

REVISIÓN

Monoartritis en urgencias

EVA REVUELTA EVRARD

Servicio de Reumatología. Hospital General. Ciudad Real, España.

CORRESPONDENCIA:

Eva Revuelta Evrard
Servicio de Reumatología
Hospital General de
Ciudad Real
C/ Tomelloso, s/n
13005 Ciudad Real, España
E-mail: evaevrard@yahoo.es

La monoartritis es la inflamación de una articulación, que puede ser aguda o crónica. Su etiología es múltiple, siendo la artritis séptica el cuadro con mayor morbimortalidad. La monoartritis por microcristales es la más frecuente. Una historia clínica y una exploración física precisa resulta de gran ayuda para establecer el diagnóstico etiológico de la enfermedad. La radiología bilateral de las articulaciones resulta fundamental. Siempre que no esté contraindicado debería realizarse una artrocentesis para el diagnóstico etiológico de una monoartritis. [Emergencias 2011;23:218-225]

FECHA DE RECEPCIÓN:

10-3-2010

Palabras clave: Monoartritis. Urgencias. Artrocentesis. Etiología.

FECHA DE ACEPTACIÓN:

6-4-2010

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

Se define monoartritis a la inflamación de una única articulación, clasificación realizada según el número de articulaciones afectadas. Cuando existe afectación de más de una articulación, se trata de una oligoartritis, afecta hasta tres articulaciones, y poliartritis cuando afecta a más articulaciones⁵. Según el tiempo de evolución también se ha de diferenciar entre aguda, cuando ha transcurrido menos de seis semanas, o crónica, si ha transcurrido un periodo mayor. En estas articulaciones inflamadas se puede observar dolor, rubor, calor, tumefacción e impotencia funcional⁵, signos clásicos de la inflamación.

El proceso inflamatorio es debido a una serie de factores que afectan tanto a la membrana sinovial, con el consiguiente engrosamiento de la misma, al líquido sinovial con un aumento del mismo o derrame articular y a las estructuras que rodean a la articulación. Debido a esto, resulta importante una buena exploración física poder diferenciar una artritis de otros procesos que podrían hallarse periarticularmente y que podrían confundir un diagnóstico, como puede ser una tendinitis, bursitis, celulitis, paniculitis, etc.^{5,10}.

Un paciente que acude al servicio de urgencias con una articulación inflamada suele presentarse generalmente con dicha articulación tumefacta, con aumento de volumen en mayor o

menor medida, eritematosa en la mayoría de los casos y, generalmente aunque no siempre, aumento de temperatura local. Clínicamente refiere dolor de moderada a severa intensidad, con impotencia funcional por la limitación de la movilidad de la articulación. El dolor suele ser de características inflamatorias, es decir, no desaparece con el reposo, o de características mecánicas, según la etiología.

Puede afectar a cualquier articulación, y su localización es un factor determinante para el diagnóstico.

Diagnóstico

La historia clínica debe contemplar datos como la edad, sexo, profesión y hábitos tóxicos del paciente. Asimismo se debe investigar antecedentes personales –haciendo hincapié en episodios similares previos–, viajes a lugares exóticos, presencia de gastroenteritis o de infección urinaria previa, así como enfermedades de interés: hiperuricemia, psoriasis, artritis reactiva, etc. Se debe indagar, además, acerca de otros síntomas asociados a la artritis, tales como la fiebre –que nos orientaría a un proceso séptico–, caída de pelo, fotosensibilidad, lesiones cutáneas como psoriasis, úlceras o

síndrome de Raynaud, etc. También hay que reflejar en la historia el comienzo del cuadro, ya sea agudo o progresivo, factores desencadenantes, intensidad, localización y las características del dolor, y diferenciar bien el dolor de características inflamatorias del de características mecánicas².

