

Diagnóstico Diferencial Monoartritis y Poliartritis

Dra. María Eugenia Martínez

Monoartritis:

Cualquier desorden articular es capaz de presentarse inicialmente como monoartritis, con raras excepciones. El enfrentamiento de un paciente con monoartritis requiere siempre de una evaluación vigorosa en el sentido de confirmar o descartar con prontitud el diagnóstico de una artritis séptica debido a que el pronóstico de esta patología depende en forma principal de la institución precoz del tratamiento. La Tabla 1 señala las principales causas de monoartritis.

Tabla 1. Causas de Monoartritis	
Causas frecuentes de monoartritis	Otras causas menos frecuentes de monoartritis
Artritis Infecciosas Bacterianas Gonocócicas Brucella Tuberculosas	Lesiones de estructuras intraarticulares (rodillas y hombros: meniscos, ligamentos, cuerpos libres)
Por depósito de cristales Urato de sodio (Gota) Pirofosfato de calcio (Cidrocalcinosis) Hidroxiapatitas	Osteocondritis disecante
Trauma o sobreuso	Hemartrosis Coagulopatía (Hemofilia) Tratamiento anticoagulante
Fractura de stress Cuerpo libre intrarticular Necrosis ósea avascular	Artritis Reumatoidea Juvenil (ARJ) Pauciarticular Neuropatía o enfermedad de Charcot Distrofia simpático refleja Reumatismo palindrómico Enfermedad de Paget con compromiso Articular Tumores óseos Osteocondromatosis sinovial

Causas poco frecuentes:	Enfermedades frecuentes que ocasionalmente se presentan como monoartritis:
Sinovitis pigmentada villonodular	Artritis Reumatoidea
Osteoartropatía hipertrófica	Artrosis
Amiloidosis	Artritis reactivas
Fiebre mediterránea familiar	Artritis psoriática
Enfermedad de Behcet	Artritis virales
Mycobacterias atípicas.	Lupus Eritematoso Generalizado
Borrelia (enfermedad de Lyme)	Artritis Reumatoidea Juvenil
Hongos	
Bursitis	Tendinitis
Subacromial	Bicipital
Olecraneana	Manguito de los rotadores
Trocantérica	Quervain
Anserina	Aquiliana
Prepatelar	Plantar
Retrocalcánea	
Epicondilitis	
Tenosinovitis gonocócica	
Quiste de Baker	

La presencia de dolor y/o aumento de volumen de una articulación puede ser secundaria a desórdenes de la articulación misma, *monoartritis*, así como también de las estructuras adyacentes a la articulación, síndromes periarticulares. La artritis se manifiesta como dolor articular, rigidez y disminución del rango de movilidad articular. Al examen hay dolor a la movilización de la articulación, disminución del rango de movilización articular y aumento de volumen articular. Puede además haber aumento de temperatura local y derrame articular. En los síndromes periarticulares (Tabla 2) hay dolor y/o signos inflamatorios localizados en un área alrededor de la articulación, y el dolor se exagera con la movilización activa que compromete específicamente la estructura periarticular comprometida. El rango de movilidad articular no se afecta en éstos casos.

Las monoartritis pueden ser agudas o crónicas, de origen *inflamatorio o mecánicas*. En ocasiones además una anamnesis y examen físico cuidadoso revelan compromiso de otras articulaciones previamente o en forma concomitante al episodio supuestamente monoarticular.

En las **monoartritis agudas** el inicio de los síntomas ocurre en horas y hasta 2 días, particularmente en las artritis bacterianas y en aquellas inducidas por cristales. El inicio extremadamente rápido del dolor en segundos o minutos sugiere trauma, fractura o la presencia de un cuerpo libre intraarticular. Las monoartritis crónicas pueden ser secundarias a infecciones por gérmenes menos habituales como TBC u hongos, a artritis inflamatorias o a causas estructurales. En las monoartritis crónicas es importante diferenciar exacerbaciones de una enfermedad preexistente (por ej.: empeoramiento de osteoartrosis por uso excesivo) de un proceso agudo sobregregado (infección).

