

# Monoartritis



Alba Oliveras Puig  
29/07/2016 Santa Eugènia de Berga

# DEFINICIÓ

- **Artritis:** *arthros* (articulació) + *-itis* (inflamació). Presència de signes flogòtics a l'articulació (rubor, calor, dolor, tumefacció i impotència funcional)
- **Monoartritis:** afecta a una articulació
- **Oligoartritis:** afecta entre 2-3 articulacions
- **Poliartritis:** afecta 4 o més articulacions



# CAS CLÍNIC: RAMON

- Home de 67 anys
- Dolor intens al genoll esquerre que ha començat de forma sobtada aquesta nit i l'ha despertat
- Antecedents patològics: Hipertensió arterial, Obesitat
- Tractament habitual: Enalapril/HCTZ 20/12,5 cada 24h, Adiro 100mg/24h.

¿QUÈ TÉ EN RAMON?

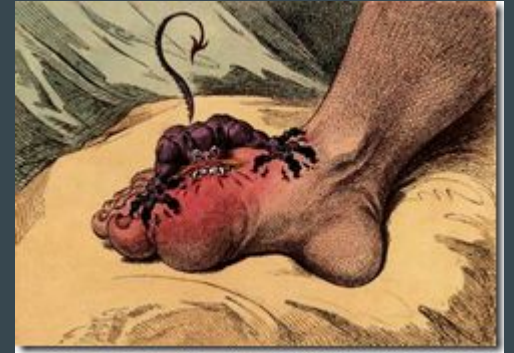
# CAS CLÍNIC: RAMON

## UNA MONOARTRITIS

QUINES SÓN LES POSSIBLES ETIOLOGIES?

# ETIOLOGIA: CAUSES MÉS FREQUËNTS DE MONOARTRITIS

- Malalties per dipòsit de cristalls (12-27%)
  - Gota
  - Condrocalsinosi
  - Dipòsit d'Hidroxiapatita
- Artritis sèptiques o infeccioses (8-27%)
  - Bacterianes
  - Gonocòcciques
  - Tuberculosa
- Osteoartritis (5-17%)
- Traumatismes o sobreús
- Necrosi òssia avascular (2%)



QUÈ LI PREGUNTEM PER ANAR ORIENTANT EL DIAGNÒSTIC?

# ANAMNESI

- **Antecedents personals i familiars:** hiperuricèmia, psoriasi, Colitis Ulcerosa, Malaltia de Crohn, Espondilitis Anquilosant...
- **Factors de risc:**
  - Inmunosupressió
  - ADVP
  - Pròtesi articular
  - Coductes sexuals de risc
- **Factors desencadenants:** traumatismes, infeccions, excessos dietètics o d'alcohol
- **Cronologia i característiques del dolor:** localització, inici agut/progressiu, mecànic/inflamatòri, rigidesa associada o no, primer brot o altres previs
- **Síntomes extraarticulars:** febre, síndrome constitucional, lesions cutànies, afectació digestiva, afectació ocular, afectació urogenital
- **Tractaments previs:** resposta i efectes adversos



# CAS CLÍNIC: RAMON

- EXPLORACIÓ FÍSICA
  - Edema
  - Eritema
  - Calor
  - Impossibilitat per flexionar la cama més de 40°
  - Camina coix pel dolor



Mirarieu alguna cosa més?

# EXPLORACIÓ FÍSICA

- Valorar temperatura axilar: artritis sèptica i algunes per microcristalls
- Possible porta d'entrada per artritis sèptica
- Adenopaties
- Ulls (Uveïtis, Epiescleritis (AR), Xeroftalmia (Sjögren))
- Orofaringe (Behçet)
- Lesions cutànies (Psoriasi, LES)
- Tofos (gota)
- Dits (Raynaud, Esclerodactilia, Dactilitis)
- Genitals (Behçet, Reiter)



COM CONTINUEM? EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES?

