



Artritis monoarticular

Definición

La artritis monoarticular se refiere a la presentación clínica de dolor o hinchazón en una sola articulación. Cualquier condición que pueda causar una patología articular puede presentarse inicialmente como artritis monoarticular, lo que resulta en un amplio diagnóstico diferencial.

Los tres diagnósticos más frecuentes que causan dolor monoarticular y edema son: infección, traumatismo y artritis inducida por cristales (gota y pseudogota).

Etiología

La etiología puede ser infecciosa, los agentes etiológicos más comunes son: estafilococos del 44% a 70%; estreptococos del 15% a 35% y organismos gramnegativos entre el 10% al 21%(1).

Otro agente puede ser el gonococo: resultados de la siembra hematógica de la articulación proveniente de mucosas genitales donde existe una infección gonocócica primaria (2).

La artritis tuberculosa o micótica, se presenta en pacientes inmunocomprometidos.

Un trauma articular, con fracturas peri e intraarticulares, o por lesiones penetrantes que suelen incluir espinas, fragmentos de madera o mordeduras de humanos o animales puede producir artritis infecciosa. La infección de la mano asociada a una mordedura humana más frecuente se debe a una lesión en los nudillos de una persona que golpea a otra persona en la boca (lo que se denomina una lesión de puño cerrado o lesión de pelea "Clenched

Fist Injury” en Inglés). Las mordeduras de animales también son una causa frecuente de infecciones en las manos.

La artritis inducida por cristales: se divide en gota producida por cristales de urato monosódico, y pseudogota producida por cristales de dihidrato de pirofosfato de calcio u otra artritis inducida por cristales de oxalato de calcio o hidroxipatita (gráfico 1)

Las enfermedades sistémicas también pueden presentarse como monoartritis: espondiloartropatías que incluyen artritis psoriásica (3), artritis reactiva, espondiloartritis anquilosante y también sarcoidosis o enfermedad de Behcet. Con menos frecuencia, la artritis reumatoide (AR), el lupus eritematoso sistémico y las formas de vasculitis se presentan con monoartritis.

La artrosis u osteoartritis, puede presentarse como un dolor agudo e hinchazón en una sola articulación asociada con un uso excesivo de la misma, o a un trauma menor.

Causas diversas y menos frecuentes incluyen, hemartrosis: puede deberse a traumatismo, fractura intraarticular, anticoagulación excesiva, coagulopatías hereditarias; pseudogota, articulación de Charcot, hemangiomas sinoviales o sinovitis villonodular pigmentada.

Necrosis avascular del hueso: asociada al uso de corticosteroides y enfermedades reumáticas.

Articulación neuropática (articulación de Charcot): a menudo se presenta secundaria a neuropatía diabética y también se observa en la sífilis.

Tumores (periarticulares e intraarticulares): se presentan como sinovitis villonodular pigmentada, condrosarcoma, sarcoma osteogénico, tumores metastásicos u osteoma osteoide.

Enfermedades sistémicas: amiloidosis, osteocondromatosis sinovial, artritis asociada a virus (p. Ej., Parvovirus, hepatitis B).

Diagnóstico

Anamnesis y examen físico proporcionan información importante para diagnosticar la causa de la artritis monoarticular y ayudan a guiar el uso racional de los estudios de imagen y de laboratorio secuenciales (4).

Las preguntas más relevantes para el diagnóstico diferencial son:

- ¿Historia del trauma? Obtener una radiografía, antes de realizar maniobras de movilización activa.
- ¿Los síntomas sugieren un proceso mecánico o un proceso inflamatorio? Artrosis vs artritis (tabla 1).

- ¿Realmente es monoarticular? La artritis gonocócica suele ir precedida o acompañada de artritis migratoria y tenosinovitis antes de que se asiente en una articulación primaria como artritis purulenta.
- ¿Es la condición aguda? Aparición hiperaguda : fractura o trauma. Inicio: artritis séptica y artritis inducida por cristales (gota, pseudgota).
- ¿Es la condición crónica o una exacerbación de una condición previa? Brote de gota recurrente o una exacerbación de la OA .
- ¿Factores de riesgo para la artritis infecciosa? Pregunte sobre los factores de riesgo sexual para la artritis gonocócica, el uso de drogas intravenosas, picaduras de garrapatas, para enfermedad de Lyme.
- Otros elementos de la historia: psoriasis, uveítis, diarrea, enfermedad inflamatoria intestinal o la erupción cutánea; pueden sugerir una espondiloartritis como la artritis psoriásica o reactiva. La uretritis puede indicar artritis gonocócica o artritis reactiva. La gota es más común en hombres con insuficiencia renal, grandes bebedores y aquellos que usan diuréticos.