En la exploración física⁹ del paciente se debe explorar todas y cada una de las articulaciones y buscar articulaciones dolorosas y tumefactas, así como realizar una exploración física general y buscar datos tales como lesiones cutáneas, heridas, presencia de tofos gotosos, lesiones bucales o genitales, alteraciones oculares, presencia de nódulos subcutáneos...

En la inspección, la articulación inflamada suele mostrarse con aumento de volumen y, en algunos casos, con eritema en su superficie cutánea (Figura 1).

A la palpación aparece generalmente aumento de temperatura respecto a la contralateral, tumefacción y, generalmente, la articulación es dolorosa al palparla^{1,10}.

Es de vital importancia determinar si existe derrame articular. En la rodilla resulta de gran utilidad la maniobra del peloteo, poner la mano sobre la articulación con los dedos pulgar e índice a ambos lados en el espacio infrarrotuliano (Figura 2). Con la otra mano se presiona levemente sobre la rótula. En caso de existir derrame articular, se aprecia el movimiento del líquido articular y el peloteo de la rótula^{1,10}.

Otra maniobra a realizar en la articulación afecta es la movilización, donde se debe comprobar el grado de limitación, tanto a la flexión como a la extensión. Asimismo, para diferenciar si se trata de una inflamación articular, periarticular o un dolor referido, hay que tener en cuenta que el dolor articular produce limitación de la movilización,



Figura 1. Monoartritis interfalángica proximal.



Figura 2. Maniobra del peloteo.

tanto en la activa como en la pasiva, mientras que si se trata de una afección periarticular sólo existe limitación a la movilización activa. El dolor referido no suele tener limitación⁵.

Pruebas complementarias

En toda inflamación articular se debe solicitar una analítica y una radiografía, y es imprescindible, en el caso de inflamación de articulaciones de las extremidades, la realización de proyecciones bilaterales que sirvan de comparación entre la articulación afectada y la sana⁵.

Las pruebas de laboratorio deben constar de un hemograma completo con recuento leucocitario, velocidad de sedimentación globular si es posible, y una bioquímica. Si no es posible solicitar velocidad de sedimentación globular, siempre puede servir de orientación el fibrinógeno como reactante de fase aguda. También es importante el sistemático de orina⁹.

La radiografía de la articulación nos mostrará un aumento de las partes blandas, apreciable si la comparamos con la articulación sana contralateral. Generalmente en fases iniciales este aumento de partes blandas suele ser el único hallazgo que aparece, aunque en casos de descompensación artrósica, gota o de condrocalcinosis (pseudogota) es posible encontrar algunos hallazgos orientativos. Asimismo pueden aparecer otros signos como erosiones periarticulares, osteoporosis localizada, tumoraciones óseas, etc.

En el caso de la artrosis, la articulación afectada aparece con los signos radiológicos típicos, como es el pinzamiento asimétrico del espacio articular, la esclerosis subcondral y la presencia de osteofitos. La gota puede asociarse a la presencia de tofos go-

tosos. En el caso de la condrocalcinosis suele existir calcificación del disco articular visible como una imagen lineal en rodilla, la calcificación del ligamento triangular del carpo o de la sínfisis del pubis.

En toda articulación inflamada se debe realizar una artrocentesis^{9,10}, tanto para alivio de la articulación como para su análisis. El líquido sinovial normal es claro, transparente, viscoso al tacto y suele estar caliente en toda articulación inflamada. En el caso de una artritis séptica el líquido aparece turbio, de color más amarillo o incluso blanquecino.

Una vez extraído el líquido, se deben analizar tres muestras recogidas en tubos con unas gotas de heparina. La más urgente para el diagnóstico y manejo es la bioquímica urgente donde aparte de recuento, glucosa, ADA, y proteínas, se solicita la presencia de cristales y Gram. La glucosa del líquido articular se compara con la glucemia, disminuyendo según se trate de un líquido inflamatorio o séptico, llegando a valores cercanos a cero en el caso de tuberculosis o artritis reumatoide. Las otras dos muestras son para cultivo y anatomía patológica. El análisis del líquido nos muestra diferentes características, según se trate de un líquido mecánico, inflamatorio o séptico (Tabla 1)³.

