

Rodríguez Gómez, Manuel*; González Alvarez, Balbina Carmen*; Fernández Domínguez, Luis*; Willis Domínguez, Alfredo*

*Servicio de Reumatología

INTRODUCCIÓN

Dada la elevada frecuencia del dolor articular, el problema inicial del médico consiste en diferenciar entre artritis verdadera y las otras causas de dolor articular. En aquellos casos en los que el dolor orienta hacia un cuadro articular, el reto consiste en utilizar los datos de la anamnesis, exploración física y las pruebas complementarias de diagnóstico para formular, en primer lugar, un diagnóstico diferencial y, posteriormente establecer un diagnóstico definitivo.

Se entiende como artritis aguda la presencia de dolor e inflamación articular de instauración rápida y, a veces, de gran intensidad. Para hablar de poliartritis crónica se suele considerar un lapso de al menos 6 semanas, siendo por lo general la instauración más paulatina.

Las monoartritis agudas representan un desafío diagnóstico y en muchas ocasiones una emergencia médica, por su posible etiología bacteriana. Cuando la enfermedad afecta a 4 o más articulaciones inflamadas se denomina poliartritis. Hablamos de oligoartritis si la afectación es de 2 ó 3 articulaciones.

ETIOLOGÍA

Las causas de monoartritis se solapan con las de oligo/poliartritis, ya que todas las artropatías inflamatorias pueden debutar con afectación monoarticular.

La artritis puede ser un proceso limitado a las articulaciones, o ser manifestación de una enfermedad sistémica. En la TABLA 1 se recogen las principales enfermedades inflamatorias y de otra naturaleza, que pueden expresarse con afectación monoarticular. En la TABLA 2 se resumen las principales entidades con representación poliarticular.

TABLA 1. Diagnóstico diferencial de las monoartritis

<i>Enfermedades con frecuente afectación monoarticular</i>	<i>Enfermedades oligo-poliarticulares con frecuente comienzo monoarticular</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Artritis infecciosas (bacterias, hongos) • Artritis microcristalinas (urato, pirofosfato, hidroxiapatita, oxalato) • Artritis traumática y por hipermovilidad • Hidrartrosis intermitente • Tumores • Condromatosis sinovial • Sinovitis pigmentada vellonodular • Metástasis • Osteonecrosis • Artrosis • Hemartrosis • Artropatía neuropática • Distrofia simpática refleja • Osteocondritis disecante • Sinovitis por espina vegetal • Meniscopatía. Cuerpo libre intraarticular • Fractura de estrés • Osteomielitis 	<ul style="list-style-type: none"> • Artritis reumatoide • Artritis reactivas • Espondiloartritis • Artritis juvenil • Lupus Eritematoso Sistémico • Enfermedad de Behçet • Eritema nodoso. Sarcoidosis • Reumatismo palindrómico • Endocarditis bacteriana • Artropatía asociada a enfermedades malignas <p><i>Afecciones de estructuras periarticulares que frecuentemente se confunden con artritis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tendinitis • Tenosinovitis • Bursitis • Celulitis • Fracturas • Neuropatías por atrapamiento • Flebitis

TABLA 2. Principales causas de poliartritis

	Artropatías microcristalinas
<i>Enfermedades de origen autoinmune</i>	Gota úrica Artropatía por depósito de pirofosfato Otras artropatías microcristalinas
Conectivopatías	Artritis infecciosas
Artritis reumatoide	Bacterianas (<i>gonococo, meningococo, salmonella, brucella, sífilis, borrelia burgdorferi, mycoplasma, tuberculosis, lepra, enf. Whipple</i>)
Lupus eritematoso sistémico	Virales (<i>hepatitis B, rubeola y su vacuna, parvovirus B19, VIH, sarampión, arbovirus, adenovirus, enterovirus, herpes simple, citomegalovirus, varicela, Epstein-Barr</i>)
Polimiositis-dermatomiositis	Hongos (<i>histoplasma, coccidioides</i>)
Esclerodermia	Parásitos (<i>giardia, cryptosporidium, toxoplasma, taenia saginata, echinococcus granulosus, strongyloides, schistosoma, wuchereria bancrofti</i>)
Enfermedad mixta del tejido conjuntivo	
Síndrome de Sjögren	
Artritis crónica juvenil	
Enfermedad de Still del adulto	
Policondritis recidivante	
Vasculitis	Neoplasias
Poliarteritis nodosa	Leucosis agudas
Enfermedad de Churg-Strauss	Síndrome paraneoplásico
Enfermedad de Kawasaki	
Arteritis de Takayasu	
Arteritis de células gigantes/polimialgia Reumática	Enfermedades por depósito
Vasculitis hipocomplementémica	Amiloidosis primaria
Crioglobulinemia	Hemocromatosis
Púrpura de Schönlein-Henoch	
Enfermedad de Wegener	
Poliangeitis microscópica	
Enfermedad de Behçet	Reticulohistiocitosis multicéntrica
Espondiloartritis	
Espondilitis anquilosante	Otros cuadros parainfecciosos
Artritis reactivas (<i>Salmonella, Shigella, Yersinia, Chlamydia</i>)	Reumatismo postesterptocócico/fiebre reumática
Artropatía psoriásica	Reumatismo de Poncet
Artritis de la enfermedad inflamatoria intestinal	Endocarditis bacteriana
Sarcoidosis	Hipotiroidismo
Dermatitis aguda neutrofilica (Síndrome de Sweet)	Osteoartropatía hipertrófica
	Fiebre mediterranea familiar