En las monoartritis de origen mecánico, el dolor articular ocurre sólo después del uso de esa articulación, cede con el reposo y no se asocia con síntomas sistémicos. En las de tipo inflamatorio suele haber rigidez de la articulación en las mañanas (rigidez matinal) o después de un período de inactividad (gelling), y esta rigidez mejora con el movimiento. El dolor ocurre tanto en reposo como con el uso de la articulación, y a menudo hay síntomas sistémicos como fiebre o malestar general. El recuento de leucocitos en el líquido articular es fundamental en la diferenciación de origen inflamatoria vs mecánico del proceso (Tabla 3).

Tabla 3.
Características del líquido sinovial.

	Normal	Grupo I No inflamatorio	Grupo II Inflamatorio	Grupo III Infeccioso
Volumen en ml	< 4	> 4	> 4	> 4
Color	Claro	Xantocrómico	Xantocrómico a blanco	Blanco
Claridad	Transparente	Transparente	Translúcido a opaco	Opaco
Leucocitos/mm³	< 150	< 3.000	De 3.000 a 50.000	De 50.000 a 300.000
PMN (%)	< 25	< 25	> 70	> 90

Grupo IV HEMORRÁGICO Líquido articular hemorrágico

Estos datos han sido obtenidos en derrame articular en rodillas.

En la Figura 1 se presenta el acercamiento diagnóstico del síndrome monoarticular. Una vez descartados el dolor referido y los síndromes periarticulares, debe realizarse una artrocentesis que permite diferenciar el origen inflamatorio o no inflamatorio de la monoartritis.

En todas las monoartritis inflamatorias es necesario confirmar o descartar infección, para lo cual se realizará Gram, cultivo corriente y Koch del LS, así como también analizar la presencia de cristales en LS. Hemograma con VHS, proteína C reactiva y hemocultivos son importantes en las monoartritis infecciosas. El perfil bioquímico puede ayudar en el diagnóstico de las monoartritis por cristales. Otros exámenes de laboratorio, tales como cintigrama óseo, TAC, o RNM pueden ser de interés en monoartritis cuya localización no permite una punción articular (articulaciones sacroiliacas, caderas, esternoclavicular, columna vertebral), o en aquellas de origen mecánico (trauma, NOA, alteraciones estructurales, osteocondritis disecante, etc.).

Líquido sinovial

En el análisis del líquido sinovial son importantes

- El volumen, el color y la claridad
- El aspecto que puede ser claro, turbio, purulento o hemorrágico.
- El recuento de leucocitos por mm³.
- La presencia predominante de polimorfos nucleares o mononucleares.
- La presencia de cristales de urato de sodio, pirofosfatos de calcio, colesterol y otros.
- Y el gram y cultivo.

Las enfermedades articulares se manifiestan con derrame articular, éste puede ser no inflamatorio, inflamatorio, infeccioso o hemorrágico. Ejemplos de enfermedades en las que se encuentra líquido sinovial que corresponde a uno de estos tres tipos se señalan en la tabla siguiente.

No inflamatorio (Grupo I)	Inflamatorio (Grupo II)	Infeccioso (Grupo III)	Hemorrágico (Grupo IV)
Artrosis	Artritis	Infecciones	Trauma
Trauma	Reumatoidea	bacterianas	Discracias
Necrosis ósea avascular	Artritis	***	sanguineas
Osteocondritis disecante	Reactiva	tuberculosis	(hemofilias)
Osteocondromatosis	** Sinovitis por	"Pseudoséptico"	Tumores
Sinovitis por cristales en resolución (gota o pseudogota)	cristales aguda: gota, pseudogota, otros	por cristales de colesterol y otras causas.	(Hemangiomas, sinovitis villonodular)
* Lupus eritematoso	Artritis		Neurorotropatías
* Poliarteritis nodosa	psoriática		de Charcot (DM y sífilis).
Esclerodermia	Artritis de		Hombro de
Amiloidosis	enfermedad		Milwaukee
Polimialgia reumática	Inflamatoria intestinal Artritis viral Fiebre Reumática Enfermedad de Behçet Algunas infecciones bacterianas: neisserias, estafilococo epidermidis		