El líquido sinovial de características mecánicas orienta a patologías como artrosis, osteonecrosis, postraumatismo, distrofia simpático refleja, osteocondritis disecante, amiloidosis, sarcoidosis, osteoporosis localizada, sinovitis villonodular pigmentada o artritis infecciosa en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia humana (Figura 3).

El líquido inflamatorio orienta a depósito de microcristales, infecciosa, por cuerpo extraño, reactiva, espondilitis, artritis reumatoide, psoriásica, lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Behçet, reumatismo palindrómico, fiebre reumática o parásitos (Figura 4)^{2,3}.

Medidas generales

Ante una monoartritis, sea cual sea su causa, siempre se debe aconsejar reposo de la articulación mientras dure la fase aguda.



Figura 3. Líquido sinovial mecánico serohemático.

El tratamiento a realizar debe basarse en antiinflamatorios y analgésicos con protección gástrica, en algunas ocasiones puede utilizarse corticoterapia, aunque lo esencial es el tratamiento de la causa de la monoartritis, que veremos en cada apartado. Debemos ingresar al paciente cuando exista^{2,8}: afectación del estado general asociado a la monoartritis, líquido sinovial hemático con trastorno de la coagulación, tinción de Gram positiva, más de 50.000 leucos/mm³ sin presencia de cristales, líquido sinovial de características inflamatorias en presencia de fiebre y/o escalofríos, líquido sinovial de características inflamatorias en paciente con antecedentes de contacto sexual de riesgo o sospecha de infección gonocócica, y lesión ósea radiológica sugerente de tumor óseo u osteomielitis.

Causas de monoartritis

Como ya se ha comentado previamente, resulta de gran importancia establecer la etiología de un proceso inflamatorio articular, sobre todo en el caso de una artritis séptica debido a su gran morbilidad asociada. Si bien las causas son numerosas (Tabla 2), en este artículo se abordan las causas más frecuentes, entre la que destaca la monoartritis por microcristales⁵.

Tabla 1. Diferencias del líquido sinovial⁵

	Normal	Inflamatorio	Séptico	No inflamatorio
Aspecto	Transparente incoloro	Opaco, translúcido amarillo	Opaco amarillo	Transparente amarillo
Viscosidad	Alta	Baja	Variable	Alta
Leucocitos	< 200/mm	5.000 a 75.000 /mm	Mayor de 50.000/mm	200 a 2.000/mm
Glucosa	Normal	< 50% glucemia	< 50% glucemia	Normal
Polimorfonucleados (%)	< 25	> 50	> 75	< 25
Gérmenes (gram)	No	No	Frecuente	No



Figura 4. Líquido sinovial inflamatorio, artritis gotosa (cortía del banco de imágenes de la Sociedad Española de Reumatología –SER–).

Monoartritis por microcristales

Artritis gotosa

La artritis gotosa es la inflamación de una articulación secundaria a la precipitación del ácido úrico en la articulación con la presencia de cristales de urato monosódico.

Aparece sobre todo en varones mayores de 40 años (excepto en personas de edad avanzada donde la frecuencia es mayor en mujeres⁷). Tienen antecedentes de etilismo crónico, hiperuricemia, hipercolesterolemia y, diabetes mellitus. Su localización más frecuente suele ser en la primera articulación metatarsofalángica, más conocida como podagra (Figura 5), aunque puede afectar también a rodillas, tobillos, muñecas o tarso. Generalmente se presenta de forma monoarticular, aunque en episodios recidivantes puede aparecer poliarticular.

