

ARTRITIS NO TRAUMATICAS

Dr. Manuel de Haro Liger *

Dr. Antonio Fernández Nebro *

Dr. Juan Antonio Rivero Guerrero **

* Servicio Medicina Interna. Reumatología. Hospital Clínico de Málaga

** Servicio de Urgencias Hospital Clínico de Málaga

INDICE :

I. ANAMNESIS Y EXPLORACION DE LA PATOLOGIA ARTICULAR INFLAMATORIA

I. 1 Anamnesis

I. 2 Exploración clínica

II. ARTRITIS AGUDAS

II. 1 ARTRITIS INFECCIOSAS

A/ ARTRITIS BACTERIANAS

B/ ARTRITIS GONOCOCICA

C/ ARTRITIS BRUCELAR

D/ ARTRITIS VIRAL

II. 2. ARTRITIS POR DEPOSITO DE CRISTAL

A/ ARTRITIS GOTOSA AGUDA

B/ ARTRITIS AGUDA POR DEPOSITO DE
PIROFOSFATO CALCICO

II.3. ARTRITIS AGUDA POR LESION DE LIGAMENTO O FIBROCARTELAGO

II. 4. ARTRITIS EN ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA

II. 5. ARTRITIS POSTESTREPTOCOCICA

II. 6. OTRAS ARTRITIS AGUDAS

A) ARTRITIS POR CUERPO EXTRAÑO

B) ARTRITIS SARCOIDEA AGUDA

II. 7. HEMARTROS

III. ARTRITIS CRONICAS

III.1 ARTRITIS DE PATOLOGIAS INFLAMATORIAS CRÓNICAS

1/ARTRITIS REUMATOIDE

2/ ARTRITIS PSORIASICA

3/ ARTRITIS REACTIVA

4/ ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

5/A.ASOCIADA A ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

III. 2. ARTRITIS TOFACEA CRÓNICA

III. 3. ARTRITIS INFECCIOSAS CRONICAS

A/ ARTRITIS TUBERCULOSA

III.4. POLIMIALGIA REUMÁTICA

III.5. A. DE LAS ENFERMEDADES SISTEMICAS AUTOINMUNES

ARTRITIS NO TRAUMATICAS

I. ANAMNESIS Y EXPLORACION DE LA PATOLOGIA ARTICULAR INFLAMATORIA

Se define como artritis a la inflamación que se localiza en la articulación. La inflamación articular se puede presentar en una amplia variedad de patologías y puede ser la manifestación inicial o ir acompañada de otra sintomatología cuando la encontramos en el área de Urgencias. Para una aproximación al diagnóstico de la patología en concreto una vez nos encontremos ante un enfermo que tiene artritis es importante una recogida de datos en la historia clínica y posteriormente la realización de una adecuada exploración.

I.1 Anamnesis

Determinadas patologías que cursan con artritis tienen una especial predilección para aparecer a una edad y sexo determinado. La patología articular puede ser muy variable en cuanto a su prevalencia según la diversidad de etnias y áreas geográficas. Cuando nos encontramos ante un paciente con artritis es importante para llegar al diagnóstico de la misma la recogida de los siguientes datos en la anamnesis:

- Comienzo agudo o insidioso de la inflamación articular.
- Tiempo de evolución de la sintomatología. Podremos clasificar los cuadros de artritis según su evolución como artritis agudas ó crónicas.
- Factores desencadenantes.
- Presencia de otras manifestaciones clínicas fuera de la articulación.
- Episodios previos de las mismas características
- Antecedentes familiares de patología osteoarticular
- Tratamiento médico que recibe en la actualidad para otras patologías y si recibe tratamiento para la artritis actual

I. 2 Exploración clínica

A la hora de explorar a enfermos con artritis es imprescindible no olvidar la realización de una exploración general ya que podremos objetivar mediante la misma algunas manifestaciones extraarticulares que pueden acompañar al proceso articular y que nos orientarán a la identificación de la patología. Hay que evidenciar los signos clínicos de inflamación en aquellas articulaciones que el enfermo refiere con dolor; podremos reproducir o exacerbar el dolor con la presión o movilización articular; palpar la tumefacción en el área articular, que puede ser secundaria a derrame intraarticular, edema periarticular ó engrosamiento de la membrana sinovial en patologías crónicas. La presencia de hipertermia en la articulación la identificamos cuando comparamos con la articulación contralateral. También podremos objetivar enrojecimiento en la piel en la zona articular, la cual aparece comúnmente en las artritis de inicio agudo.

Es fundamental la búsqueda de signos inflamatorios en todas las articulaciones periféricas y no limitarse a explorar sólo las que el enfermo refiere con dolor. Si los signos inflamatorios son mínimos podremos desencadenar dolor en los últimos grados de movilidad articular. Según el número de articulaciones afectadas se pueden clasificar las artritis en monoartritis (una articulación), oligoartritis (dos a cuatro) ó poliartritis (más de cuatro); y según la afectación y distribución articular en artritis de distribución simétrica o distribución asimétrica.

Ante la presencia de dolor y tumefacción en un área articular hay que descartar y mediante la exploración que no se trata de un proceso inflamatorio localizado fuera de la cavidad articular. La presencia de signos inflamatorios en tejidos blandos próximos a la articulación (bursitis, tendinitis), de la misma forma que procesos inflamatorios en la piel o tejido celular subcutáneo (celulitis, paniculitis) pueden confundir el diagnóstico. En otras ocasiones si la artritis aparece en articulaciones profundas puede pasar desapercibida y diagnosticarse ya en estadios avanzados. En general cuando hay artritis existe un signo común en la exploración en toda articulación y es la limitación con dolor a la movilidad pasiva en todos los arcos de la misma.