# EXPLORACIONES COMPLEMENTÀRIES

## 1. ARTROCENTESI

Tabla 3

### Características del líquido articular

Característica	Normal	No inflamatorio	Inflamatorio	Séptico
Viscosidad	Alta	Alta	Baja	Variable
Claridad	Transparente	Transparente	Translúcido	Opaco
Leucocitos	< 200	200-2.000	2.000-50.000	50.000 a 150.000
% PMN	< 25	< 25	50	> 75
Tinción de Gram y cultivo	-	-	-	+

# CAS CLÍNIC: RAMON

- ARTROCENTESI:
  - Viscositat baixa
  - Leucòcits 45.000
  - Polimorfonuclears 50%
  - Tinció de gram i cultiu negatius
- Quin tipus de líquid és?
- INFLAMATORI
- ANÀLISI DE CRISTALLS: Cristalls d'Urat monosòdic



GOTA

# ARTROCENTESI: CRISTALLS

- URAT MONOSÒDIC -> GOTA
- PIROFOSFAT CÀLCIC DIHIDRATAT -> CONDRICALCINOSI
- HIDROXIAPATITA -> ARTRITIS PER HIDROXIAPATITA



# EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES

## 2. ANALÍTICA GENERAL

- HEMOGRAMA (absència de leucocitosi NO descarta A. sèptica)
- FUNCIO RENAL
- FUNCIO HEPÀTICA
- AC. ÚRIC (pot estar normal en els brots de Gota)
- PCR i VSG (útils per seguiment)
- Factor Reumatoide, HLA-B27, ANA -> quan sospitem poliartritis



# EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES

## 3. RADIOLOGIA

- Normal en fases inicials
- Articulació afectada i contralateral
- Artrosi
- Condrocalcinosi (calcificació menisc)
- Osteonecrosi
- Erosions en “sacabocados” (Gota)
- RMN: artritis sèptica. Osteomielitis.



# TRACTAMENT GENERAL

- Repòs articular (posició anatòmica, fases inicials)
- Exercici progressiu
- Fred local a la fase aguda
- AINEs
  - Eficàcia similar entre ells
  - Menys risc CV i digestiu
  - Naproxè 500mg cada 12h. Ibuprofè cada 8-12h
- Corticoides com a alternativa a AINEs si IRC
- Infiltracions locals amb Triamcinolona
- Tractament de l'artritis sèptica és sempre hospitalari



# CRITERIS DE DERIVACIÓ

- Sospita d'artritis sèptica o afectació de l'estat general (urgències)
- Gran vessament articular (Drenatge)
- Sospita de tumor òssi (CDR)
- Poliartritis (en un plaç de 3 setmanes)
- Gota refractària al tractament
- Dubtes diagnòstics



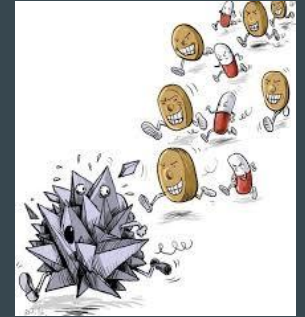
# PUNTS CLAU: GOTA

- Prevalença 1%. En augment
- Homes de mitjana edat (65a) (Estrògens uricosúrics)
- Comorbilitat: DM, HTA, **Obesitat**, malaltia CV, IRC (síndrome metabòlica)
- Dieta: rica en purins, carn, peix.
- **Consum d'alcohol** (>10g/dia). La cervesa pitjor, el vi millor
- Fàrmacs: Diürètics i dosis baixes AAS (poc efecte hiperuricemiant)
- Extremitats inferiors
  - 50% Podagra (afectació primera metatarsofalàngica)
  - També turmell, genoll, metatars, canell, dits i colze
- Inici sobtat, nocturn (60%), gran intensitat, febreta ocasional
- Forma recurrent: 62% recidives el primer any