Los factores precipitantes de una crisis de artritis gotosa aguda son variados: cambios en la actividad

física –es frecuente el ataque durante periodos de ingreso hospitalario o encamamiento–, la transgresión dietética, cambios en los tratamientos como los diuréticos o alteraciones del propio tratamiento de la hiperuricemia, o de traumatismos locales.

El dolor progresivo aumenta en pocas horas y alcanza gran intensidad, de características mixtas o inflamatorias, asociado a febrícula. Frecuentemente de inicio rápido, y nocturno. La articulación aparece inflamada, con derrame articular y gran impotencia funcional, con eritema cutáneo en la superficie de la articulación. Al resolverse la inflamación suele aparecer descamación cutánea. Conforme van sucediéndose los episodios agudos en pacientes con mal control terapéutico, van apareciendo los tofos cutáneos en localizaciones como el pabellón auricular o periarticulares [se han descrito tofos gotosos sobre nódulos de Heberden (Figura 6)¹⁰], y llegan a producirse diversas deformaciones articulares en la gota crónica.

El diagnóstico se basa en una correcta historia clínica, donde se deben tener en cuenta los antecedentes personales, la instauración del cuadro y la localización del mismo. En la exploración física es importante buscar la presencia de tofos gotosos, tanto periarticulares como en el pabellón auditivo. Las pruebas de laboratorio deben comprender una analítica completa con hemograma con recuento leucocitario; bioquímica con especial importancia a la urea, creatinina y transaminasas, estas últimas posiblemente aumentadas en etilismo crónico y sistemático de orina.

La radiología no suele aportar demasiados datos, excepto en el caso de pacientes con ataques recidivantes de gota aguda con aparición de tofos gotosos, y en la gota crónica con las deformaciones articulares típicas de esta enfermedad.

La artrocentesis pone de manifiesto un líquido sinovial inflamatorio con presencia de cristales con birrefringencia verde en el microscopio de luz polarizada.

El objetivo del tratamiento en un ataque agudo de artritis gotosa es el de aliviar el dolor, reducir la

Tabla 2. Causas de monoartritis^{1,10}

Agudas	Crónicas	Otras
Artritis infecciosas: Bacterianas Espiroquetas (Lúes, enf. Lyme...) Virus micobacterias hongos. Artritis por microcristales: Gota (urato monosódico). Pseudogota (pirofosfato cálcico). Hidroxiapatita Oxalato cálcico. Lípidos. Enfermedades reumáticas inflamatorias: Espondiloartropatías (artritis reactiva, artritis psoriásica). Artritis reumatoide (rara). Behçet Lupus. Sarcoidosis	Artritis infecciosas: Micobacterias. Hongos. Brucelosis. Espiroquetas. Espondiloartropatías. Artritis reumatoide. Artritis crónica juvenil. Sarcoidosis. Vasculitis. Conectivopatías. Artritis por microcristales. Sinovitis por cuerpo extraño. Sinovitis por simpatía.	Causas frecuentes: Lesión de meniscos y ligamentos. Fracturas. Artrosis. Menos frecuentes: Osteonecrosis aséptica. Osteocondritis disecante. Condromatosis sinovial. Hemartros. Tumores benignos y malignos. Sinovitis villonodular. Metástasis. Distrofia simpático refleja. Artropatía neuropática.



Figura 5. Podagra (cortesía del banco de imágenes de la SER).

inflamación y prevenir posteriores ataques agudos. Para ello, se utilizan antiinflamatorios por vía oral a dosis máximas asociados a protección gástrica. Inicialmente se debe pautar tratamiento con Indometacina 25-50 mg cada 8 horas o diclofenaco 50 mg cada 8 horas, mejor tolerados que la clásica colchicina, que suele producir intolerancia gastrointestinal a las dosis utilizadas, por lo que se suele pautar 1 mg cada 8 horas. Excepcionalmente se pueden utilizar glucocorticoides para el tratamiento, con prednisona a dosis de 30 a 50 mg al día.