En otras ocasiones la inflamación articular puede dar una sintomatología similar a otros cuadros clínicos y pasar desapercibida. La inflamación en articulación sacroilíaca puede manifestarse con una clínica parecida a una radiculopatía. Artritis de hombros pueden cronificarse tras ser diagnosticadas de periartitis. Puede aparecer tumefacción y dolor difuso de forma aguda en una pierna como consecuencia del compromiso del retorno vascular

secundario al quiste de Baker que acompaña a algunas artritis aguda, y la patología puede ser interpretada como una trombosis venosa profunda.

II. ARTRITIS AGUDAS

Son aquellas artritis con un tiempo de evolución inferior a 6 semanas, con un cuadro de presentación que suele ser también agudo.

II. 1 ARTRITIS INFECCIOSAS

A/ ARTRITIS BACTERIANAS

Ante la presencia de una monoartritis aguda con clínica de instauración rápida siempre se debe pensar que se pueda tratar de una artritis bacteriana, y ante la mínima sospecha de la misma proceder de forma rápida mediante todas las técnicas disponibles de diagnóstico e iniciar cuanto antes todas las medidas terapéuticas. La artritis séptica es una causa prominente de artritis y puede ser causa de lesiones irreversibles en hueso y cartílago articular, pero es susceptible de curación y existe un restablecimiento completo de la funcionalidad articular cuando se trata de forma adecuada y en fases iniciales. La articulación infectada es una articulación con signos inflamatorios muy marcados; el enfermo habitualmente se queja de intenso dolor tanto a la carga como a la movilidad articular, tiene dolor de reposo e impotencia funcional. En la exploración objetivamos tumefacción en la articulación, presencia de derrame articular, calor en la zona, edema y enrojecimiento periarticular. Como consecuencia de la contractura antiálgica de los músculos próximos a la articulación inflamada es difícil en la exploración la movilización de la misma, siendo esta limitación el principal signo que encontraremos en la exploración de articulaciones profundas con inflamación. Como toda infección el enfermo puede tener fiebre, escalofríos y postración, pero no es excepcional la ausencia de ellos y especialmente cuando la artritis infecciosa aparece en personas mayores.

La infección oligo ó poliarticular no es frecuente; se ha descrito con mayor incidencia en enfermos ya diagnosticados de artritis reumatoide o enfermedad del tejido conectivo, inmunodeprimidos así como en personas mayores con sepsis severas.

La artritis séptica va ocasionalmente acompañando a otro foco de infección, que suele ser la puerta de entrada del germen, frecuentemente pulmonar, urinario o cutáneo. Existen

determinados factores que se consideran de riesgo para la aparición de artritis bacteriana que hay que tener en cuenta cuando nos encontramos ante una artritis aguda, entre ellos hay que señalar la presencia de enfermedad crónica concomitante como infección HIV, diabetes, hepatopatía crónica, insuficiencia renal, tratamiento con fármacos inmunosupresores, incluyendo el tratamiento esteroideo y adicción a drogas vía parenteral (ADVP). Además hay riesgos de infección articular tras traumatismos y procedimientos diagnósticos o terapéuticos realizados en articulación (artrocentesis, artroscopia, implantación de material de osteosíntesis, prótesis articular).

El estafilococo aureus es la bacteria que más frecuentemente se recoge en infecciones articulares, siendo además la más frecuente en enfermos ADVP y enfermos con SIDA. Estreptococos y bacterias Gram negativas son microorganismos causantes de artritis séptica bacteriana, siendo las últimas frecuentes en neonatos, lactantes, personas mayores, ADVP e inmunodeprimidos. El estafilococo epidermidis aparece como agente bacteriano predominante en infecciones próximas al implante de una prótesis articular mientras el estafilococo aureus es más frecuente en infecciones protésicas a largo plazo.

1/ Diagnóstico. Para llegar al diagnóstico de artritis bacteriana se deben identificar posibles focos infecciosos fuera de la articulación. Se debe realizar un análisis de sangre con hemograma sanguíneo y bioquímica con glucemia y función renal. La leucocitosis en sangre con desviación a la izquierda sugiere de forma inespecífica que nos podemos encontrar ante un proceso infeccioso.

Las alteraciones radiológicas en la articulación séptica aparecen de 6-10 días tras el inicio de la sintomatología y son cambios que sugieren un daño ya en el cartílago articular. Mediante la ecografía podremos objetivar la presencia de derrame intarticular en aquellas articulaciones profundas.

Es fundamental la recogida de líquido sinovial de la articulación para su análisis mediante la punción articular o artrocentesis. Cuando la infección se localiza en una articulación profunda o difícilmente accesible entonces es útil realizar la punción articular con la ayuda de una ecografía. La existencia de un líquido articular turbio, de aspecto purulento, con un número elevado de leucocitos (más de 50.000 leucocitos), con elevados PMN, ó con cifras bajas de glucosa (<40% de glucosa plasmática) es altamente sugestivo de artritis séptica. Ante la sospecha de líquido séptico en primera instancia se puede realizar una tinción Gram del líquido; el resultado del Gram puede indicar una conducta terapéutica inicial. Es imprescindible la realización de hemocultivos y cultivos del líquido sinovial para conocer el agente bacteriano en concreto. El líquido recogido tras la artrocentesis se debe conservar al

igual que la sangre en frascos de hemocultivos para crecimiento en medios aerobio y anaerobio. Además se debe recoger muestras para cultivo en aquellos focos sospechosos de entrada de la infección.

2/ Tratamiento

- a) Ingreso hospitalario para iniciar medidas terapéuticas.
- b) Reposo de la articulación evitando en lo posible la flexión mantenida articular.
- c) Artrocentesis y lavado articular diario.
- d) Administración de antibiótico en un principio vía parenteral. Si es necesario se modificará tras el resultado del cultivo y antibiograma.
 - Artritis Gram - Iniciar tto con Cefalosporina 3ª generación. Añadir Aminoglucósido en inmunocomprometidos.
 - Artritis Gram + Iniciar tratamiento con Cloxacilina. Tratamiento con Vancomicina en inmunocomprometidos.
 - Infección sobre articulación protésica: Vancomicina + Ciprofloxacino.