ANAMNESIS

Algunos datos semiológicos pueden ser útiles en la aproximación diagnóstica:

Factores precipitantes: Traumatismos (hemartros, desgarros, lesión meniscal, fracturas), exceso dietético, cirugía o infarto de miocardio (gota), terapia con esteroides (artritis séptica, osteonecrosis), cuadro infeccioso reciente intestinal, uretral o faríngeo (artritis reactiva), picaduras, infiltraciones, consumo de drogas por vía intravenosa (artritis séptica).

Edad: En pacientes de edad avanzada es frecuente condrocalcinosis y polimialgia reumática. Las espondiloartritis tienen mayor incidencia en sujetos jóvenes. Las conectivopatías se presentan principalmente en edades medias de la vida.

Sexo: En varones abundan los cuadros de gota y espondiloartritis. En mujeres las conectivopatías, condrocalcinosis y gonococia.

Antecedentes familiares: Pueden orientar antecedentes de patologías con algún componente genético, como las espondiloartritis, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico o gota. Es importante indagar sobre la presencia en los familiares de condiciones asociadas como psoriasis, uveítis o enfermedad inflamatoria intestinal o dolor lumbar cuando exista sospecha de espondilitis anquilosante.

Antecedentes personales: Antecedentes de cuadros similares al actual (gota, condrocalcinosis, hidrartrosis), enfermedades que se asocian con monoartritis (psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal, hiperuricemia). Debería prestarse una atención especial a los eventos que ocurrieron en las semanas o meses previos al comienzo de los síntomas articulares, como picadura de insectos, odinofagia, enfermedad febril, infecciones venéreas, contactos sexuales, diarrea, erupción o uveítis.

Profesión: Contacto con animales (brucelosis), agentes físicos (esquirlas metálicas, púa vegetal).

Forma de comienzo: Agudo (artritis microcristalinas y bacterianas) o insidioso (conectivopatías, artropatía psoriásica, sarcoidosis, forma crónica de condrocalcinosis).

Dolor: Determinar si es mecánico o inflamatorio, su ritmo y la intensidad.

Síntomas articulares específicos: Estas características incluyen bloqueo, dolor localizado, crepitación palpable, calor e inflamación.

Síntomas sistémicos: Fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso o rigidez muscular generalizada.

Síntomas o signos asociados: Varias formas de artritis pueden estar asociados con nódulos subcutáneos, erupción cutánea (fotosensible, psoriásica, purpúrica o petequial), alopecia, fenómeno de Raynaud, xerostomía y xeroftalmía, pérdida de fuerza en la musculatura proximal, disfagia, uveítis, escleritis, úlceras orales o genitales, uretritis o cervicitis, síntomas de enfermedad inflamatoria intestinal o síntomas pleuropericárdicos.

EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración física ha de ser exhaustiva, con búsqueda específica de lesiones en la piel y mucosas, tales como aftosis oral y genital, nódulos subcutáneos en superficies de extensión, talones o calota, tofos en pabellones auriculares y en codos, lesiones purpúricas, livedo reticularis, psoriasis y revisión sistemática de los genitales externos y de la nariz. En las uñas hay que buscar datos que sugieran osteoartropatía hipertrófica, psoriasis, síndrome de Reiter o endocarditis bacteriana. Se incluirá además la búsqueda de adenopatías, la inspección orofaríngea, la palpación del tiroides, la auscultación cardiopulmonar y una exploración abdominal detallada.

Cada articulación debería examinarse buscando calor, engrosamiento sinovial, derrame, crepitación, deformidad o dolor. La exploración de la columna debería incluir el grado de movimiento de las regiones cervicales y lumbares, expansión de la caja torácica y sensibilidad en las apófisis espinosas y articulaciones sacroilíacas.

Conviene diferenciar si la estructura inflamada está dentro o fuera de la articulación. Un problema intraarticular puede abarcar la circunferencia entera de una articulación o puede estar localizado en una pequeña área, como ocurre en una rotura meniscal de rodilla. La enfermedad periarticular (p.e. tendinitis) está confinada en una pequeña región, y el dolor y la sensibilidad aumenta en mayor grado con el movimiento activo que con el movimiento pasivo de la articulación.