Para su manejo resulta de gran importancia el cuidado con los tratamientos pautados, ya que en el caso de un ataque agudo, el hecho de instaurar medicación con el allopurinol, provocaría un descenso brusco de ácido úrico al aumentar la excreción urinaria, que movilizaría los depósitos de ácido úrico, agravando la sintomatología del paciente. Tampoco se debe suprimir o cambiar la dosis del tratamiento previamente pautado, ya que también agravaría el cuadro. Es decir, en un ataque agudo de gota NUNCA se debe cambiar el tratamiento con allopurinol⁶.

Para su prevención, se debe aconsejar al paciente medidas higiénico-dietéticas, con una dieta baja en purinas, prohibición de alcohol, y una actividad física saludable.

Condrocálcinos

La condrocálcinos o pseudogota es una enfermedad por depósito de cristales de pirofosfato cálcico, con calcificación del cartílago hialino y fibroso. Suele aparecer en personas de edad avanzada, mayores de 50 años, y sobre todo en mujeres. El hiperparatiroidismo, la acromegalia y el hipotiroidismo son factores predisponentes. Existen una serie de factores precipitantes de un ata-



Figura 6. Tofo gotoso sobre nódulo de Heberden (cortesía del banco de imágenes de la SER).

que de inflamación aguda similares a los de la artritis gotosa: ingreso hospitalario, las enfermedades concomitantes y las situaciones estresantes. El comienzo del cuadro suele ser repentino en forma de ataque agudo, con dolor e inflamación articular de menor intensidad que en la artritis gotosa, autolimitada, principalmente en la rodilla (Figura 7). Puede asociarse a fiebre, sobre todo los primeros días del cuadro. El diagnóstico se basa sobre todo en las pruebas radiológicas, con la aparición de la calcificación del cartílago articular en la rodilla, del ligamento triangular del carpo o de la sínfisis del pubis, así como de los resultados de la artrocentesis, que muestra un líquido sinovial inflamatorio con cristales de pirofosfato cálcico. El tratamiento del ataque agudo de condrocálcinos es similar al de la gota. Es esencial el reposo de la articulación y evitar el calor local^{6,10}.

Artritis séptica

Es una patología importante que precisa de una actuación rápida y un diagnóstico precoz, que puede afectar a pacientes de cualquier edad y sexo y cuya incidencia aumenta con la edad y en determinadas situaciones predisponentes. Entre estas situaciones cabe destacar la presencia de determinadas enfermedades como la diabetes mellitus, las enfermedades malignas, la inmunodepresión, ya sea secundario a procesos patológicos o a fármacos como los corticoides o los inmunosupresores. Además, los pacientes sometidos a intervenciones, sobre todo a cirugía protésica articular, así como los ADVP, son más proclives a padecerla^{5,6}.

La artritis séptica bacteriana está producida por diferentes gérmenes, según la edad y determinados factores asociados a los pacientes.



Figura 7. Monoartritis de rodilla izquierda por pseudo gota en fase subaguda.

- Menores de tres meses: *S. aureus*, Enterobacterias, *Streptococo p.*
- 3 a 6 meses: *S. aureus*, *H. influenzae*, *Streptococo*, Enterobacterias.
- Adultos con promiscuidad sexual: gonococo.
- Adultos no promiscuos: *S. aureus*, *Streptococo A*, Enterobacterias.
- Artritis por inoculación directa (prótesis, punción, cirugía...): *S. epidermidis* (40%), *S. aureus* (20%), Enterobacterias, *Pseudomonas*.
- ADVP o enfermos VIH+: *S. aureus*.
- Prótesis articulares: *S. epidermidis*. Si largo plazo, *S. aureus*.