* También pueden ser inflamatorios
 ** Ocasionalmente los recuentos son mayores a 50.000 células por mm³
 *** A veces la TBC tiene derrame articular con menos de 50.000 células por mm³

Poliartritis

Muchas enfermedades se presentan como oligo o como poliartritis. El compromiso de 2 a 4

articulaciones — es llamado oligoartritis o artritis pauciarticulares y el de más de 4 articulaciones poliartritis.

En la tabla 5 se presentan las principales causas de poliartritis, divididas de acuerdo con el origen inflamatorias o no-inflamatorias de éstas.

Tabla 5. Causas de Poliartritis inflamatorias según número de articulaciones y compromiso axial o periférico y de Poliartritis no inflamatorias		
Inflamatorias		
Periféricas Poliarticulares:	Periféricas pauciarticulares:	Periféricas con compromiso axial:
Artritis Reumatoídea LEG Artritis virales Artritis Psoriática (<i>ocasionalmente</i>)	EBSA Artritis psoriática S. de Reiter Artritis Por Neisseria Artritis bacterianas* Enfermedad reumática Artritis por cristales Artritis enteropáticas	Espondiloartritis anquilosante S. de Reiter Artritis enteropáticas (<i>Enfermedad inflamatoria intestinal</i>) Artritis Psoriática
No inflamatorias		
Artrosis primarias Artrosis secundarias		
<i>*19% de las artritis bacterianas pueden ser poliarticulares principalmente pacientes DM, IRC o inmunocomprometidos.</i>		

La historia clínica es la herramienta fundamental en el diagnóstico diferencial de las poliartritis. En especial deben considerarse los siguientes items:

1. **Forma de comienzo y tipo de evolución:** Las poliartritis pueden clasificarse en agudas o crónicas según el tiempo de evolución al diagnóstico sea menor o mayor a 6 semanas (tabla 6). Las poliartritis crónicas pueden tener un curso progresivo o intermitente con períodos de remisión parcial o total. Ejemplos de esto último lo constituyen las artropatías por cristales, el reumatismo palindrómico, la enfermedad de Lyme y algunas condiciones mecánicas como cuerpos libres intraarticulares, laxitud ligamentosa o ruptura de ligamentos. Además el patrón de compromiso articular puede ser adictivo o migratorio. Poliartritis migratorias son características de la enfermedad reumática, de las infecciones diseminadas por Neisseria, enfermedad de Lyme y artritis virales.
2. **Síntomas y signos articulares:** Rigidez articular matinal prolongada en AR o de pocos minutos después del período de inactividad en artrosis, crujido articular característico de la artrosis, bloqueos articulares en las de origen mecánico, eritema, aumento de la temperatura local y derrame en las de origen inflamatorio y/o infeccioso.

3. **Síntomas de compromiso axial:** La presencia de lumbago de tipo inflamatorio, dolor glúteo uni o bilateral, rigidez al examen de columna agregado al compromiso periférico generalmente oligoarticular sugieren el diagnóstico de pelviespondiloartropatías (Tabla 5)
4. **Síntomas sistémicos:** Fiebre, sudoración nocturna, baja de peso, fatigabilidad son frecuentes en las poliartritis de origen infeccioso, en aquellas inflamatorias secundarias a enfermedades del tejido conectivo como AR, LES, vasculitis primaria o en aquellas asociadas a neoplasias.
5. **Revisión sistemática de síntomas y signos de enfermedades del tejido conectivo:** alopecia, fenómeno de Raynaud, síndrome sicca, úlceras orales, fotosensibilidad, eritema facial, pleuropericarditis, compromiso renal, polineuropatía o compromiso del SNC.
6. **Compromiso cutáneo**

Artritis y Dermatitis.