Las enfermedades neurológicas o vasculares de una extremidad pueden simular síntomas musculoesqueléticos. El dolor neurológico puede acompañarse de sensación de quemazón u hormigueo, y seguir la distribución de un dermatoma o un nervio periférico. La enfermedad vascular isquémica se acompaña de palidez o cianosis; en una tromboflebitis puede palparse cordón venoso, signo de Homan etc.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS PRINCIPALES ENTIDADES QUE REQUIEREN ATENCIÓN URGENTE

La **artritis infecciosa** suele ser monoarticular, aunque en un 20% de los casos afecta a 2 o más articulaciones. La presencia de una mono-oligoartritis aguda siempre debe hacer pensar en una artritis infecciosa aún en ausencia de fiebre o de un posible foco primario de infección. La artritis séptica produce una importante inflamación que rápidamente se sigue de una destrucción irreversible del cartílago y del hueso. También puede ser la manifestación inicial de una infección sistémica que puede poner en peligro la vida. Escalofríos y fiebre asociada son altamente sugerentes de una etiología infecciosa.

En el 80% de los casos el germen causal es un gram-positivo, cultivándose en un 60% el estafilococo aureus. Le siguen en frecuencia el estreptococo tipo A y enterobacterias. En las infecciones protésicas cercanas en el tiempo a la intervención el agente suele ser el estafilococo epidermidis, y cuando son más tardías el estafilococo aureus, enterobacterias, pseudomonas y otros. En los primeros años de vida también es frecuente la infección por H.influenzae.

La artritis gonocócica es la primera posibilidad en un paciente joven sexualmente activo. Puede debutar como monoartritis aguda, pero es más frecuente su presentación como oligoartritis migratoria febril acompañada de lesiones mucocutáneas (máculas, pústulas, vesículas) y tenosinovitis. El aislamiento del organismo puede ser difícil, por lo que se recomienda sembrar muestras de líquido sinovial cervix, uretra, recto, faringe y lesiones de piel en medios especiales, como el de Thayer-Martin.

Las monoartritis bacterianas presentan un comienzo súbito y se localizan preferentemente en la rodilla, cadera, muñecas y hombros. Las articulaciones axiales como el disco intervertebral, articulaciones esternoclaviculares, esternocostales, condrocostales y sacroilíacas se comprometen con mayor frecuencia en pacientes adictos al uso de drogas endovenosas, y son causadas generalmente por el estafilococo aureus y microorganismos gramnegativos, en especial pseudomonas.

Otros factores de riesgo pueden ser artropatías previas como artritis reumatoide, diabetes, inmunodepresión, tratamientos con fármacos inmunosupresores o corticoides, insuficiencia renal o hepática, conducta sexual de riesgo, uretritis reciente, tumores, instrumentación urogenital, cateterismos intravenosos y prótesis articulares.

Otras posibilidades etiológicas infecciosas menos frecuentes son la enfermedad de Lyme, lúes, micobacterias, brucella, hongos y virus como el coxsackie, parvovirus B19, hepatitis B, mononucleosis infecciosa y rubéola.

La **artritis inducida por cristales** es altamente probable cuando existen antecedentes de ataques recurrentes, autolimitados de inflamación en la misma articulación. La gota comprende manifestaciones, bien agudas, bien crónicas, derivadas del depósito de cristales de urato monosódico. La enfermedad por depósito de cristales de pirofosfato cálcico (EDPP) en las articulaciones da lugar a un amplio espectro de manifestaciones, desde crisis monoarticulares de pseudogota (en rodilla, tobillo o muñeca), una poliartritis simétrica, o síntomas característicos de artrosis; puede ser primaria o secundaria a enfermedades como el hiperparatiroidismo y la hemocromatosis.

Las artropatías microcristalinas se manifiestan habitualmente como crisis monoarticulares agudas, que pueden acompañarse de fiebre y escalofríos. La identificación en el líquido sinovial de cristales de urato monosódico o de pirofosfato cálcico confirma el diagnóstico de artritis microcristalina, pero no excluye una infección coexistente. Ocasionalmente, y en especial los cristales de pirofosfato, no se observan en un primer examen de líquido sinovial, pero pueden visualizarse en análisis posteriores. En la EDPP es un hallazgo común las calcificaciones de meniscos y de cartílagos articulares (condrocalcinosis). No es de utilidad la determinación de ácido úrico sérico durante una crisis aguda de gota, ya que puede ser normal en un 50% de casos.

Otras formas menos frecuentes de artropatías microcristalinas están producidas por depósitos de hidroxapatita (frecuente en periartritis de hombro) o de oxalato de calcio (especialmente en pacientes con insuficiencia renal).