La articulación afectada aparece con una gran inflamación, eritema cutáneo en la superficie y gran aumento de temperatura, mucho más intenso que en otras monoartritis⁴. El paciente presenta un dolor de gran intensidad, de características inflamatorias que le impide movilizar la articulación con una impotencia funcional de aparición precoz y muy limitante. Se asocia a fiebre, adenopatías e incluso abscesos en partes blandas y a mal estado general, aunque la ausencia de fiebre no descarta la artritis séptica. Generalmente se afectan articulaciones grandes, aunque puede aparecer en cualquier localización del organismo, incluidas las sacroilíacas. Progresivamente puede aparecer atrofia muscular si la inmovilización es prolongada⁶.

En la artritis por gonococos la clínica varía relativamente, apareciendo fiebre, dolor de gran intensidad e inflamación al igual que el resto de artritis sépticas, pero con presencia de lesiones cutáneas en miembros, maculares vesiculosas, y tendinitis en carpos o tobillos.

La artritis brucelar⁶ suele afectar sobre todo a sacroilíacas y columna, asociándose a sudoración,

mialgias generalizadas, cefaleas, etc. Hay que sospecharla en pacientes que tengan contacto con el mundo animal.

En el diagnóstico en la exploración física del paciente se aprecian los signos referidos, así como una contractura antiálgica de los músculos próximos a la articulación. La articulación presenta gran limitación a la movilización, siendo éste uno de los únicos signos que aparecen en articulaciones profundas. Análíticamente hay que destacar la presencia de leucocitosis con desviación a la izquierda. Además, siempre que haya sospecha de artritis brucelar hay que solicitar Rosa de Bengala. Las alteraciones radiológicas aparecen a los 6-10 días del inicio del cuadro, y demuestran la existencia de daño en el cartílago articular con ensanchamiento del espacio articular y, progresivamente, osteoporosis yuxtaarticular, erosiones subcondrales, pinzamiento del espacio articular y esclerosis reactiva⁶. Pero quizás lo más importante para el diagnóstico es la realización de artrocentesis, donde se observa un líquido séptico que deberá enviarse a cultivo y a bioquímica urgente para conocer la tinción Gram.

Ante toda sospecha de artritis séptica con confirmación de la artrocentesis debe realizarse ingreso hospitalario⁶. Se debe dejar la articulación en reposo, evitándose la flexión mantenida. Una vez ingresado el paciente, debe realizarse artrocentesis y lavados articulares diarios⁷.

Es muy importante iniciar precozmente el tratamiento con antibióticos parenterales, sin esperar el resultado del cultivo del líquido sinovial para su instauración. Para ello, hay que tener en cuenta el posible germen causante y elegir así el antibiótico adecuado^{6,7}.

- Tinción Gram conocida:

- Cocos Gram +: cloxacilina 2 g cada 6 a 8 horas intravenoso. Como alternativa y en inmunocomprometidos, vancomicina.

- Cocos Gram -: ceftriaxona 2 g diarios intravenoso. En menores de 6 años, cefuroxima 30 a 100 mg/kg/día. En inmunocomprometidos añadir aminoglucósidos.

- Bacilos: ceftazidima 1 g cada 8 horas intravenoso.

- No tinción de Gram: Tratamiento antibiótico empírico con cloxacilina más cefalosporina de 3ª generación.

- Infección sobre prótesis articular: ciprofloxacino y vancomicina.

- Artritis brucelar: doxiciclina durante 45 días asociado a estreptomycinina durante las 2-3 primeras semanas.

Si en 48-72 horas el paciente no mejora, es conveniente el drenaje quirúrgico⁶.

Descompensación artrósica

Aparece en pacientes de edad avanzada con diagnóstico previo de artrosis. Puede aparecer descompensación con episodios de tumefacción articular, dolor e incluso derrame articular. Frecuentemente en los primeros estadios de la enfermedad aparece este cuadro, y es más frecuente en las interfalángicas proximales, distales y trapeciometa-carpianas, con dolor de poca intensidad. Existe una serie de factores desencadenantes como el encamamiento, ciertas enfermedades graves o cirugía, donde se produce la descompensación artrósica, siendo frecuente sobre todo en rodilla (Figura 8)¹. El diagnóstico se basa sobre todo en la radiología, con signos degenerativos en la articulación, así como un aumento de partes blandas según la intensidad de la inflamación. La artrocentesis muestra un líquido sinovial mecánico sin presencia de cristales. El tratamiento se basa en el reposo, las artrocentesis y los antiinflamatorios. En caso de artrosis muy severa sería conveniente la valoración quirúrgica una vez superado el cuadro agudo.