Grafico 1: Gota en la articulación de la primera metatarsofalange



Fuente: <https://www.lineaysalud.com/enfermedades/acido-urico>, adaptado por Herrera, D. Gaus, D. En Manual Medico SALUDESA, 2° Ed, 2016. Santo Domingo

**Tabla1. Criterios Clínicos
de Artritis Reumatoide 2010 ACR.**

Criterios	Puntaje
Afectación articular	
1 articulación grande afectada	0
2-10 articulaciones grandes afectadas	1
1-3 articulaciones pequeñas afectadas	2
4-10 articulaciones pequeñas afectadas	3
> 10 articulaciones pequeñas afectadas	5
Serología	
FR y ACPA negativos	0
FR y/o ACPA positivos bajos(< 3 VN)	2
FR y/o ACPA positivos alto (>3 VN)	3
Reactantes de fase aguda	
VSG y PCR normales	0
VSG y/o PCR elevadas	1
Duración	
<6 semanas	0
6 semanas	1
ACPA: anticuerpos contra péptidos citrulinados; FR: factor reumatoide; PCR: proteína C reactiva; VN: valor normal; VSG: velocidad de sedimentación globular. Pacientes con un puntaje ≥6/10 satisface los criterios para artritis reumatoidea.	

Fuente: Gomez, A. Reumatol Clin 2011;6 Supl 3:33-7 – Vol. 6 DOI: 10.1016/j.reuma.2011.01.002

Pruebas Diagnósticas

Pruebas de laboratorio: Las pruebas de suero tienen un valor limitado en la evaluación de la artritis monoarticular. Por ejemplo los niveles de ácido úrico pueden ser engañosos en el diagnóstico de la gota. Sin embargo, existe una regla de diagnóstico para la gota sin requerir un análisis conjunto de líquido sinovial (5).

**Tabla 2. Criterios pasa diagnóstico de gota en pacientes
con monoartritis**

CONDICION	PUNTAJE
Masculino	2 P
Ataque anterior de gota reportado	2 P
Inico de un día	0.5 P
Enrojecimiento de la articulación	1 P
Participación de la primera articulación metatarsofalángica	2.5 P
hipertensión o una o más enfermedades cardiovasculares	1.5 P
Niveles de ácido úrico en suero superior a 5,88 mg /dL	3.5 P

Puntaje Total		
< 4 puntos No es gota en 95% Considerar otra Etiología como Artritis reumatoidea, artritis séptica, osteoartritis o artritis psoriasica	> 4 y < 8 puntos Diagnostico incierto Se recomienda realizar estudio de líquido sinovial con microscopia polarizante para determinar cristales. Si no se dispone, hay que hacer seguimiento del paciente.	> o igual a 8 puntos Diagnóstico de gota en 87% Manejo de paciente como diagnóstico de gota, incluyendo el manejo de los Elementos de riesgo cardiovascular.

Fuente: Kienhorst L, Hein J, Fransen , Janssen. The validation of a diagnostic rule for gout without joint fluid analysis: a prospective study. Rheumatology (Oxford). 2015; 54(4). Adaptado por Obregon, M. 2018

Radiografías

Son útiles en pacientes con traumatismo significativo o dolor óseo focal para descartar fracturas o tumores óseos, y pueden mostrar enfermedades preexistentes relevantes, como la OA. Son de mayor valor para evaluar el dolor monoarticular en las articulaciones que se evalúan de manera menos confiable mediante el examen físico, como la cadera, la articulación sacroilíaca, el codo o el tobillo.

Artrocentesis para el análisis del líquido sinovial: Más importante para evaluar la monoartritis de inicio agudo o nuevo en pacientes con derrames articulares. El líquido debe enviarse para el recuento celular y el recuento diferencial de glóbulos blancos, cultivos, tinción de Gram y análisis de cristales. El líquido sinovial es un diagnóstico de artritis séptica si la tinción de Gram o el cultivo es positivo. La gota o la pseudogota se diagnostica si hay cristales específicos presentes cuando se evalúa el líquido utilizando un microscopio polarizado compensado. La artrocentesis es obligatoria si se sospecha artritis séptica (6).

Tratamiento

Gota aguda

Colchicina

1.2mg al comienzo del ataque, y 0.6mg luego de una hora. - Luego 0.6mg QD por 7 días - Efectos adversos: dolor abdominal, diarrea, rabdomiolisis.

AINEs

Indometacina, Naproxeno, Ibuprofeno por 7 días

Corticoides

Prednisona 30mg QD por 5-7 días - Corticoide intra-articular tiene eficacia pero no ha sido estudiado

Medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARDS)

No-Biológicos

Metotrexato

Primera elección (tabletas de 2.5 mg)

Dosis: 7.5-10mg VO una vez a la semana, hasta 20-25mg cada semana.

Mejoramiento clínico 3-6 semanas, efecto máximo a las 12 semanas.