La **endocarditis bacteriana** puede simular una vasculitis por la presencia de fiebre y síntomas constitucionales, junto con fenómenos isquémicos por tromboembolismos. En el 30% de los pacientes se producen artralgiyas, artritis y mialgiyas. Los síntomas suelen producirse en una o varias articulaciones, normalmente proximales y grandes. Son de utilidad para el diagnóstico la esplenomegalia, petequias en mucosas o hemorragias ungueales.

La **fiebre reumática** es una entidad a considerar, sobre todo si hay un antecedente de faringitis estreptocócica dos o tres semanas antes del proceso articular. La artritis suele ser migratoria y muy dolorosa. Los soplos a la auscultación, cardiomegalia, insuficiencia cardíaca y pericarditis deben sugerir este proceso.

La **enfermedad de Lyme**, en su fase inicial de diseminación de *Borrelia burgdorferi*, se manifiesta con frecuencia por fiebre y artralgiyas migratorias con escasa o nula inflamación articular. Será en los meses siguientes cuando puede aparecer una oligoartritis persistente.

La **infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH)** puede producir artralgiyas y diversos tipos de artropatía, incluidas una oligoartritis episódica, una artritis reactiva y artritis psoriásica. En el espectro clínico de otras manifestaciones musculoesqueléticas posibles figuran la polimiositis, el síndrome de linfocitosis infiltrativa difusa (similar al síndrome de Sjögren), vasculitis necrotizantes o por hipersensibilidad e infecciones articulares por micobacterias atípicas.

La **poliartritis nodosa** suele cursar al inicio con fiebre y síntomas constitucionales. Son frecuentes las artromialgiyas generalizadas y, con menor frecuencia, una oligoartritis, que predomina en grandes articulaciones. Simultáneamente o en pocas semanas se suelen presentar otras manifestaciones como cefalea, dolor abdominal, hipertensión y alteraciones renales y del sistema nervioso periférico.

En la **granulomatosis de Wegener** las artralgiyas pueden aparecer como primer síntoma. La artritis, cuando aparece, puede adoptar la forma de poliartritis simétrica de pequeñas articulaciones. La coexistencia de sintomatología de vías respiratorias, sedimento urinario y alteraciones en la radiología del tórax pueden orientar a este diagnóstico.

La mayoría de las **vasculitis leucocitoclásticas** (vasculitis por hipersensibilidad, crioglobulinemia, vasculitis urticariforme, etc.) pueden cursar con artritis, si bien serán las lesiones cutáneas de púrpura palpable, y su biopsia, las que orientarán el diagnóstico.

En **otras vasculitis** como la poliangeitis microscópica, arteritis de células gigantes, arteritis de Takayasu o síndrome de Cogan, la poliartritis franca no es el rasgo clínico fundamental, y son otras alteraciones las que marcarán el camino a seguir.

La artritis aguda por **sarcoidosis** se suele acompañar de fiebre, eritema nodoso y adenopatías hiliares. Una inflamación periarticular marcada y con eritema, sobre todo en los tobillos, debe sugerir esta causa.

Algunos **procesos neoplásicos** pueden producir artritis. Son datos de alarma la poliartritis de comienzo en la vejez y con aparición explosiva, que no afecta a articulaciones pequeñas, y que no responden a corticosteroides o a inmunosupresores.

La **leucemia aguda** puede debutar con episodios de dolor óseo y articular o artritis.

El **reumatismo palindrómico** es un proceso articular agudo que cursa con episodios recurrentes de tumefacción dolorosa articular con flogosis y eritema periarticular, que provocan gran impotencia funcional. Desaparecen en 1-3 días sin dejar secuelas. Los ataques iniciales suelen ser monoarticulares, afectando principalmente a articulaciones de manos, rodillas y hombros, aunque ocasionalmente presentan un patrón oligoarticular. Una proporción importante de casos acaba por desarrollar una artritis reumatoide u otros trastornos reumatológicos.

La **hidrartrosis intermitente** se caracteriza por brotes agudos, recurrentes, de derrame articular que afectan más frecuentemente a rodillas de forma unilateral, en ocasiones con carácter alternante y, rara vez bilateral. Aparece en 12-24 horas y desaparece en 2-4 días, para reaparecer habitualmente de forma regular y predecible.

La **artritis reumatoide** tiene algunos rasgos característicos, como la sinovitis simétrica, marcada rigidez matutina, ausencia de datos de otra conectivopatía, positividad para el factor reumatoide y/o anticuerpos anti-péptido citrulinado, y aparición de erosiones radiológicas tras meses de evolución, que sugieren fuertemente su diagnóstico.

La **artritis psoriásica** puede aparecer como monoartritis, oligoartritis o poliartritis asimétrica, o como poliartritis simétrica simulando una artritis reumatoide. También puede manifestarse como espondilitis con sacroileitis. La psoriasis cutánea y/o ungueal suele estar presente muchos años antes, pero puede aparecer a la vez o posteriormente a la artritis. La artritis es habitualmente insidiosa en su aparición, pero en un 30% de casos tiene un comienzo abrupto.

