

The background features several light blue watercolor-style shapes: two large overlapping circles in the top left, a large irregular shape in the bottom right, and a series of curved lines on the right side. In the bottom left corner, there is a cluster of small blue dots of varying sizes.

Abordaje general de la artritis

Àngela Collado Miralles R3 MFYC CS RAFALAFENA
Tutora Maria José Monedero Mira



ÍNDICE

01

**¿Qué entendemos
por artritis?**

02

Clasificación

Según número,
evolución

03

Enfoque inicial

Anamnesis, exploración
física, pruebas
complementarias

04

**Patologías más
frecuentes**

05

Conclusiones

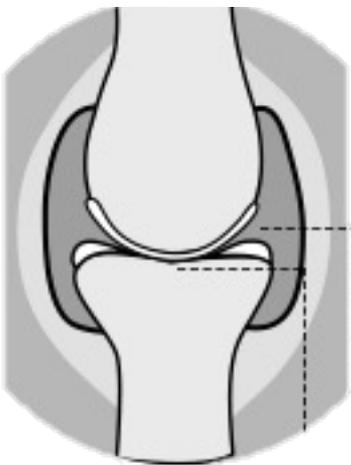




01

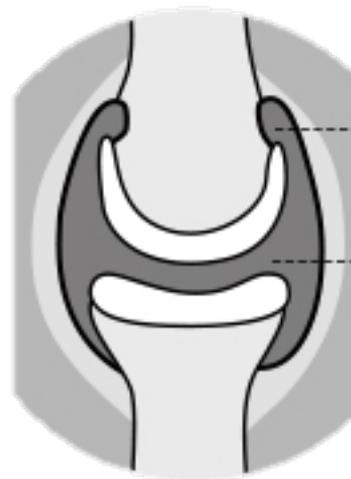
¿Qué entendemos por
artritis?





Artrosis

Degeneración del cartílago articular



Artritis

Inflamación de la membrana sinovial que recubre internamente la cápsula de las articulaciones



Definición de artritis



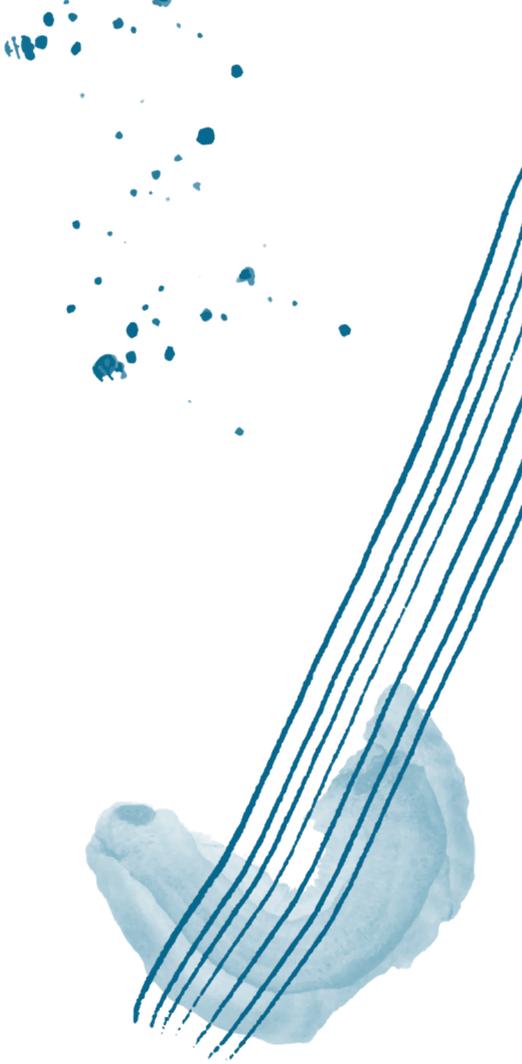
Presencia de **signos inflamatorios** a nivel articular:

- Calor
- Tumefacción
- Rubor
- Impotencia funcional
- Dolor



02

Clasificación



Según el número

Monoartritis

Presencia de sinovitis o signos inflamatorios en 1 sola articulación

Oligoartritis

Afectación de 2 o 3 articulaciones

Poliartritis

4 o más articulaciones con signos inflamatorios

Según el tiempo de evolución

Agudas

< 2-6 semanas

Crónicas

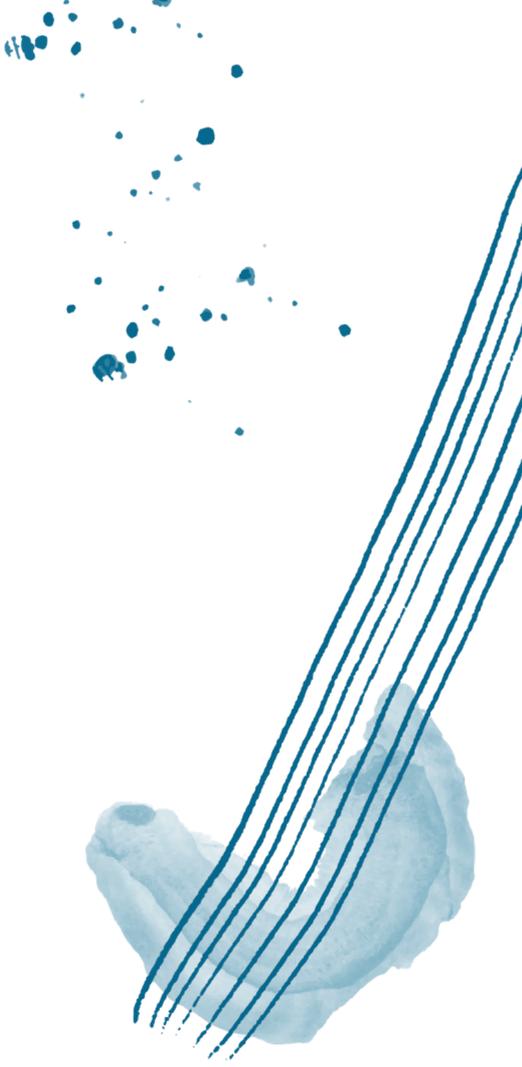
> 6 semanas





03

Enfoque inicial

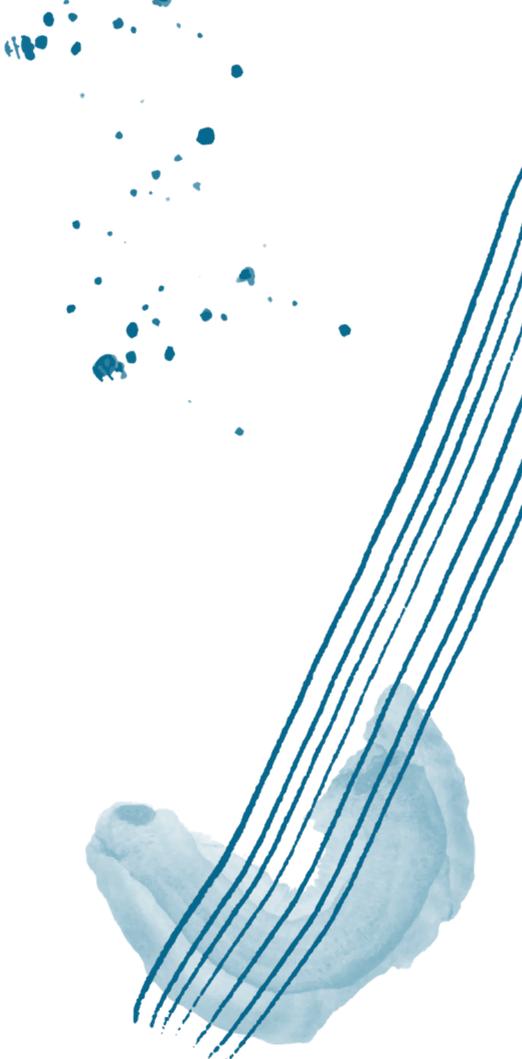


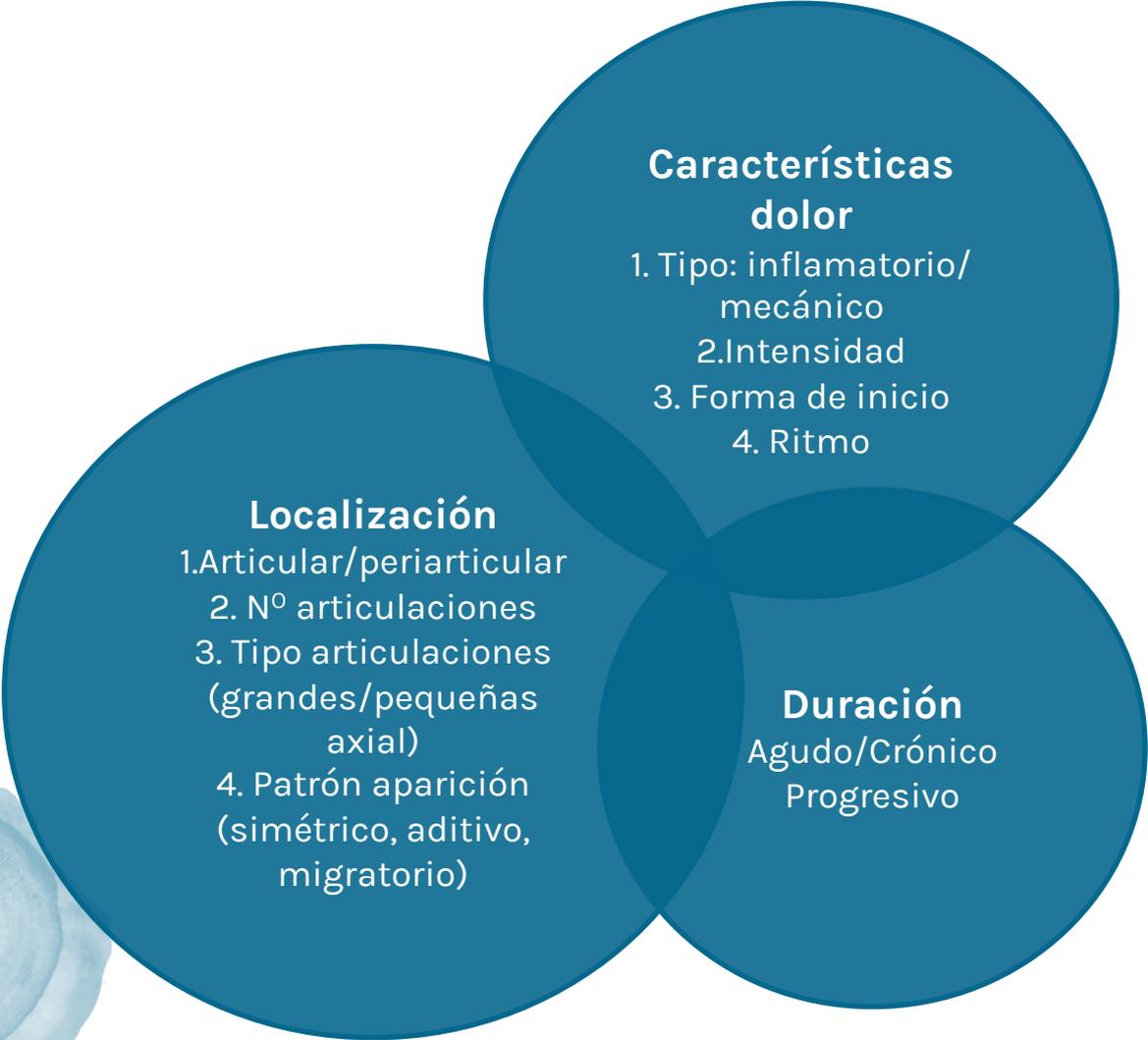


Diferenciar la artritis de otras causas de dolor articular y periarticular puede suponer un desafío.



Anamnesis





Características dolor

1. Tipo: inflamatorio/
mecánico
2. Intensidad
3. Forma de inicio
4. Ritmo

Localización

1. Articular/periarticular
2. N° articulaciones
3. Tipo articulaciones
(grandes/pequeñas
axial)
4. Patrón aparición
(simétrico, aditivo,
migratorio)

Duración

Agudo/Crónico
Progresivo

En relación al **episodio actual**:

- Localización del dolor (puede orientar etiología)
- Inicio del dolor: agudo (orienta más hacia artritis microcristalinas y séptica) o progresivo.
- Factores desencadenantes: traumatismos previos, infecciones, excesos dietéticos o de alcohol, etc.
- Características del dolor: mecánicas vs inflamatorias.

El dolor mecánico empeora con el movimiento y calma con el reposo.

El dolor inflamatorio no suele calmar/ puede empeorar en reposo. En el dolor inflamatorio es frecuente la rigidez matutina mayor de 30 minutos (artropatía inflamatoria).