# PUNTS CLAU: GOTA

- Diagnòstic: cristats d'urat monosòdic en líquid articular inflamatori (95% casos)
- Hiperuricèmia (10% no en tenen). Ac. úric >7.
- No tots els pacients amb hiperuricèmia fan gota (1 de cada 5)
- Tractament:
  - AINEs a dosis plenes 1-2 setmanes
  - Colchicina: 1mg/ 8h 2 dies, 1mg/ 12h 2 dies, 1mg /24h 2 dies (Diarrea!!)
  - Corticoides en cas IRC i contraindicació AINEs
- Hipouricèmians: Si 2 o més atacs any, trofos, alteracions radiològiques. Esperar 1-2 setmanes abans iniciar.
  - Alopurinol 50-100mg. Màxim 900mg/dia. Ancians i IRC mai >300mg/dia.
  - Colchicina 0,5mg/dia durant 3-6 primers mesos
- Objectiu de control: no atacs i ac. úric >6mg/dl.
- Febuxostat: 2<sup>a</sup> elecció. IRC greu, incapacitat hidratar-se, fallo alopurinol..

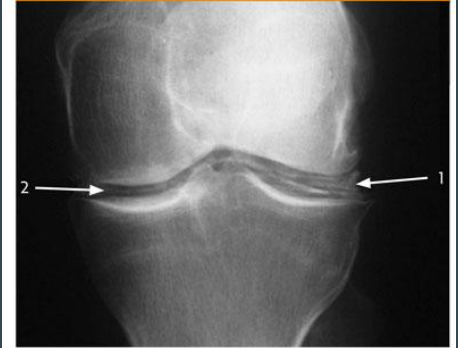


# PUNTS CLAU: CONDROCALCINOSI

- Més en dones
- Rara per sota de 50 anys
- Clínicament similar a la gota
- Localització: genoll, espatlles, cadera, canell i colze
- Diagnòstic: cristalls pirofosfat calcic dihidratat.
- RX: imatge típica de calcificació de cartílags fibrosos i hialins
- En pacients joves descartar: hipomagnessèmia, hipofosfatèmia, hiperparatiroidisme i hemocromatosi
- Tractament: Simptomàtic

FIGURA 4

Proyección anteroposterior de la rodilla



Calcificación en cuña del menisco (1) y calcificación curvilínea siguiendo en paralelo al cóndilo femoral (2). El espacio articular está preservado. Obsérvese la distribución formando radiodensidades punteadas o lineales.  
© Fondo de Imagen de la Sociedad Española de Reumatología. Dr. Manuel A. Aragonés.

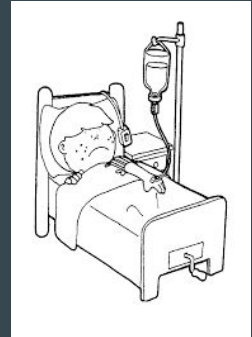
# PUNTS CLAU: ARTRITIS SÈPTICA

- Primera patologia a descartar davant monoartritis
- Pensar-hi en nens entre 2-6 anys
- Articulacions grans (genoll-cadera)
- 80% disseminació hematògena
- 20% dels pacients NO té febre
- Factors de risc:
  - Immunodepressió
  - Traumatisme previ
  - Pròtesi articular
  - Tractament amb corticoides (1:10000 infiltracions)
  - Consum drogues per via parenteral
  - IRC
  - Edat avançada



# PUNTS CLAU: ARTRITIS SÈPTICA

- Etiologia:
  - < 3 mesos *S. Aureus*
  - 3 mesos-6 anys *S. Aureus*, *S. pneumoniae*, *H. Influenza*
  - Adults sense contactes sexuals de risc *S.aureus*, *S.pneumoniae*, *Pseudomona*
  - Adults amb contacte sexual de risc: *Gonococ*
  - Inoculació directa i pròtesi: *S.epidermidis* i *S.aureus*
- Líquid sinovial: tèrbol, >75PMN, >50.000leucos, Gram + en 60-80% casos
- Tractament SEMPRE hospitalari. Antibiòtic endovenos!
- Seguiment posterior per valorar seqüeles