Las **artritis reactivas o síndrome de Reiter** constituyen una forma de artritis periférica que aparecen transcurrido un período de tiempo corto después de infecciones genitourinarias (por Chlamydia) o digestivas (por Shigella, Salmonella, Campilobacter, Yersinia). Son habitualmente asimétricas y de presentación oligoarticular, afectando con más frecuencia a articulaciones de miembros inferiores. Suele encontrarse sacroileitis e inflamación de forma difusa de dedos de manos o pies, fenómeno conocido como dactilitis o dedos en salchicha. También es frecuente la entesitis, que consiste en la inflamación de los lugares del hueso en los que se insertan tendones, ligamentos o fascias.

La **espondilitis anquilosante** afecta típicamente a la columna vertebral con sacroileitis, espondilitis y entesitis. Puede haber inflamación de articulaciones periféricas, preferentemente en hombros, caderas y rodillas. A lo largo de su evolución, en un 25% de casos, puede haber brotes agudos de uveítis anterior.

En el **lupus eritematoso sistémico**, las artralgiyas y artritis son las manifestaciones más comunes en el inicio. Con cierta frecuencia puede debutar con una poliartritis aguda de predominio en las pequeñas articulaciones de manos, carpos y rodillas, de forma simétrica. La artritis es típicamente no erosiva. Las lesiones cutáneas, junto con otras posibles alteraciones viscerales y la positividad de los anticuerpos antinucleares, anti-ADN o anti-Sm ayudarán en el diagnóstico.

La **esclerodermia** suele debutar con artralgiyas y mialgiyas inespecíficas, junto con el síndrome de Raynaud y engrosamiento cutáneo. Puede observarse una artritis franca, si bien el dolor y la rigidez sobre las articulaciones por la retracción cutánea suele ser mayor que por los signos objetivos de artritis.

La mitad de los pacientes con **síndrome de Sjögren primario** presentan artritis o artralgiyas en su evolución. La artritis no es erosiva, y afecta preferentemente a pequeñas articulaciones de manos. Las manifestaciones cardinales serán la sequedad oral y ocular. La biopsia de una glándula salival menor con alteraciones específicas, apoyada por la presencia de autoanticuerpos, serán fundamentales para el diagnóstico.

Orientarán el diagnóstico de una **enfermedad de Behçet** las úlceras orales y genitales recurrentes y dolorosas, frecuentemente acompañadas de manifestaciones cutáneas, oculares y neurológicas. Cerca de la mitad de los pacientes tendrán artritis en algún momento de su evolución, que suele ser de grandes articulaciones.

La **fiebre mediterránea familiar** se caracteriza ataques recurrentes de fiebre alta, dolor abdominal intenso, artritis y pleuritis, que aparecen bruscamente y duran entre 6 y 96 horas. La afectación articular suele ser en forma de artralgiyas o monoartritis de los miembros inferiores, a veces como la única manifestación de un ataque de la enfermedad.

En el diagnóstico diferencial de las artropatías, especialmente las de presentación monoarticular se debe tener presente que la **artrosis** ocasionalmente puede originar derrames articulares, en especial en rodilla, articulaciones interfalángicas de las manos o en la cadera. En pacientes con trastornos en la coagulación o en tratamiento anticoagulante son frecuentes los **hemartros** en grandes articulaciones. Con relativa frecuencia se observa afectación monoarticular en **artritis traumáticas, osteonecrosis, osteocondritis disecante, distrofia simpática refleja, artropatía neuropática, sinovitis pigmentada vellonodular y artritis por cuerpo extraño**.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

A. EN MONOARTRITIS

Se solicitará una analítica general, que incluya hemograma, velocidad de sedimentación proteína c reactiva, pruebas de función renal y hepática y análisis de orina. Deben tomarse muestras para cultivo de posibles focos primarios (orina, heridas infectadas...). Según sea la sospecha clínica podrá solicitarse factor reumatoide, anticuerpos anti-péptido citrulinado, anticuerpos antinucleares, antígeno HLA-B27, proteinograma, serologías a salmonella, borrelia burgdorferi, ASLO, etc.

Si existe efusión articular, debe aspirarse líquido sinovial. En derrames de escasa cuantía puede ser necesario realizar la aspiración guiada por ecografía. La selección de los tests a realizar varía en función de los diagnósticos probables a considerar, pero no deben faltar estudio de cristales, recuento y fórmula leucocitaria, tinción de gram y cultivo (TABLA 3).