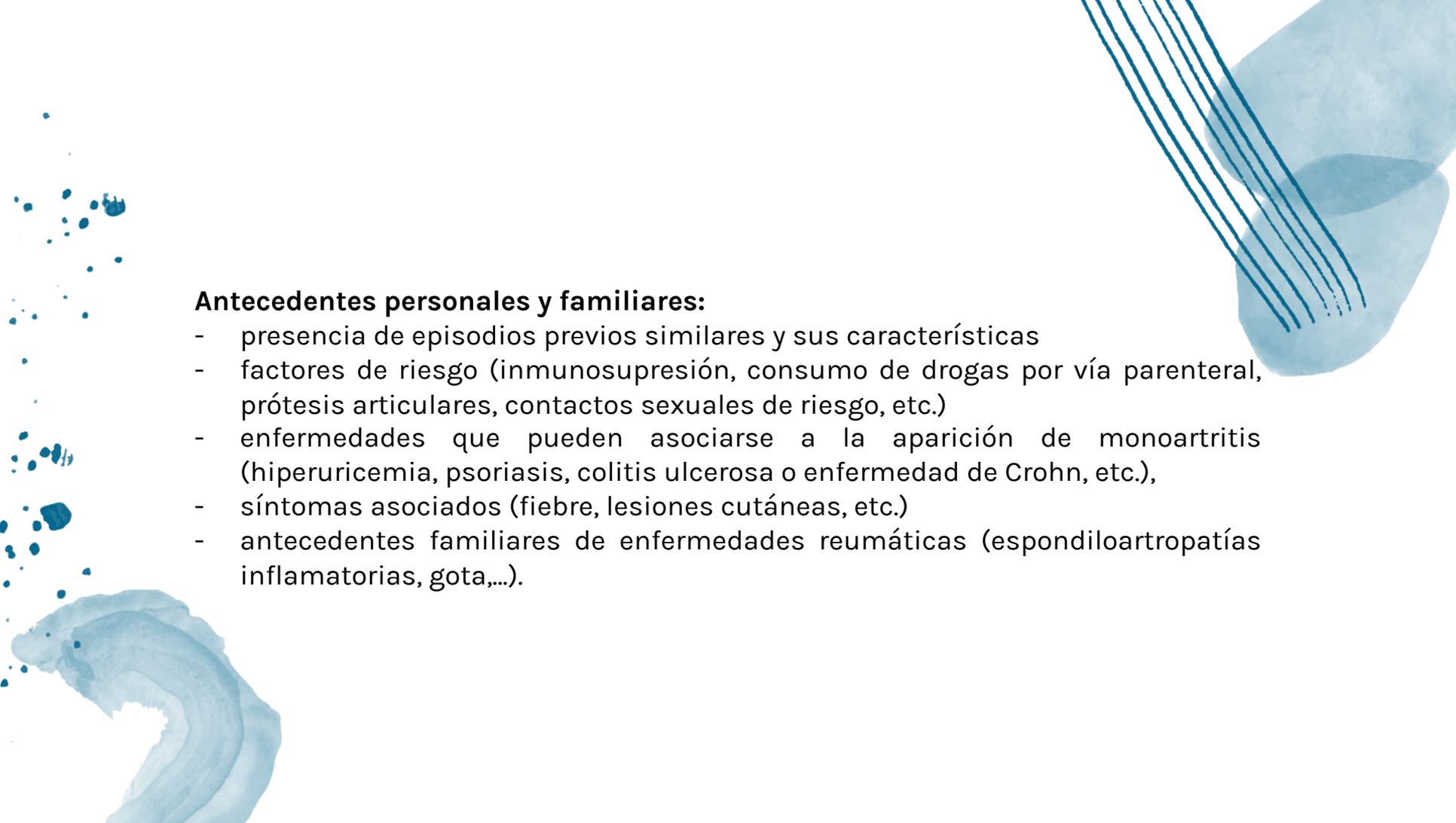
- Tiempo de evolución: aguda o crónica.
- Tipo de evolución: primer episodio, en brotes, reagudizaciones, etc.
- Síntomas extraarticulares: siempre se debe descartar la presencia de fiebre, síndrome constitucional y manifestaciones sistémicas.
- Tratamientos previos recibidos por el paciente, respuesta y efectos 2os.

Otros síntomas
asociados (rigidez
matutina, duración)
o síntomas
generales (fiebre,
astenia, anorexia)

Antecedentes
personales
Antecedentes
familiares
Episodios previos
similares

Síntomas que pueden
orientar etiología:

- Erupción cutánea
- Síndrome seco
- Úlceras orales o
genitales

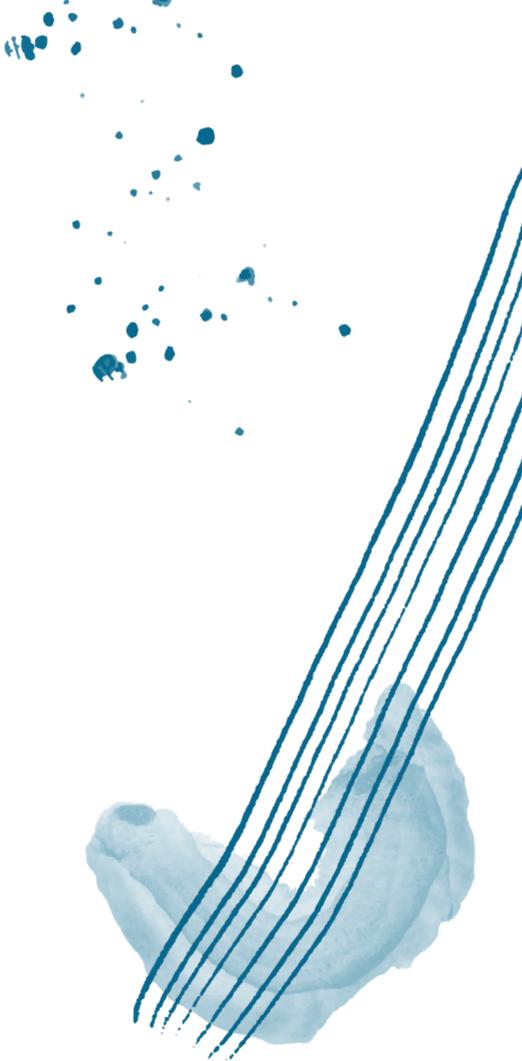


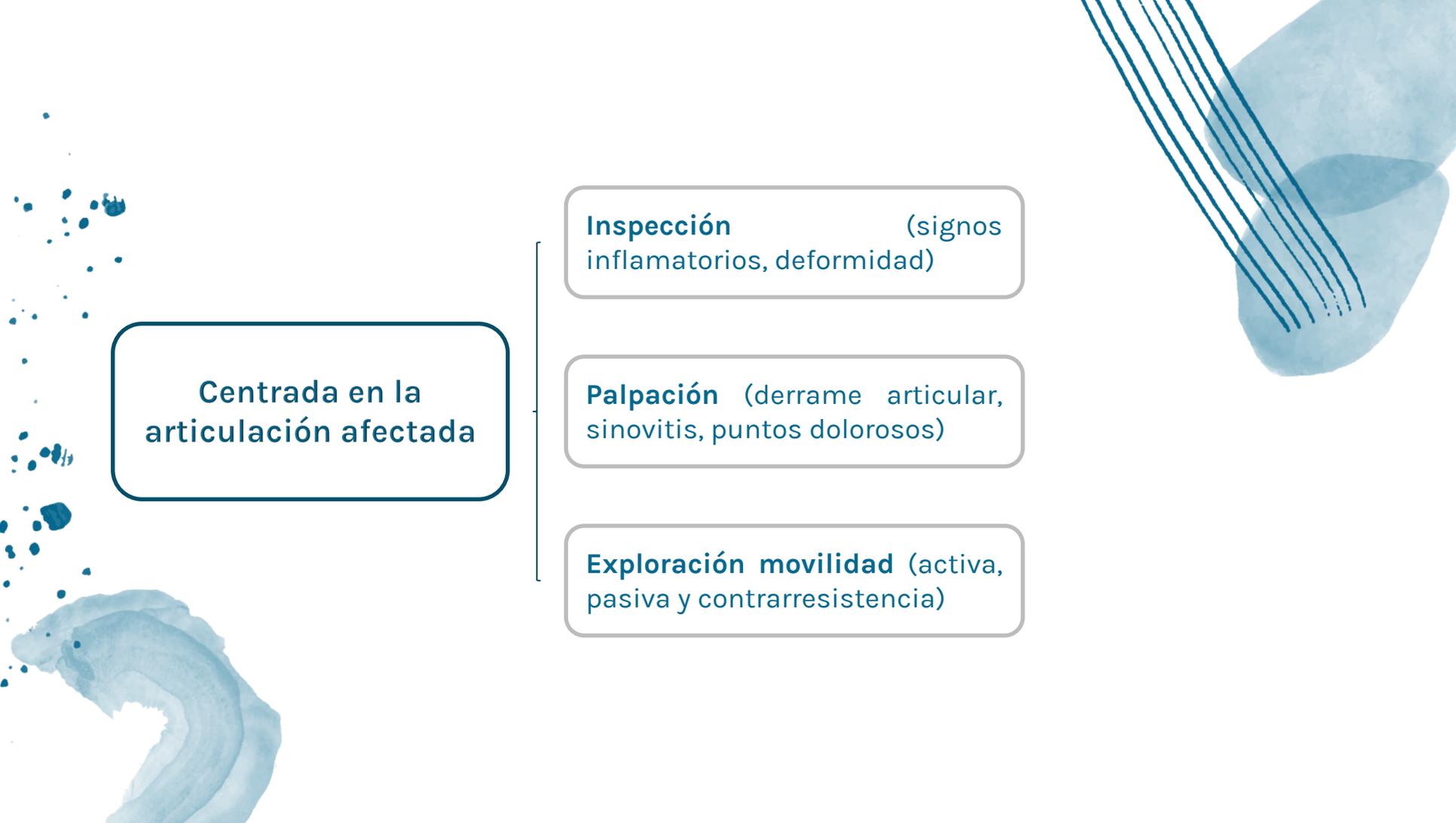
Antecedentes personales y familiares:

- presencia de episodios previos similares y sus características
- factores de riesgo (inmunosupresión, consumo de drogas por vía parenteral, prótesis articulares, contactos sexuales de riesgo, etc.)
- enfermedades que pueden asociarse a la aparición de monoartritis (hiperuricemia, psoriasis, colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn, etc.),
- síntomas asociados (fiebre, lesiones cutáneas, etc.)
- antecedentes familiares de enfermedades reumáticas (espondiloartropatías inflamatorias, gota,...).