B/ ARTRITIS GONOCOCICA

La artritis infecciosa secundaria a *Neisseria Gonorrhoeae* tiene un cuadro clínico peculiar y diferente del resto de las artritis bacterianas. Generalmente aparece en personas sin enfermedades crónicas previas, es más frecuente en mujer y hay una cierta tendencia a aparecer en sujetos con promiscuidad sexual. La artritis suele aparecer en una o en varias articulaciones y su comienzo también es agudo; generalmente acompañada de fiebre, escalofríos y postración. Además pueden aparecer lesiones en piel, y si aparecen se distribuyen en miembros o en tronco; son lesiones cutáneas maculares, petequiales o vesiculosas. Otra manifestación clínica frecuente es la tendinitis y la vamos a objetivar en la exploración como áreas de enrojecimiento hipersensibles a la palpación en trayectos tendinosos de tarsos, tobillos ó carpos. Ante la sospecha de artritis gonocócica es importante la recogida no sólo de líquido sinovial y sangre para cultivo sino de aquellas zonas que hayan sido posibles puerta de entrada y así ocasionalmente será útil la recogida de exudado vaginal, uretral, rectal ó faríngeo. El gonococo generalmente crece mal con los medios de cultivo in vitro. Ante la presencia de cocos Gram negativos en el líquido articular ó sospecha de artritis

gonocócica se iniciará tratamiento con cefalosporina 3ª generación, habitualmente ceftriazona, debido al incremento de cepas resistentes a la penicilina. Se puede usar ciprofloxacino ó eritromicina en enfermos alérgicos a penicilina.

C/ ARTRITIS BRUCELAR

La brucelosis es una zoonosis que se presenta frecuentemente en la cuenca mediterránea. Se la considera enfermedad endémica en España siendo más frecuente en el medio rural. La artritis puede ser una manifestación clínica más dentro del amplio espectro de síntomas que pueden aparecer en la infección por Brucelas. Puede haber artritis en una o varias articulaciones y ocasionalmente se puede recuperar el agente bacteriano tras el cultivo del líquido sinovial. La brucela puede también causar espondilitis y sacroileítis. Sospecharemos que un enfermo tiene artritis brucelar cuando además de los signos inflamatorios en la articulación hay una sintomatología clásica de brucelosis: fiebre, sudoración, postración, algias osteomusculares, lumbalgia, cefalea... y existe un antecedente de ingesta de derivados lácteos no controlados o sean individuos en cuya profesión tengan algún tipo de contacto con el animal (cabras). El diagnóstico de confirmación de la artritis brucelar se realiza tras los estudios serológicos y ocasionalmente tras el resultado de hemocultivo ó cultivo del líquido sinovial (Ruiz-Castañeda). El tratamiento una vez confirmado el diagnóstico se realizará con antibiótico específico antibrucela, generalmente la asociación de Doxiciclina durante 45 días y Estreptomicina durante las 2-3 primeras semanas ó Doxiciclina y Rifampicina 45 días.

D/ ARTRITIS VIRAL

Algunos virus pueden producir entre otras manifestaciones clínicas un cuadro de artritis, generalmente de inicio agudo y evolución recortada, con afectación de una o varias articulaciones, y que de forma característica no va a dejar secuelas en la articulación. Las infecciones virales actualmente reconocidas como causa frecuente de artritis en la práctica clínica son la rubeola y su vacunación, la hepatitis B y C y los parvovirus.

La infección VHB puede cursar con artritis en la fase prodrómica de la enfermedad, previamente al cuadro de ictericia; ocasionalmente es poliarticular y tiene distribución simétrica asemejándose a la artritis reumatoide. Hay que pensar en artritis secundaria a hepatitis viral en aquellos enfermos con factores de riesgo y si encontramos

hipertransaminasemia en el estudio analítico. En esta fase de enfermedad se podrá detectar en sangre la elevación de HbsAg.

La infección por Parvovirus B19 es causante del eritema infeccioso o quinta enfermedad, frecuente en la infancia, que produce un cuadro exantemático en piel y cuya característica es el eritema facial. En los adultos la infección por parvovirus no cursa con lesiones en la piel o si se presenta, el rash exantemático es mínimo, estando ausente el eritema facial; en cambio esta infección puede ser causa de artritis. Frecuentemente la artritis secundaria a infección por Parvovirus B19 se presenta como una poliartritis de distribución simétrica con afección de IFPs, y MCFs carpos en manos, simulando una artritis reumatoide.

II. 2. ARTRITIS POR DEPOSITO DE CRISTAL

Es una artritis muy frecuente en la práctica clínica y la primera causa de artritis aguda no traumática que se diagnostica en áreas de Urgencias.

A/ ARTRITIS GOTOSA AGUDA.

La artritis por depósito de ácido úrico es una artritis de inicio rápido, que se instaura en pocas horas, habitualmente monoarticular, y que aparece generalmente sin causa desencadenante, aunque ocasionalmente puede aparecer tras un traumatismo, habitualmente desproporcionado para el grado de dolor y tumefacción articular. Es frecuente su presentación en la noche, y en muchas ocasiones el paciente se despierta con dificultad para la movilización o carga de la articulación. Se caracteriza por cursar con una clínica inflamatoria muy marcada: dolor de gran intensidad exacerbado con la mínima movilidad articular o con la carga, tumefacción de la articulación que se hace muy manifiesta en pocas horas de evolución, hipertermia a la palpación en la región periarticular, y enrojecimiento en la región que suele faltar en las artritis de curso crónico.

Las articulaciones implicadas son de forma habitual articulaciones de miembros inferiores, y es frecuente la inflamación de la primera MTF del pie (podagra), que suele ser la primera manifestación clínica de la enfermedad gotosa, siguiéndole en frecuencia el tarso, tobillo y rodilla. Sólo en la enfermedad gotosa muy evolucionada pueden inflamarse las articulaciones de miembros superiores. En la evolución es muy característico que aparezcan episodios de artritis de duración recortada y que puedan ser recidivantes en una misma articulación. No es rara la aparición de fiebre, habitualmente en los primeros días de artritis.