TABLA 3. Examen de líquido sinovial en una monoartritis

TEST	HALLAZGO	DIAGNÓSTICO POSIBLE
Apariencia	Sanguinolento	Artr. traumática, coagulopatía, sinovitis vellonodular
	Turbio	Artr. séptica, otras artr. inflamatorias
	Claro	Artrosis, artr. mecánica
Leucocitos	<2000 leuc/mm ³	Artr. mecánica, artrosis
	2000-50000 leuc/mm ³	Artr. inflamatoria
	>50000 leuc/mm ³	Artr. séptica, gota, pseudogota, artr. reactiva
Leucocitos polinucleares	<25%	Artr. mecánica
	>50%	Artr. inflamatoria (frecuentemente)
	>75%	Artr. séptica (frecuentemente)
Cristales	Urato	Gota
	Pirofosfato	Pseudogota
Gram/cultivo	Positivo	Artr. séptica
Otras tinciones y cultivos	Positivo	Artr. tuberculosa, Artr. fúngica

Debe realizarse una exploración radiológica, incluyendo también a la articulación simétrica del lado sano, lo que permitirá al comparar las imágenes, apreciar cambios mínimos en la articulación afecta (erosiones, osteoporosis localizada, calcificaciones articulares, cuerpos extraños o lesión ósea).

La ecografía articular es una técnica útil, incruenta y rápida, que nos permite ver abscesos, derrames y sinovitis, facilitándonos además la evacuación del líquido sinovial y la toma de biopsias. El modo Doppler es esencial para la correcta valoración de la actividad inflamatoria.

La gammagrafía es un método muy sensible, lo que permite localizar anomalías precozmente. Carece sin embargo de especificidad. Es de utilidad en el estudio de articulaciones profundas y de la columna.

La resonancia magnética es especialmente útil en el diagnóstico precoz de osteonecrosis, tumores, osteomielitis, fracturas ocultas, infecciones profundas (p.e. absceso del psoas) y desarreglos internos de la rodilla.

B. EN OLIGO-POLIARTRITIS

En todos los casos es necesario realizar un estudio analítico básico, que incluirá hemograma, bioquímica básica, reactantes de fase aguda (VSG, PCR), uroanálisis, estudio de líquido sinovial y radiología de tórax y de las articulaciones afectas.

Se añadirán exploraciones complementarias específicas según sea la sospecha diagnóstica (Tablas 4 y 5).

Tabla 4. Exploraciones complementarias en oligo-poliartritis frecuentes en función de la sospecha diagnóstica

Enfermedad	Sospecha diagnóstica	Pruebas complementarias
Artritis reumatoide	Afectación simétrica. Pequeñas y grandes articulaciones. Afectación sistémica. Nódulos subcutáneos	Factor reumatoide, Anticuerpos antipéptido citrulinado. Rx: erosiones
Lupus eritematoso sistémico	Poliartritis simétrica, no erosiva. Síntomas generales, rash cutáneo, afectación sistémica	Ac. Antinucleares, Ac. anti-ADN, Ac. anti-Sm, Complemento, Ac. anticardiolipina
Artritis crónica juvenil	Oligoartritis o poliartritis. Posible afectación axial. Manifestaciones sistémicas (enf. Still)	Factor reumatoide, ANA

Arteritis de células gigantes/polimialgia reumática	Dolor y rigidez de cinturas. Cefalea. Alteraciones visuales.	Biopsia de la arteria temporal
Vasculitis leucocitoclásticas (por hipersensibilidad, púrpura de Schönlein-Henoch, crioglobulinemia, urticariforme, etc)	Artritis. Púrpura palpable	Biopsia cutánea. Otras pruebas dependiendo de sospecha clínica
Espondiloartritis Espondilitis anquilosante Artropatía psoriásica Artritis reactivas Artritis enteropática	Oligoartritis asimétrica de predominio en articulaciones de miembros inferiores, afectación axial, entesitis, dactilitis, uveítis, psoriasis Varones jóvenes. Afectación axial. Afectación periférica (30%) Posible afectación axial y de interfalángicas distales Antecedente de uretritis o síndrome diarreico en las semanas anteriores Signos y/o síntomas de enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa	Antígeno HLA-B27. Radiología sacroilíacas. RNM sacroilíacas. Serologías o cultivos positivos en las muestras biológicas a Shigella, Salmonella, Campylobacter, Chlamydia o Yersinia. Colonoscopia. Biopsia.
Sarcoidosis	Aguda: oligoartritis (tobillos, rodillas) Crónica: oligoartritis asimétrica. Adenopatías, uveítis, eritema nodoso	Mantoux. ECA. Gammagrafía pulmonar. Biopsia de tejido afecto.
Artropatías microcristalinas	Oligo-poliartrosis. Tofos	Estudio de cristales en líquido sinovial.
Artritis infecciosas	Oligo-poliartrosis. Fiebre.	Cultivo del líquido sinovial. Cultivos de sangre y/o focos primarios. Estudios serológicos (salmonella, Lyme, virus...). ASLO, PPD

TABLA 5. Sospecha diagnóstica y exploraciones complementarias en oligo-poliartrosis raras