Exploración física





Centrada en la articulación afectada

Inspección (signos inflamatorios, deformidad)

Palpación (derrame articular, sinovitis, puntos dolorosos)

Exploración movilidad (activa, pasiva y contrarresistencia)

Extraarticular

- Fiebre
- Cardiopulmonar
- Cabeza y cuello (adenopatías, ocular, orofaringe, parótida, tiroides).
- Abdominal
- MMII
- Urogenital
- Lesiones cutáneas

Extraarticular

LESIONES DIGESTIVAS

- Úlceras orales: Behçet, Reiter, LES
- Diarrea: EII, reactiva
- Disfagia: esclerosis sistémica
- Xerostomía: Sjögren

LESIONES OCULARES:

- Uveitis: EA, EII, Behçet, ACJ, sarcoidosis
- Queratocojuntivitis: Sjögren, LES, AR seca
- Epiescleritis: AR

LESIONES CUTÁNEAS:

- Psoriasis cutáneas: AP
- Eritema nodoso: infecciones, fármacos, sarcoidosis, Behçet, EII
- Nódulos subcutáneos: AR
- Tofos: gota
- Eritema heliotropo o pápulas de Gottron: dermatomiositis
- Síndrome de Reynaud ES, LES, AR

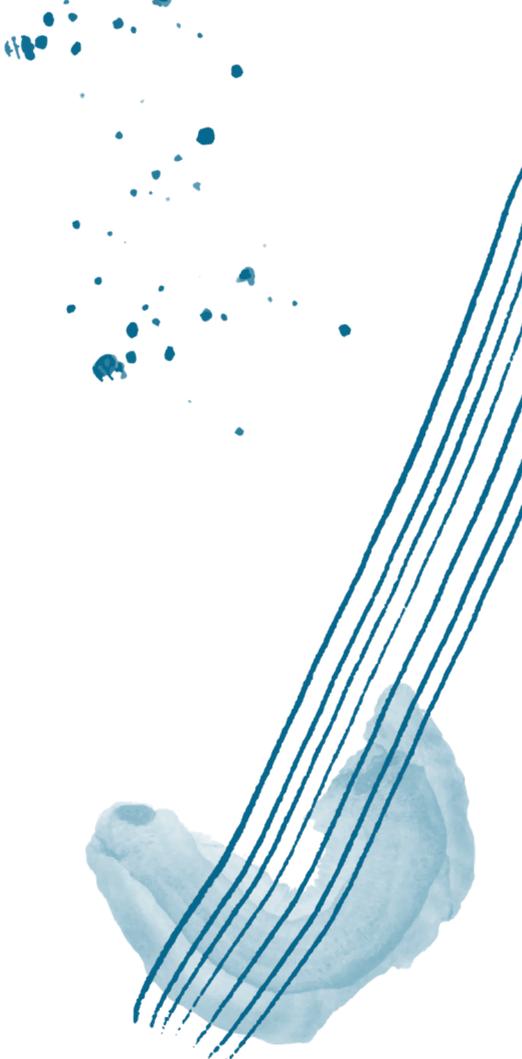
LESIONES UROGENITALES:

- Úlceras genitales: Behçet, Reiter, LES
- Uretritis/cervicitis: Reiter

*ACJ: artritis crónica juvenil; AP: artritis psoriásica; AR: artritis reumatoide;
EII: enfermedad inflamatoria intestinal; ES: esclerosis sistémica;
LES: lupus eritematoso sistémica,*



Pruebas complementarias



Analítica

- Hemograma, bioquímica: función renal, perfil hepático, reactantes fase aguda (PCR, VSG)
- Estudio inmunológico: FR, HLA B-27, ANA, anti-PCC, anca
- Si sospecha reactiva: serologías