1/ Diagnóstico. Para llegar al diagnóstico de artritis gotosa aguda puede ser útil recavar información sobre episodios previos de dolor y tumefacción articular, conocer si existieron ataques de podagra anteriores, si hay antecedentes de hiperuricemia, si el paciente sigue tratamiento con fármacos que la promuevan, principalmente diuréticos, o si bebe alcohol de forma habitual, el cual facilita el incremento de uricemia y el depósito del cristal.

Para el diagnóstico de la enfermedad es necesario el estudio del líquido sinovial y por tanto la artrocentesis y recogida del mismo. El líquido sinovial a veces tiene aspecto turbio, es un líquido de tipo inflamatorio, con un recuento de leucocitos por encima de 2000 y con predominio de PMN.

El diagnóstico definitivo de la artritis gotosa aguda se realiza al identificar los cristales de ácido úrico del líquido sinovial mediante un microscopio de luz polarizada. Los cristales de úrico se caracterizan por su forma acicular y por su marcada birrefringencia. Los cristales de urato monosódico cambian de color desde amarillo brillante a azul cuando se observan con compensador rojo en el microscopio. La presencia de cristales dentro de la articulación no descarta que no exista una artritis séptica sobrañadida y por tanto es importante ante la mínima sospecha la recogida de líquido articular para cultivo.

2/ Tratamiento.

a) Reposo de la articulación inflamada evitando la carga de la misma si se trata de una articulación del miembro inferior. No es recomendable el uso de técnicas de calor local en la región inflamada.

b) Antiinflamatorios no esteroideos. Generalmente cualquier fármaco antiinflamatorio no esteroideo y a dosis completas puede disminuir los signos inflamatorios de la articulación. Se administran de forma concomitante con fármacos inhibidores de la bomba de protones en aquellos enfermos con pluripatología, polimedicados, con antecedentes digestivos ó mayores de 65 años.

c) Colchicina. Se emplea en el tratamiento de la artritis aguda y distintos autores consideran la respuesta del proceso inflamatorio a este fármaco como un test de diagnóstico de enfermedad. Se pueden administrar dosis plenas de hasta 4 mgr: 1 mgr cada 1-2 horas hasta la mejoría del cuadro. Sin embargo y como consecuencia de sus efectos de intolerancia digestiva se prefiere el uso de dosis más repartidas, generalmente 1 mgr cada 8 ó 12 horas, y asociadas al tratamiento antiinflamatorio. La colchicina puede mantenerse como tratamiento profiláctico de nuevas crisis de gota aguda a dosis de 0.5-1 mgr/día en aquellos enfermos con ataques recurrentes de artritis.

d) Hipouricemiantes.- Se recomienda la administración de fármacos hipouricemiantes en enfermos con hiperuricemia sintomática. En artritis aguda no se debe instaurar hasta que al menos transcurran dos semanas de desaparición del cuadro. De la misma forma enfermos que ya previamente seguían tratamiento no deben modificarlo y seguir tomándolo a las mismas dosis.

B/ ARTRITIS AGUDA POR DEPOSITO DE PIROFOSFATO CALCICO

Esta artritis recibe el nombre de pseudogota al ser idénticas sus manifestaciones clínicas a la artritis por depósito de ácido úrico. Como toda artritis por depósito es característico el inicio agudo de la artritis, la afectación mono u oligoarticular, la evolución en días o semanas y los periodos asintomáticos entre los episodios de artritis. Hallazgos que la pueden diferenciar de la gota pueden ser su aparición en personas con más edad, mayor prevalencia en mujer, la clínica y signos inflamatorios quizá menos floridos, la especial predilección por aparecer en la articulación de la rodilla, la facilidad para afectar también articulaciones de miembros superiores y con más frecuencia el carpo y la respuesta menos dramática del proceso al tratamiento con colchicina. Los episodios de artritis aguda aparecen con frecuencia en enfermos que ya tienen diagnóstico previo de artrosis. Se conoce como el depósito de pirofosfato cálcico juega un importante papel en la fisiopatología de la degeneración del cartílago articular. Puede aparecer fiebre, generalmente los primeros días de artritis, tal como aparecía también en la artritis gotosa. Al igual que en la gota estas artritis son frecuentes en personas hospitalizadas con procesos médicos agudos, y como sucede con la gota puede aparecer tras traumatismos o después de intervenciones quirúrgicas.

1/ Diagnóstico. A diferencia de la artritis por depósito de úrico, en la artropatía por depósito de pirofosfato la radiología simple puede ser de utilidad en aquellos casos donde se identifica la condrocalcinosis o calcificación de fibrocartílagos en articulación. Se pueden realizar radiografías en AP de pelvis, rodillas y carpos con el objetivo de encontrar calcificación en tejidos blandos articulares al existir una mayor facilidad de calcificación en estas articulaciones.

El líquido sinovial extraído de la articulación inflamada es un líquido inflamatorio con más de 2000 leucocitos y predominio de PMN. El diagnóstico definitivo se realiza al identificar los cristales de pirofosfato cálcico en microscopio de luz polarizada. Los cristales son de escaso tamaño, con forma de bastones o romboidales y con birrefringencia débilmente

positiva, aunque pueden no ser birrefringentes. Pueden observarse libres en el líquido sinovial y al igual que con los cristales de ácido úrico es el hallazgo dentro de los leucocitos lo que va a confirmar la etiología de la artritis.