Enfermedad	Sospecha diagnóstica	Pruebas complementarias
Esclerodermia	Afectación de pequeñas articulaciones, no erosiva. Raynaud. Edema y endurecimiento cutáneo	Ac. anticentrómero. Ac. anti-Scl-70. Capilaroscopia
Polimiositis-Dermatomiositis	Poliartrosis no erosiva. Debilidad muscular proximal. Lesiones cutáneas características	Enzimas musculares. Ac. anti-Jo1 y anti-Mi2. Estudio electromiográfico. Biopsia muscular
Enfermedad mixta del tejido conectivo	Poliartrosis no erosiva. Raynaud. Edema de manos. Miositis	Ac. antiribonucleoproteínas
Síndrome de Sjögren primario	Poliartrosis no erosiva. Xerostomía. Xeroftalmía. Manifestaciones extraglandulares	Ac. antinucleares. Ac. anti-SSA (anti-Ro) y anti-SSB (anti-La). Prueba de Schirmer y rosa de Bengala. Gammagrafía de parótidas. Biopsia de glándula salivar menor
Policondritis recidivante	Artritis episódica, migratoria o crónica, no erosiva ni deformante	
Poliarteritis nodosa	Artralgias. Oligoartritis en grandes articulaciones. Cefalea, dolor abdominal, hipertensión, alteraciones del sistema nervioso periférico, alteraciones renales	ANCA. Biopsia. Angiografía de un órgano afectado
Granulomatosis de Wegener	Artralgias. Poliartrosis. Sintomatología de vías respiratorias	ANCA. Biopsia de tejidos afectados
Enfermedad de Behçet	Oligo-poliartrosis, en ocasiones intermitente. Aftosis oral y genital. Uveítis	
Otras vasculitis	Oligoartritis-poliartrosis poco frecuente. Otras alteraciones	Según sospecha clínica

Síndrome de Sweet	Fiebre, leucocitosis, lesiones cutáneas papuloeritematosas	Biopsia cutánea
Leucosis aguda	Dolores osteoarticulares desproporcionados, sinovitis, no respuesta a tratamiento antirreumático	Frotis sanguíneo. Aspirado de médula ósea
Poliartitis carcinomatosa	Artritis asimétrica. Inicio explosivo. Respeta a articulaciones pequeñas. Estrecha relación temporal entre artritis y diagnóstico de la neoplasia	Según contexto clínico
Amiloidosis	Afectación simétrica de grandes articulaciones. Síndrome del tunel carpiano. Macroglosia. Diarrea.	Demostración de amiloide en líquido sinovial, grasa subcutánea o en biopsia de mucosa rectal
Hemocromatosis	Crisis de pseudogota. Artropatía crónica en metacarpofalángicas. Cirrosis hepática. Diabetes mellitus	Ferritina sérica. Biopsia hepática. Gen de hemocromatosis
Reticulohistiocitos multicéntrica	Artritis erosiva. Pápulas y nódulos cutáneos.	Biopsia de piel o sinovial
Hiperparatiroidismo	Crisis de pseudogota. Artropatía lentamente progresiva	Calcio, Fósforo, PTH

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO

A. ABORDAJE DE UNA MONOARTRITIS

Excepto los casos de posible infección articular o de artritis inducida por cristales, en donde puede iniciarse el tratamiento antes de confirmar el diagnóstico, la enfermedad debe ser observada durante los primeros días según su evolución natural.

En la FIGURA 1 se representan los diferentes pasos a seguir ante una monoartritis aguda. Se elegirán diferentes técnicas de imagen según sea la sospecha clínica.

Deben evitarse corticoides sistémicos, antiinflamatorios no esteroideos (AINE) e infiltraciones intraarticulares con corticoides. Se calmará al paciente con medidas físicas y medicación analgésica (p.e. tramadol o codeína).

A.1. MANEJO INMEDIATO

Todos los casos deben ser considerados como infecciosos mientras no se demuestre lo contrario. A continuación se pensará en artritis microcristalinas. Excluidas estas posibilidades, se considerarán otros diagnósticos (FIGURA 1).

A.1.1. Posible artritis séptica

Habiendo tomado inicialmente todas las muestras para cultivo (líquido sinovial, sangre...), se instaurará tratamiento antibiótico en las siguientes circunstancias:

- Demostración de microorganismos en el líquido sinovial.
- Evidencia indirecta de infección (líquido sinovial con niveles bajos de glucosa, turbio o con cifras altas de neutrófilos).
- Otros hallazgos clínicos sugestivos (p.e. en la artritis gonocócica, en donde el líquido sinovial puede mostrar pocos cambios).

Antes de tener una confirmación definitiva del germen causal instauraremos los antibióticos de acuerdo con datos clínicos, edad del paciente y resultado de la tinción de Gram.

La duración del tratamiento por vía intravenosa será de 2 semanas, pasando a vía oral hasta completar 6 semanas en total.