Imagen

- Rx bilateral
- Rx tórax
- Ecografía, RMN, TAC

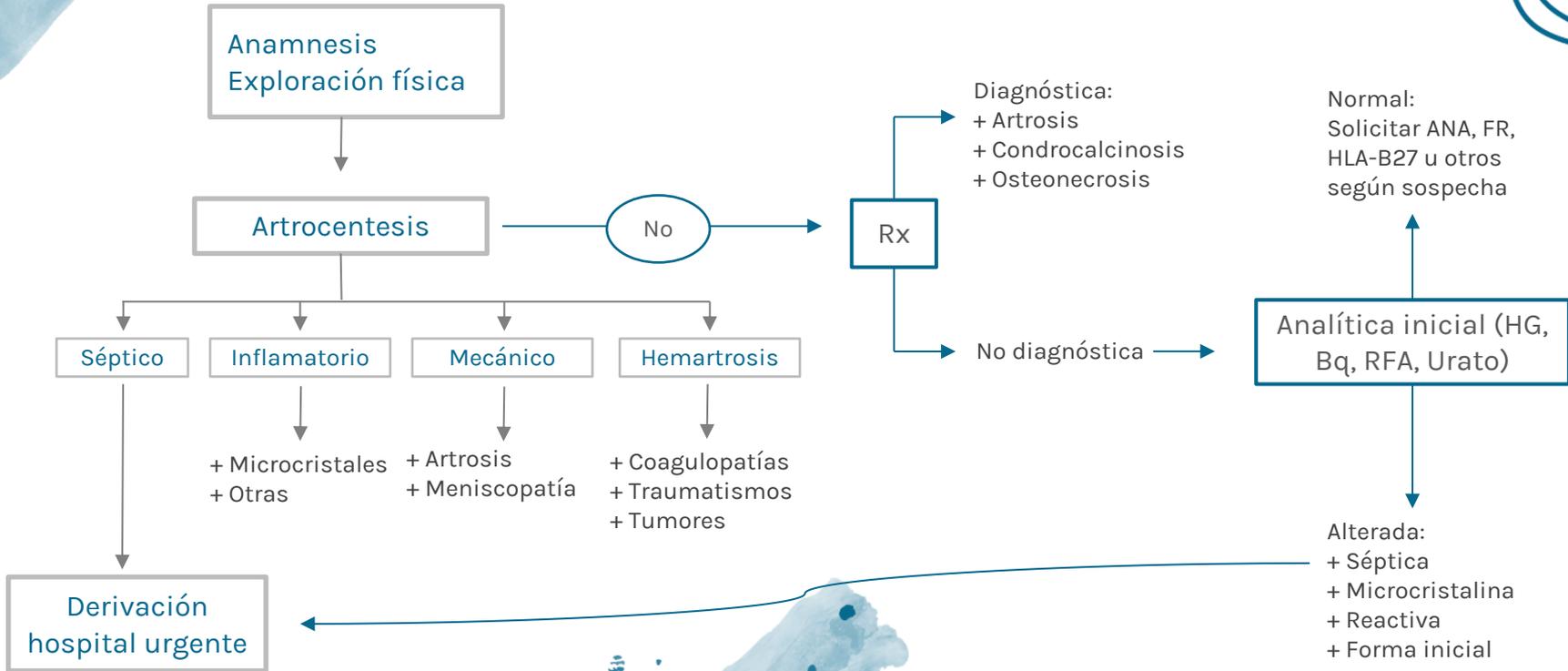
Artrocentesis

- Recuento de células, proteínas y glucosa
- Aspecto macroscópico

Características del líquido articular

Característica	Normal	No inflamatorio	Inflamatorio	Séptico
Viscosidad	↑	↑	↓	Variable
Claridad	Transparente	Transparente	Traslúcido	Opaco
Leucocitos	<200	200-2.000	2.000-50.000	50.000-150.000
% PMN	<25	<25	50	>75
Tinción gram y cultivo	-	-	-	+

MONOARTRITIS



Tratamiento general monoartrosis

- Medidas generales básicas → reposo articular (inmovilizar articulación en posición funcional durante las fases iniciales, sobre todo si signos inflamatorios y dolor). Cuando mejoría de síntomas → disminuir reposo e iniciar progresivamente ejercicio para evitar la rigidez articular y la atrofia muscular.
- Frío local (útil en las fases agudas)
- Tratamiento farmacológico → antiinflamatorios no esteroideos (AINE) vía oral a dosis plenas para luego ir reduciéndolas (valorar perfil de seguridad)
- Tratamiento específico según etiología

POLIARTRITIS

Formas clínicas

Poliartritis simétrica en articulaciones grandes y pequeñas; afectación sistémica; nódulos SC, autoAc.