2/ Tratamiento

a) Reposo de la articulación evitando la carga en articulación de miembros inferiores. Evitar técnicas de calor local en la fase aguda de inflamación articular.

b) Antiinflamatorios no esteroideos.

c) Artrocentesis y evacuación del derrame. La sólo extracción del líquido articular inflamatorio se ha descrito como medida terapéutica en muchos casos.

d) Colchicina: Se emplea a dosis totales para disminuir el proceso inflamatorio agudo y a dosis de 0.5-1 mgr día para prevenir nuevos episodios de artritis.

II. 3. ARTRITIS AGUDA POR LESION DE LIGAMENTO O FIBROCARILAGO

Las lesiones ligamentarias intraarticulares, la patología en los meniscos y los fragmentos de cartílago dentro de la articulación así como el cuerpo libre intraarticular pueden ser causa de monoartritis o hidrartros.

Es frecuente la artritis ó derrame articular en rodilla tras una lesión en meniscos. Habitualmente la artritis es de inicio agudo y generalmente está desencadenada por sobrecarga o movimientos en carga anómalos que el enfermo recuerda y relaciona directamente con el inicio del cuadro. Es frecuente el derrame articular y puede haber sensación de bloqueo a la movilidad.

La presencia de cuerpo libre o ratón intrarticular (fragmentos de cartílago y hueso subcondral) puede ser causa también de artritis, derrame y bloqueo en la articulación.

1/ Diagnóstico. Tras la artrocentesis obtendremos un líquido sinovial generalmente claro y con escasa celularidad. La radiología simple no suele aportar ninguna información de ayuda en estas patologías. Ante la presencia de artritis o hidrartros mantenido o recidivante en una articulación está indicada la realización de una Resonancia Magnética Nuclear ya que ofrece una definición superior en la imagen de la patología de tejido blando y nos dará en la mayoría de estos casos un diagnóstico definitivo.

2/ Tratamiento

a) Reposo de la articulación evitando la carga de la misma.

- b) Artrocentesis y extracción del líquido sinovial si hay hidrartros.
- c) Tratamiento con analgésicos y antiinflamatorio no esteroideos.
- d) Valoración posterior para intervención cirugía abierta o artroscópica.

II. 4. ARTRITIS EN ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA

Puede aparecer artritis aguda en enfermos con patología articular degenerativa previa, y es frecuente la artritis en rodilla de evolución recortada que puede ser secundaria a depósito de pirofosfato cálcico o bien a la presencia de fragmentos de cartílago degenerado que se liberan a la cavidad articular. En las articulaciones interfalángicas proximales, distales y en las trapeziometacarpianas es habitual el proceso inflamatorio de bajo grado, generalmente al inicio de la enfermedad, que llega a producir clínica de dolor de reposo, y dolor nocturno, e incluso tumefacción. La administración de antiinflamatorios no esteroideos sí estaría justificada en estos enfermos con artrosis.

II. 5. ARTRITIS POSTESTREPTOCOCICA

Artritis de aparición aguda que tiene una especial facilidad por afectar articulaciones de miembros inferiores y de presentarse con enrojecimiento periarticular. Puede ir acompañada de fiebre y afectación del estado general. Aparece dos, tres semanas después de una infección faringoamigdalar no tratada de forma adecuada. En la actualidad son muy raras en la práctica clínica y muy excepcionalmente se acompañan del complejo sistémico extraarticular de la fiebre reumática clásica. Se deberá realizar el estudio electrocardiográfico y ecocardiográfico si existiera la sospecha de afectación inflamatoria cardíaca. Existe una respuesta rápida y eficaz de esta artritis tras el tratamiento con acetilsalicílico o derivados.

II. 6. OTRAS ARTRITIS AGUDAS

A) ARTRITIS POR CUERPO EXTRAÑO

Artritis que aparece tras la penetración dentro de la articulación de sustancias extrañas tras mínimas punciones o heridas: astillas, espinas de plantas, espinas de pescados, etc. No es una patología frecuente en la práctica clínica. La mayoría de los pacientes recuerdan el momento de la punción pero ocasionalmente pasan desapercibidas y hay que pensar en ellas en personas con profesiones más expuestas (jardineros, pescadores...). Puede cursar como una artritis aguda y en otras ocasiones cursan como artritis crónica con episodios de exacerbación. El diagnóstico se realiza mediante técnicas de imagen, y en algunos casos es necesaria la biopsia sinovial.

B) ARTRITIS SARCOIDEA AGUDA

No es una patología frecuente. Puede aparecer artritis en varias articulaciones, con cierta predilección para afectarse las articulaciones de miembros inferiores, y se puede acompañar de fiebre, adenopatías hiliares bilaterales y eritema nodoso. Generalmente esta entidad se trata con antiinflamatorios no esteroideos, y hay quien aconseja tratamiento con dosis bajas de esteroides.

II. 7. HEMARTROS

La colección de sangre en la cavidad articular puede cursar como una artritis de inicio agudo. Las principales causas de hemartros son sin tener en cuenta a los traumatismos, aquellos que aparecen como una complicación del tratamiento anticoagulante (tratamiento mal controlado) y los hemartros de los enfermos con hemofilia u otras coagulopatías tanto heredadas como adquiridas. Puede haber hemartros en algunas artritis sépticas, neoplasias en articulación o próximas a la misma y en la sinovitis pigmentaria villonodular. Si tras la realización de una artrocentesis diagnóstica encontramos contenido sanguinolento al enfermos se le debe realizar el recuento de plaquetas y los tests básicos de coagulación. Es importante además recoger líquido para cultivo y pensar la posibilidad de una infección articular. Si existe alteración de la coagulación, el tratamiento de la artritis dependerá de la corrección de la coagulopatía de fondo. Es importante en estos casos el reposo articular, y el tratamiento analgésico en la fase aguda de la enfermedad.