A.1.2. Artritis inducida por cristales

Se administrará 1 mg de colchicina, seguido de 0,5 mg cada 3 horas hasta que remita la sintomatología, complete 6 mg o aparezcan náuseas, vómitos o diarrea. Es más eficaz en la gota que en la pseudogota.

Alternativamente se pueden usar AINE (indometacina o diclofenaco, en dosis máxima de 50 mg cada 8 horas). Son igual de eficaces que la colchicina. En ocasiones se pueden utilizar simultáneamente.

Los corticoides (30-50 mg de prednisona/día) estarían indicados en pacientes que no toleren los tratamientos anteriores, y siempre que se haya descartado una causa infecciosa.

Cuando un paciente viene tomando hipouricemiantes o uricosúricos, no se retirarán. Sin embargo no se iniciará un tratamiento con estos fármacos durante esta fase.

A.1.3. Otros diagnósticos

De no haberse llegado a un diagnóstico en las primeras 72 horas, mientras no se excluya un proceso infeccioso se observará la evolución del cuadro, continuando con el tratamiento antibiótico cuando haya sido iniciado. Se podrá aliviar el dolor mediante medidas físicas o fármacos, evitando AINE y antipiréticos, que podrán ser administrados cuando haya sido excluida la infección.

A.2. REEVALUACIÓN

En la evolución son posibles dos situaciones:

A.2.1. Confirmación diagnóstica

Durante la primera semana se podrá llegar al diagnóstico por aparición de datos signos o síntomas nuevos o mediante pruebas específicas (FIGURA 1).

A.2.2. Diagnóstico no confirmado

Puede ocurrir que la enfermedad ceda espontáneamente. Se trataría entonces de artritis viral, traumática o de formas moderadas de alguna enfermedad inflamatoria, p.e. artritis reumatoide.

Si la enfermedad se hace persistente, se observará la historia natural del proceso. Podrán aparecer fenómenos clínicos nuevos que orientarán en el diagnóstico (p.e. placas de psoriasis, uveítis...). En la mayoría de los casos se deberá recurrir a pruebas diagnósticas adicionales:

- TAC o RNM: Pueden revelar detalles de un tumor óseo yuxtaarticular, osteomielitis, condromatosis sinovial, necrosis avascular, osteocondritis disecans, meniscopatías y cuerpos libres intraarticulares.
- Biopsia sinovial: Puede ser de valor diagnóstico en la sinovitis pigmentada vellonodular, sarcoidosis o tuberculosis.
- Cultivo de tejido sinovial: Útil en infecciones por M. tuberculosis, micobacterias atípicas, M. leprae, estafilococo y gonococo.
- Inspección directa de la sinovial: Mediante apertura quirúrgica o artroscopia. Podrán identificarse cuerpos extraños y defectos mecánicos.

A.3. ARTRITIS MONOARTICULARES NO DIAGNOSTICADAS

Se reserva la denominación de "sinovitis inflamatorias no específicas" para aquellos casos en los que no se consigue un diagnóstico preciso con los medios diagnósticos arriba mencionados. Dependiendo de cada caso podrá realizarse inmovilización articular, infiltraciones con esteroides, medidas de rehabilitación o sinovectomía. Se harán revisiones periódicas.

B. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE LAS POLIARTRITIS

Hay algunas enfermedades que se pueden presentar con poliartritis aguda, que van a requerir una actuación urgente. Son aquellos en los que la sospecha clínica es de origen infeccioso, o bien cuando hay una alteración visceral que haga suponer que la poliartritis es parte de un proceso grave (TABLA 6).

Tabla 6. Poliartritis agudas que requieren actuación urgente

A) Sospecha de infección
1. Artritis infecciosa

2. Endocarditis bacteriana
3. Fiebre reumática
4. Enfermedad de Lyme
5. Infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida
B) Con afectación visceral relevante
1. Poliartritis nodosa
2. Granulomatosis de Wegener
3. Vasculitis leucocitoclásticas
4. Otros tipos de vasculitis
5. Sarcoidosis
6. Procesos neoplásicos

Si en la anamnesis y en la exploración no hay datos que presuman alguno de estos procesos, la posibilidad de una artritis viral o del debut de una poliartritis crónica será elevada. El tratamiento será inicialmente sintomático. En algunos pacientes será útil la determinación de serología de parvovirus y hepatitis B.

Se considerará el espectro de causas señalado en la Tabla 2, especialmente cuando la poliartritis persiste más de 6 semanas. El estudio común de estos pacientes debe consistir en hematología elemental con VSG, bioquímica, uroanálisis elemental, determinación del factor reumatoide, anticuerpos anti-péptido citrulinado, anticuerpos antinucleares, proteinograma y serología de virus B y C, así como radiología de tórax, manos, pies y de las articulaciones afectadas. A este estudio se añadirán pruebas complementarias según sea la sospecha clínica en función de los datos clínicos encontrados (**Tablas 4 y 5**).