- LEG: Fotosensibilidad, mariposa lúpica, úlceras orales, lupus discoide
 - Artritis virales: rash de corta evolución en Rubéola, Hepatitis B, Parvovirus B19
 - Artritis reactiva: úlceras orales, keratoderma blenorrágico, balanitis
 - Psoriasis
 - Fiebre reumática: Eritema marginado
 - Infecciones por Neisseria gonorrhoeae o meningitidis: pápulas o pústulas en tronco o extremidades.
 - Endocarditis bacteriana: hemorragias subungueales, nódulos de Osler y lesiones de Janeway
 - Enfermedad de Lyme: Eritema migrans
 - Dermatomiositis: Rash heliotropo en párpados y mejillas
 - Enfermedad de Still: Rash evanescente asociado a fiebre.
 - Enfermedad del suero: rash urticarial (investigar drogas y hepatitis B o C)
 - Esclerodermia: esclerodactilia, edema de manos, engrosamiento y rigidez de la piel asociado a Raynaud. Morfeas.
7. **Compromiso ocular:** queratoconjuntivitis sicca y escleritis se asocian a Síndrome de Sjögren, AR, LES, vasculitis. Uveitis en las pelviespondiloartropatías y en Artritis Reumatoidea Juvenil. Síntomas genitourinarios: uretritis en artritis reactivas, infección por clamideas y artritis gonocócicas.
 8. **Diarreas:** Artritis reactivas y secundarias a enfermedades inflamatorias intestinales.
 9. **Compromiso Vascular:** Claudicación, soplos arteriales, disminución de pulsos periféricos asociados a artritis sugieren la presencia de vasculitis.
 10. **Antecedentes familiares:** LEG, AR, artrosis, psoriasis, lumbago, gota y pseudogota (chilote).
 11. **Otros:** nódulos reumatoídeos en AR, tofos en Gota, nódulos de Heberden y Bouchard en artrosis, entesitis en pelviespondiloartropatías.

**Tabla 6.
Causas más frecuentes de Poliartritis Agudas y Crónicas**

Poliartritis Agudas		Poliartritis Crónicas
Infeciosas	No-infeciosas	
Artritis virales	Artritis Reumatoídea (al inicio)	Artritis Reumatoídea
Artritis por <i>Neisseria</i>	ARJ	ARJ
Artritis bacterianas poliarticulares	LEG	LEG
Relacionadas a virus VIH	Otras enf. del tejido conectivo	Otras enf. del tejido conectivo
Enfermedad Reumática	Enf del suero	Espondiloartropatías
Enfermedad de Lyme	A. por cristales (Pauci o Poli) Espondiloartropatías	Artritis por cristales (formas pseudoreumatoídea)
	Púrpura de Henoch-Schönlein	Gota poliarticular
	Leucemias	Osteoartropatía hipertrófica
		Sarcoidosis

Laboratorio:

Una vez obtenida una buena historia clínica se realizarán exámenes generales (hemograma, VHS, Proteína C reactiva) que pueden orientar a una condición inflamatoria o no inflamatoria. Se solicitarán exámenes específicos de acuerdo con la orientación diagnóstica del caso.

Al igual que en las monoartritis, en los síndromes poliarticulares el examen del líquido articular es de gran utilidad en la diferenciación del origen no-inflamatorio, inflamatorio o infeccioso del cuadro. El análisis del líquido sinovial debe incluir el aspecto, recuento de leucocitos total y diferencial, examen de cristales y cultivos.

Referencia

McCarty DJ. Synovial Fluid. Textbook of Rheumatology. Koopman. 1997