III. ARTRITIS CRONICAS

Para definir una inflamación articular como artritis crónica debe existir un periodo de al menos 6 semanas de evolución desde el inicio de la sintomatología. Ante un enfermo que presenta artritis crónica y para la identificación de la patología será importante la recogida en la historia y exploración del número de articulaciones afectas, articulaciones en concreto que están inflamadas, la distribución simétrica o asimétrica de la artritis, y el tiempo de aparición de inflamación en las distintas articulaciones implicadas a lo largo de la evolución y desde el inicio del cuadro. La inflamación articular puede aparecer en distintas articulaciones de forma sucesiva o aditiva, de forma simultánea, de forma migratoria; además puede mantenerse en la articulación, o aparecer de forma recidivante, intermitente o recortada. El reconocimiento de

manifestaciones clínicas extraarticulares pueden ser ocasionalmente fundamentales para el diagnóstico de la entidad.

III.1 ARTRITIS DE PATOLOGIAS INFLAMATORIAS CRONICAS

A/ PATOLOGIAS MAS FRECUENTES.

1/ARTRITIS REUMATOIDE

Artritis aditiva y de evolución crónica con tendencia a la distribución simétrica articular que se puede complicar con deformidad articular en formas avanzadas y resistentes al tratamiento. Las articulaciones metacarpofalángicas, interfalángicas proximales y carpos de las manos y las articulaciones metatarsofalángicas en pies junto con las rodillas son las que vamos a ver con inflamación o deformidad más frecuentemente en la práctica clínica. La episcleritis, queratoconjuntivitis seca, los nódulos subcutáneos y la afectación pleural son manifestaciones extraarticulares que pueden aparecer en el curso de la enfermedad.

La artritis reumatoide puede presentarse en un inicio como una monoartritis mantenida y también como una monoartritis u oligoartritis de evolución recortada (días a semanas de evolución) y remitente (reumatismo palindrómico).

2/ ARTRITIS PSORIASICA

Es una oligo o poliartritis de evolución también aditiva y crónica pero con tendencia a la distribución asimétrica y acompañada de psoriasis cutánea ó ungueal como manifestación extrarticular. Esta artritis puede aparecer en articulaciones interfalángicas distales donde rara vez hay inflamación en otras enfermedades inflamatorias articulares. Junto a la artritis puede haber entesitis o inflamación en zonas periarticulares (inflamación en inserción de ligamento ó tendón), y si ésto aparece en los dedos de manos o pies objetivaremos tumefacciones difusas en dedos o dactilitis. Ocasionalmente se puede presentar el cuadro articular sin la presencia de lesiones en piel, o sólo con afectación psoriásica ungueal; a veces sólo existen estigmas en uñas como un punteado o bien una estriación marcada en el lecho ungueal, y ello nos deben hacer sospechar la presencia de esta enfermedad.

Es frecuente también la asociación de psoriasis cutánea y artritis por depósito de ácido úrico como consecuencia de la hiperuricemia en aquellos enfermos con amplias lesiones de psoriasis en piel.

3/ ARTRITIS REACTIVA

La artritis reactiva al igual que la espondilitis anquilosante son entidades que aparecen más frecuentemente en varón y varón joven. El cuadro articular es muy similar a la artritis psoriásica, oligo ó poliarticular, con distribución asimétrica de la artritis y predilección por afectar articulaciones de miembros inferiores. Es característica la inflamación del tobillo que puede ser secundario a artritis o bien a inflamación periarticular con afectación de ligamento y tendón próximo a la articulación (entesitis). Esta artritis puede aparecer 2-3 semanas después de un cuadro infeccioso genitourinario o intestinal. Generalmente es de inicio insidioso, pero ocasionalmente se presenta como una artritis aguda mono u oligoarticular con derrame articular (líquido sinovial inflamatorio), fiebre y afectación del estado general. Ocasionalmente la artritis se acompaña de sacroileítis o espondilitis, con clínica similar a la que presentan los enfermos con espondilitis anquilosante. Entre las manifestaciones extraarticulares que pueden presentar estos enfermos destacan la conjuntivitis, aftas orales, lesiones de queratodermia cutánea (lesiones similares a psoriasis) frecuentes en manos y pies, balanitis en varón (erosiones en el glande) y uretritis.

4/ ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

La artritis periférica mono, oligo o poliarticular puede aparecer en enfermos ya diagnosticados de espondilitis anquilosante y también presentarse como una primera manifestación de la enfermedad. Puede aparecer artritis en hombros o caderas en enfermos con espondilitis, y con frecuencia en estadios ya muy evolucionados de la enfermedad; esta artritis puede evolucionar con cierta frecuencia y de forma rápida a la limitación articular y anquilosis. La uveítis aguda, de evolución recortada, que puede ser recidivante es la manifestación extrarticular más prominente en estos enfermos.

5/ ARTRITIS ASOCIADA A ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTestinal

La enfermedad de Crohn ó la colitis ulcerosa pueden acompañarse de artritis periférica ó bien de un cuadro de espondilitis de evolución similar a la espondilitis anquilosante. Debemos pensar que estamos ante estas patologías si vemos a un enfermo que tiene artritis ó dolor inflamatorio en raquis en conjunción con clínica digestiva, principalmente diarrea crónica, dolor abdominal o rectorragia, con o sin pérdida de peso secundaria a malabsorción. En estos enfermos puede haber también fiebre, aftas orales, uveítis y eritema nodoso.