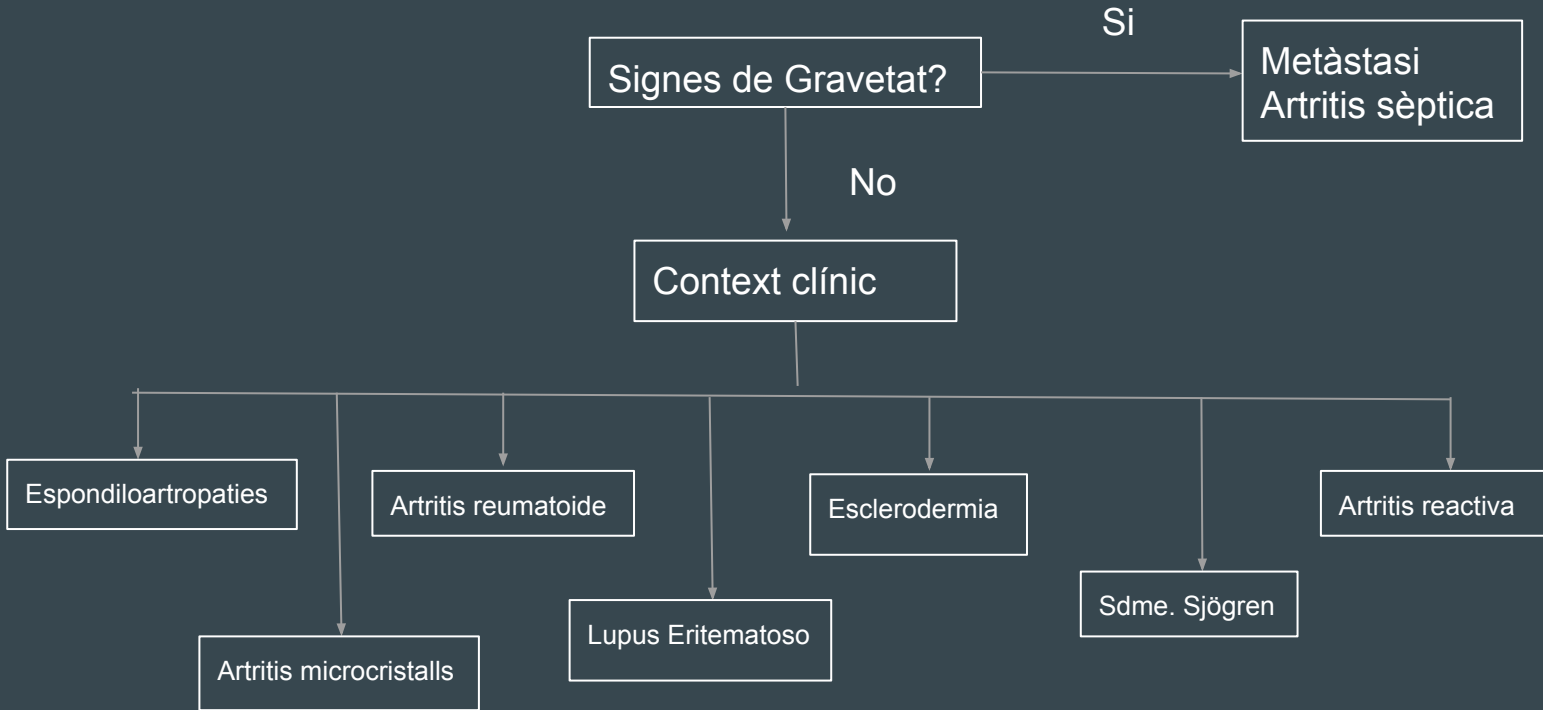


# PUNTS CLAU GENERALS



- Monoartritis més freqüents al nostre àmbit: microcristalls i sèptica
- Davant un primer episodi de monoartritis-> artrocentesi sempre que es pugui
- Davant la mínima sospita d'artritis sèptica -> derivar a urgències
- Tractament general:
  - Fred local
  - Immobilització
  - AINEs com a primera opció
- Corticoides orals o intraarticulars reservats quan AINEs no indicats o no resposta
- Colchicina = eficàcia que AINEs i més efectes adversos. Només en cas de contraindicació d'AINEs

# TO BE CONTINUED.....POLIARTRITIS



**MOLTES GRÀCIES PER L'ATENCIÓ**