Contraindicado en pacientes con hepatitis, insuficiencia renal, embarazadas, o mujeres de edad fértil sin anticoncepción.

Efectos secundarios principales: náuseas, hepatotoxicidad, teratogénesis, caída del pelo, úlceras bucales.

Monitoreo de: creatinina y perfil hepático mensuales.

Consumo de alcohol aumenta el riesgo de hepatotoxicidad.

Cotrimoxazol aumenta el riesgo de toxicidad.

Alternativas: Leflunomida, Hidroxicloroquina, Sulfasalazina

Biológicos [Agentes ANTI-FNT (Factor Necrosis Tumoral)]

Frente a una población con alto riesgo de infección latente de Tuberculosis, como la población ecuatoriana debe valorarse riesgo/beneficio antes de usar estos medicamentos.

- Adalimumab (Humira)
- Etanercept (Enbrel)
- Infliximab (Remicade)

Medicamento para control de síntomas

Aines y Corticoides de corto plazo, para controlar el dolor y la inflamación. Los corticoides pueden ser por VO, IM, o Intra articular.

Aspectos socioculturales

Los remedios tradicionales para el dolor, a menudo están influenciados por la teoría de la enfermedad “caliente y frío”. Esta teoría plantea que la enfermedad es causada por un desequilibrio de los cuatro humores (es decir, sangre, flema, bilis negra y bilis amarilla), y el uso de calor o frío puede ayudar a restablecer el equilibrio en el cuerpo(7), estos tratamientos se utilizan para lograr un equilibrio entre el calor y el frío(8), (9). El dolor se considera una en-

fermedad del frío, que requiere tratamiento con alimentos y medicamentos calientes por ejemplo, tés, hierbas, masajes(10). Los médicos deberían considerar esta información antes de realizar recomendaciones de tratamiento, por ejemplo, preguntando a los pacientes sobre la aceptabilidad de ciertos tratamientos que pueden ir en contra de esta teoría (p. ej., hielo en las articulaciones).

Los valores culturales relacionados con el trabajo y la familia desempeñan un papel importante en las conductas ante el dolor. Los hombres y mujeres en México con dolor persistente, manifestaron que la mayor preocupación que tenían, era que este dolor les impida apoyar y mantener a su familia; mientras que las mujeres estaban preocupadas de que el dolor limite su capacidad para cuidar a su familia(11). Este estudio también encontró un gran sentido de orgullo asociado con el trabajo dentro y fuera de la casa, a pesar de experimentar dolor, las mujeres informaron que era importante para ellas completar las tareas domésticas, no importa el dolor, para evitar sentirse “inútiles” e “incompetentes”.

Referencias bibliográficas

1. Dubost JJ, Soubrier M, De Champs C, Ristori J, Bussiere JL, Sauvezie B. No changes in the distribution of organisms responsible for septic arthritis over a 20 year period. *Annals of the rheumatic diseases*. 2002; 61(3).
2. Bardin T. Gonococcal arthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2003; 17(2).
3. Felquer M, Acosta M, FitzGerald O. Peripheral joint involvement in psoriatic arthritis patients. *Clinical and Experimental Rheumatology*. 2015; 33(93).
4. Guidelines for the initial evaluation of the adult patient with acute musculoskeletal symptoms. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Clinical Guidelines. 1996; 39(1).
5. Kienhorst L, Hein J, Fransen, Janssen. The validation of a diagnostic rule for gout without joint fluid analysis: a prospective study. *Rheumatology (Oxford)*. 2015; 54(4).
6. Margareten ME, Kohlwes J, Moore D, Bent S. Does this adult patient have septic arthritis? *JAMA*. 2007; 297.
7. Zhang W, Doherty M, Pascual E, Barskova V. EULAR evidence based recommendations for gout. Part I: diagnosis. Report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2006; 65.
8. Abraído-Lanza AE, Viladrich A, Flórez KR, Céspedes A, Aguirre AN, De La Cruz AA. Commentary: fatalismo reconsidered: a cautionary note for health-related research and practice with Latino populations. *Ethn Dis*. 2007; 17:153-8. [PubMed: 17274225]
9. Abraído-Lanza AF, Revenson TA. Coping and social support resources among Latinas with arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 1996; 9:501-8
10. Abraído-Lanza AF, Revenson TA. Coping and social support resources among Latinas with arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 1996; 9:501-8
11. Kosko DA, Flaskerud JH. Mexican American, nurse practitioner, and lay control group beliefs about cause and treatment of chest pain. *Nurs Res*. 1987; 36:226-31. [PubMed: 3648696]
12. Villarruel AM. Mexican-American cultural meanings, expressions, self-care and dependent-care actions associated with experiences of pain. *Res Nurs Health*. 1995; 18:427-36. [PubMed: 7676076]