B/ TRATAMIENTO DE LAS ARTRITIS INFLAMATORIAS CRONICAS

Generalmente estos cuadros de artritis ya están diagnosticados y los enfermos siguen tratamiento específico cuando el enfermo acude a Urgencias. En estos casos habrá que modificar las dosis de los fármacos antiinflamatorios ó fármacos modificadores de enfermedad y aconsejar el reposo de las articulaciones afectadas. En determinados casos sí es importante la valoración del especialista reumatólogo. También es imprescindible el estudio ya sea de forma hospitalaria o ambulatoria de aquellos casos recientes sin diagnosticar. Son candidatos a ser estudiados de forma hospitalaria aquellos casos donde hay afección de grandes articulaciones con impotencia funcional rápida y progresiva o manifestaciones extraarticulares que justifiquen un estudio ó tratamiento inmediato

III. 2. ARTRITIS TOFACEA CRONICA

Se conoce como artritis tofácea crónica a la presentación de la gota en estadios ya avanzados de la enfermedad donde prácticamente no hay episodios libres de dolor articular o intercríticos, y en los que existen varias articulaciones implicadas con tumefacción mantenida y deformidad. En estas fases finales podremos observar artritis tanto en miembros inferiores como en miembros superiores. Es característico en estos enfermos la bursitis olecraniana en los codos donde ocasionalmente podemos objetivar o palpar los tofos en su interior. En la exploración del enfermo podremos encontrar tofos próximos a articulaciones, en bursas, tendones o subcutáneos; la punción de estos tofos y la identificación de cristales en el microscopio confirmará el diagnóstico de la patología.

El tratamiento de forma mantenida con AINEs en estos enfermos necesita una vigilancia de la función renal ya que habitualmente son enfermos polimedicados ó con pluripatología.

III. 3. ARTRITIS INFECCIOSAS CRONICAS

A/ ARTRITIS TUBERCULOSA

Se ha observado un incremento de la incidencia de tuberculosis en las últimas dos décadas y en países desarrollados como resultado del mayor número del fenómeno de inmigración desde zonas geográficas que son endémicas. La artritis tuberculosa es la segunda manifestación osteoarticular tras la afección del raquis. Generalmente cursa como monoartritis de evolución crónica, con escasos signos inflamatorios y frecuente afectación de rodilla o cadera. Sin embargo algunos cuadros de artritis tuberculosas se presentan de forma aguda. Existe un número considerable de artritis tuberculosas en niños, muchos de ellos diagnosticados de artritis crónica juvenil, así es notable la prevalencia en enfermos con HIV positivo. El líquido articular de la artritis

tuberculosa es un líquido inflamatorio, generalmente con leucocitos que oscilan entre 10.000 a 30.000. La cifra de glucosa en líquido tiende a estar baja. El diagnóstico definitivo se realiza con tinción (Ziehl) y cultivo específico (Löwenstein) del líquido, y principalmente tras la tinción, cultivo y anatomía patológica de la muestra de sinovial inflamada recogida tras la cirugía abierta o artroscopia. El tratamiento antituberculoso específico se iniciará una vez confirmada la enfermedad.

III.4. POLIMIALGIA REUMATICA

Enfermedad caracterizada por dolor de ritmo inflamatorio y rigidez matinal prolongada en región proximal de miembros y zona cervical. Ocasionalmente aparece artritis, y son las articulaciones de rodillas, carpos o la esternoclavicular las que con más facilidad vamos a ver inflamadas. Este cuadro presenta en personas por encima de los 55-60 años siendo característico la aparición de las artralgiyas y artritis asociadas a síntomas constitucionales como disminución de apetito y peso, febrícula y malestar general. Muchos enfermos cursan con una enfermedad que se hace crónica ya que puede pasar desapercibida e incluso son diagnosticados y tratados de patologías regionales de cadera u hombro. Es útil para el diagnóstico de la enfermedad la documentación de una VSG elevada, siempre superior a 50. A diferencia de lo que sucede en la dermatomiositis/polimiositis, los enzimas musculares no están aumentados en esta entidad. Es importante y debido a la asociación frecuente el descartar que esta entidad no vaya acompañada de una Arteritis de Células Gigantes o Arteritis de la Temporal, la cual generalmente se acompaña de cefalea e hipersensibilidad en la región temporoparietal.

Para el tratamiento de la Polimialgia Reumática se emplean esteroides a dosis bajas (10-15 mgr/día) con reducción paulatina según la sintomatología. La buena respuesta con este tratamiento puede diferenciar la polimialgia reumática de otros procesos que puedan cursar con clínica de dolor proximal en miembros.

III.5. ARTRITIS DE LAS ENFERMEDADES SISTEMICAS AUTOINMUNES

La artritis en este caso es una manifestación clínica más del complejo sintomático de cada una de estas patologías. La presencia de manifestaciones clínicas peculiares de cada cuadro clínico nos hará sospechar de la patología en concreto. Así junto con lesiones cutáneomucosas representan las manifestaciones clínicas más comunes de enfermedad lúpica (rash malar, fotosensibilidad, aftas orales); puede aparecer asociada a fenómeno de Raynaud y pérdida de elasticidad cutánea característicos de esclerodermia, de debilidad muscular

proximal en miembros en la polimiositis/dermatomiositis ó de sequedad ocular y oral en el Sme de Sjögren.

En aquellos enfermos con afectación del estado general, pérdida de peso, fiebre, lesiones en piel propias de vasculitis cutánea como púrpura palpable, livedo reticularis, implicación de otros órganos (afectación renal, respiratoria, cardíaca, neurológica,...), la artritis puede ser una manifestación clínica más de una vasculitis sistémica.

La artritis que aparece en la enfermedad de Behcet es de evolución generalmente transitoria, puede encontrarse en una o en varias articulaciones, y especialmente en grandes articulaciones de miembros inferiores. La presencia de manifestaciones clínicas extraarticulares son imprescindibles para realizar el diagnóstico de la enfermedad. Hay que pensar en esta patología cuando además de artritis hay una historia de aftas orales y/o genitales recurrentes, uveítis, eritema nodoso, lesiones de pseudofoliculitis ó lesiones pápulo-pustulosas en piel.

Es fundamental para el reconocimiento de cualquiera de estas entidades una anamnesis detallada y completa, dirigida no sólo al aparato locomotor, además de la confirmación tras la exploración de las distintas manifestaciones extraarticulares, por lo que ocasionalmente se hará necesario la implicación de distintos especialistas (oftalmólogos, cardiólogos, neurólogos...).