Lesión del ligamento del fibrocartilago

La patología de los meniscos, las lesiones ligamentarias intraarticulares y los cuerpos libres intraarticulares pueden ser causa de monoartritis. Generalmente, tras una lesión meniscal desencadenada por un movimiento anómalo o sobrecarga, suele aparecer un derrame articular asociado a dolor y, en ocasiones, provocar bloqueo articular⁶.

En la clínica, la articulación aparece dolorosa, inflamada con mínimo o inexistente aumento de temperatura. El inicio es agudo. El paciente se mantiene generalmente afebril, con episodios de bloqueo articular, siendo más llamativo en el caso de rodilla.

El diagnóstico del líquido sinovial es claro y con escasas células. La radiología no suele mostrar ninguna alteración. Generalmente, ante este cuadro, la prueba más específica es la resonancia magnética nuclear⁶.

El tratamiento es el reposo de la articulación y evitar la carga. Artrocentesis en el caso de derrame articular, con analgésicos y antiinflamatorios en espera de una valoración quirúrgica posterior al cuadro agudo.

Artritis reactiva

Consiste en la inflamación de una articulación, generalmente de carga (tobillos, rodillas...) tras 2-3 semanas de padecer una infección genitourinaria o gastrointestinal. Los gérmenes implicados son *Yersi-*



Figura 8. Monoartritis de rodilla por descompensación artrósica.

nia, *Shigella* y *Salmonella*. También se incluye en este apartado la artritis post-estreptocócica y la fiebre reumática, aunque en este último caso suele asociarse más bien a oligoartritis de carácter migratorio^{4,10}.

Aparece con mayor frecuencia en varones jóvenes.

Suele iniciarse insidiosamente, afectando a articulaciones de carga, sobre todo tobillos, aunque puede producir sacroileítis o espondilitis. Aparece asociado a fiebre, síntomas generales y manifestaciones extraarticulares como conjuntivitis, aftas bucales, queratodermia blenorragica en manos y pies, balanitis en el varón y uretritis. También suele producir entesitis, lumbalgia de características inflamatorias, tendinitis aquilea, fascitis plantar, dolores torácicos y dactilitis^{1,10}.

El análisis de sangre refleja leucocitosis con aumento de reactantes de fase aguda, alteraciones inespecíficas del proteinograma y, en fases crónicas, anemia de trastornos crónicos.

En la radiografía, inicialmente, no suelen aparecer alteraciones más allá del aumento de partes blandas, aunque, conforme el cuadro avanza, se desarrolla osteoporosis, sacroileítis bilateral, periostitis de aspecto irregular, sobre todo en las extremidades inferiores y, progresivamente, espondilitis con sindesmofitos discontinuos¹⁰.

En fases agudas se emplean antiinflamatorios, siendo los más eficaces la fenilbutazona y la indometacina. Se debe recomendar reposo local con fisioterapia posterior. Se debe remitir al especialista para que instaure un tratamiento inmunosupresor adecuado.

