goldenberg D. Septic arthritis. Lancet 1998, 351: 197-202

Jiménez Zorzo F, Pecondón Español A. Monoartritis. En: Manual S.E.R. de las enfermedades reumáticas. 3<sup>a</sup> ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000. p.78-83.

López Díaz J, Expósito Manzano R, Zubieta Tabernero J. Poliartritis aguda. En: Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias para Residentes. Toledo: Complejo Hospitalario de Toledo; 2002. p. 607-612.

Mulero Mendoza M J, Andreu Sánchez JL. Poliartritis. Manual S.E.R. de las enfermedades reumáticas. 3<sup>a</sup> ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000. p.85-90.

Redondo de Pedro S, Zubieta Tabernero J. Monoartritis aguda. En: Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias para Residentes. Toledo: Complejo Hospitalario de Toledo; 2002. p.601-605.

Rodríguez Alonso JJ. Poliartralgias y poliartritis. En: Guía de actuación en atención primaria. 2<sup>a</sup> ed. Madrid: Guía de actuación en atención; 2002. p.789-793