En el área de urgencias podremos disponer generalmente y para una primera evaluación de estos enfermos de una bioquímica con perfil renal, hepático y determinación de enzimas musculares, hemograma con coagulación, análisis con sedimento de orina y determinación de proteína en orina, Rx Tórax, y EKG para una evaluación inicial en estos enfermos. Hallazgos de laboratorio que son comunes a cualquier proceso inflamatorio son la anemia, trombocitosis, y VSG, PCR elevadas. La presencia de linfopenia es característico en LES, la leucopenia en el Sjögren primario y las enzimas musculares elevadas (aldolasa, CPK y LDH) en las miositis.

Será necesario el seguimiento ambulatorio en Reumatología o el ingreso hospitalario en función de las manifestaciones extraarticulares que acompañen al cuadro de artritis. Aquellos enfermos con afectación del estado general, síndrome constitucional, fiebre prolongada no filiada afectación importante de órgano mayor (insuficiencia renal, infiltrados pulmonares, ACV, pancitopenias, etc.) son enfermos candidatos a ingreso hospitalario.

BIBLIOGRAFIA

McCune WJ and Golbus J. Monoarticular Arthritis. Kelley WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB. Textbook of Rheumatology. Vol 1. 6ª ed. Saunders Company, Philadelphia, 2001: 367-377.

Sergent JS. Polyarticular Arthritis. Kelley WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB. Textbook of Rheumatology. Vol 1. 6ª ed. Saunders Company, Philadelphia, 2001: 379-385.

Reginato AJ. Evaluación del paciente con monoartritis aguda. Pascual E, Rodríguez Valverde V, Carbonell J, Gómez-Reino JJ. Tratado de Reumatología. Vol 1. 1ª ed. Arán Ediciones, Madrid, 1998: 359-371.

Rosas J, Pascual E. Evaluación del paciente con monoartritis crónica. Pascual E, Rodríguez Valverde V, Carbonell J, Gómez-Reino JJ. Tratado de Reumatología. Vol 1. 1ª ed. Arán Ediciones, Madrid, 1998: 373-377.

Roig Escofet D. Evaluación del paciente con poliartritis aguda. Pascual E, Rodríguez Valverde V, Carbonell J, Gómez-Reino JJ. Tratado de Reumatología. Vol 1. 1ª ed. Arán Ediciones, Madrid, 1998: 379-389.

Jiménez Zorzo F, Pencondón A. Monoartritis. Manual SER de las Enfermedades Reumáticas. 3ª ed. Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2000: 78-83.

Mulero J, Andreu JL. Poliartritis. Manual SER de las Enfermedades Reumáticas. 3ª ed. Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2000: 84-90.

CUESTIONARIO

1. Ante la presencia de artritis de presentación aguda conjuntamente con la aparición de lesiones cutáneas, tendinitis y fiebre hay que pensar en primer lugar que la patología es:
 - a) Brucelosis
 - b) Gonococemia
 - c) Tuberculosis
 - d) Hepatitis B
 - e) Artritis postestreptocócica

2. La presentación de poliartritis de inicio agudo y distribución simétrica es característico de:
 - a) Brucelosis
 - b) Gonococemia
 - c) Tuberculosis
 - d) Hepatitis B
 - e) Artritis postestreptocócica

3. Entre las siguientes patologías, señalar aquella que suele cursar con monoartritis de comienzo insidioso y evolución crónica
 - a) Brucelosis
 - b) Gonococemia
 - c) Tuberculosis
 - d) Hepatitis B
 - e) Artritis postestreptocócica

- 4.- Entre las manifestaciones extraarticulares de una artritis reactiva no es común:
 - a) Queratodermia
 - b) Aftas orales
 - c) Fiebre

- d) Balanitis
- e) Raynaud

5.- La causa más frecuente de artritis de evolución recortada y que no deja secuelas en articulación en un enfermo con psoriasis es:

- a) Gota
- b) Reumatismo palindrómico
- c) Artritis psoriásica
- d) Osteoartrosis
- e) Artritis séptica

6.- Ante la presencia de artritis, fiebre y aftas orales de repetición podremos encontrarnos ante cualquiera de las siguientes patologías, con la excepción de:

- a) Artritis Reumatoide
- b) Artritis Reactiva
- c) Espondiloartropatía asociada a enfermedad inflamatoria intestinal.
- d) Síndrome de Behcet
- e) Lupus Eritematoso Sistémico

7.- Ante la presencia de hemartros en la artrocentesis se deben seguir las siguientes medidas de diagnóstico y terapéuticas a excepción de:

- a) Recogida para cultivo del líquido hemático
- b) Reposo de la articulación
- c) Estudios de coagulación en sangre
- d) Infiltración con esteroide
- e) Tratamiento analgésico

8.- Entre las siguientes patologías señalar en cuál de ellas el líquido sinovial no es un líquido inflamatorio:

- a) Artritis Reactiva
- b) Artritis por depósito de pirofosfato cálcico

- c) Artritis secundaria a meniscopatía
- d) Artritis Reumatoide
- e) Artritis Psoriásica

9.- La asociación de cefalea, dolor proximal en miembros y cuadro constitucional en enfermo de más de 60 años nos obliga a descartar:

- a) Artritis Reumatoide
- b) Sarcoidosis
- c) Arteritis de la temporal
- d) Artritis postestreptocócica
- e) Dermatomiositis

10.- El tratamiento de elección de la Polimialgia Reumática es:

- a) Azatioprina
- b) Methotrexate
- c) Antiinflamatorios no esteroideos
- d) Esteroides
- e) Colchicina

11.- La presencia de dactilitis y artritis de evolución crónica es característico de:

- a) Artritis Reumatoide
- b) Artritis Psoriásica
- c) Artritis Tofácea Crónica
- d) Artritis Séptica
- e) Artritis Sarcoidea

Respuestas:

- | | |
|------|-------|
| 1- b | 7- d |
| 2- d | 8- c |
| 3- c | 9- c |
| 4- e | 10- d |
| 5- a | 11- b |
| 6- a | |