Hemartros

Su etiología es generalmente postraumática, asociada a fracturas óseas y lesiones musculares o tendinosas. En otras ocasiones se asocia a trastor-



Figura 9. Monoartritis de interfalángica distal en artritis psoriásica (cortesía del banco de imágenes de la SER).

nos de la coagulación, tratamientos anticoagulantes, procesos mieloproliferativos, prótesis articular y, en pocas ocasiones, a sinovitis villonodular pigmentada. Se puede observar edema periarticular, equimosis y eritema. La clínica presenta dolor e inflamación de la rodilla, que suele ser intensa si el hemartrosis es a tensión. La articulación afectada suele permanecer en postura antiálgica, con movilidad dolorosa y limitada⁶. El diagnóstico esencial se consigue mediante la artrocentesis, que objetiva un líquido sinovial abundante en hematíes, cuyo color puede oscilar entre el rojo sanguinolento oscuro al agua de lavar carne, dependiendo de la intensidad del hemartrosis. Debido a que una de las causas del hemartrosis es la fractura

ósea, se deben realizar radiografías de la articulación para descartar dicha causa.

El tratamiento se basa en el reposo, la extracción y evacuación del líquido para aliviar el dolor, y la analgesia. Existe controversia acerca de la realización de artrocentesis en hemartrosis de poca cuantía^{6,10}. En caso de tratamiento anticoagulante, se aconseja disminuir la dosis del mismo e incluso suspenderlo. En caso de coagulopatía, al tratar la enfermedad de base el paciente mejora clínicamente.

Otras monoartritis

Algunas enfermedades autoinmunes con afectación oligoarticular o poliarticular pueden debutar como monoartritis, como puede ser el caso de la espondilitis anquilosante, la artritis psoriásica (Figura 9), las espondiloartropatías asociadas a enfermedades inflamatorias intestinales (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn), la artritis crónica juvenil o el síndrome de SAPHO, que se asocia al acné.

Bibliografía

- 1 Paulino Tevar J. Reumatología en Atención Primaria 2006. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2006.
- 2 Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación. Madrid: Elsevier; 2004.
- 3 Blanco García FJ, Carreira Delgado P, Martín Mola E, Mulero Mendoza J, Navarro Sarabia F, Olivé Marqués A, Tornero Molina J. Manual SER de las enfermedades Reumáticas 2004. Madrid: SER; 2004.
- 4 Redondo de Pedro S, Zubieta Tabernerero J. Monoartritis aguda. Guía MIR de Toledo. (Consultado 28 Febrero 2010). Disponible en: www.cht.es/docenciamir/Manual/Cap85.pdf.
- 5 Prieto F, Zamora A. Mono y Poliartrosis. Guías Clínicas. (Consultado 28 Febrero 2010). Disponible en: www.fisterra.com
- 6 De Haro Liger M, Fernández Nebro A, Rivero Guerrero JA. Artritis no traumáticas. Manual de Urgencias y Emergencias 2002. Madrid: Elsevier España; 2002.
- 7 Bartolomé Blanco S, Rodríguez Solís J, Bassy Iza N, Hornillos Calvo M. Artritis inflamatorias. Tratado de Geriatría para residentes. 68:697-704.
- 8 Andreu Sánchez JL. Criterios de ingreso hospitalario en patología del aparato locomotor urgente no traumatológica. Protocolos clínicos: Enfermedades del sistema inmune. Medicine. 2001;8:1758-60.
- 9 Galíndez Aguirregoikoa E, García Vivar ML, García Llorente JF, Aramburu Albizuri JM. Protocolo diagnóstico de monoartritis aguda. Medicine. 2009;10:2242-5.
- 10 Manual SER de las Enfermedades Reumáticas 2008. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2008.

Monoarthritis in the emergency department

Revuelta Evrard E

Monoarthritis, defined as the inflammation of a joint, may be either acute or chronic and arise from a variety of causes. Septic arthritis is responsible for the highest rates of morbidity and mortality. The most common cause is the presence of microcrystals. A clinical history and careful physical examination are of great help in establishing the cause. Bilateral radiographs of the joints are essential. Unless contraindicated, arthrocentesis should be undertaken to establish the etiologic diagnosis. [Emergencias 2011;23:218-225]

Key words: Monoarthritis. Emergency health services. Arthrocentesis. Etiology.