Conectivopatías

Oligoartritis predominio en MMII, afectación axial, HLA-B27 +, entesitis, uveítis, sacroileitis

Espondiloartritis

+ frecuente en monoarticulares, tofos, erosiones en sacabocados, imagen radiológica condrocalcinosis

Por depósito

Variadas:

- Sarcoidosis (MMII + eritema nodoso + adenopatía hiliar)
- Artritis infecciosa (dolor poliarticular si viral)
- Behçet (oligoarticular + aftas orales + afect. genital u ocular)
- Amiloidosis (hombro, destructiva)

Características clínicas de las causas + frecuentes de oligo/poliartritis

Proceso	Articulación afectada	Simétrica	Cuadro extraarticular	Otras características
Artritis reumatoide	IFP, MTF	Sí	Nódulos subcutáneos	Artritis aditiva, múltiple, rigidez matutina
Lupus eritematoso sistémico	Cualquiera	No	Renal, pulmonar, piel, Raynaud	Artritis intermitente, muy dolorosa
Espondilitis anquilosante	Sacroilíacas y MMII	No	Entesitis, uveítis	HLA-B27 +
Artritis psoriásica	IFD Pies	No	Piel, uveítis, dactilitis	Artritis erosiva, deformante
Microcristales	Gota: PPCD: rodilla, MCF	No	Fiebre, leucocitosis, tofos	
Bacteriana	Cualquiera	No	Endocarditis, puerta entrada	Tenosinovitis
Viral	Cualquiera	Puede	Cuadro gripal	Migratoria/aditiva
Reactiva	MMII	No	Entesitis en talón Uretritis/uveítis	Artritis aditiva
Asociada a EII	MMII	Puede	EII	Tipo I oligoarticular (aguda), tipo II poli (crónica)
Polimialgia reumática	Esternoclavicular Rodillas/caderas	Puede	Rigidez cintura, aumento VSG	Poliartralgias

Tratamiento general oligo/poliartritis

Objetivos terapéuticos:

- modificar evolución de la enfermedad lo antes posible
- controlar los síntomas y signos de la enfermedad (dolor, inflamación, etc.)
- mejorar la funcionalidad del paciente y su calidad de vida.

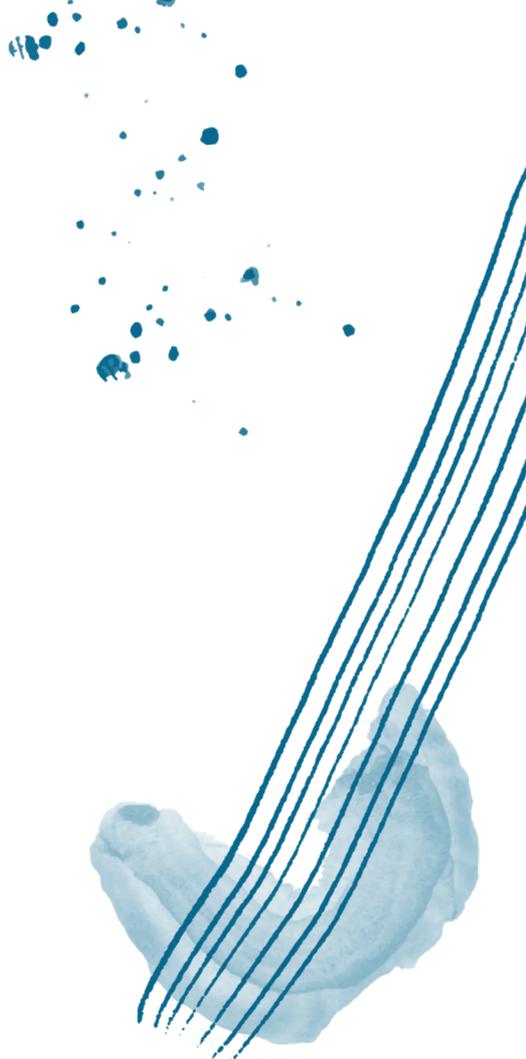
En caso de brote → descartar artritis séptica (derivar de forma urgente) y controlar el dolor y la inflamación. Para ello:

- Reposo relativo (10 horas reposo nocturno y añadir períodos de reposo (1 o 2 horas) a lo largo del día)
- Ayudas técnicas: uso de férulas/dispositivos similares que inmovilicen y den estabilidad y reposo a la zona afectada en posición funcional. Uso de bastones.
- Frío local
- Tratamiento farmacológico (analgesia, AINEs, corticoides)



04

Patologías más frecuentes



Monoartritis

Las **causas más frecuentes** son:

- artritis por microcristales (gota, condrocalcinosis, hidroxapatita)
- artritis séptica (bacterianas, gonocócicas, tuberculosas)
- osteoartritis-artrosis
- origen traumático
- necrosis avascular ósea (2%)

Por su gravedad, la **artritis séptica** → diagnóstico y tratamiento precoces → retraso al iniciar el tratamiento o inadecuada actuación → daño articular irreversible con tasa de letalidad del 11%.



Monoartritis

Causas **poco frecuentes:**

- Sinovitis pigmentada
- Amiloidosis
- Osteoartropatía hipertrófica
- Fiebre mediterránea familiar
- Enfermedad de Behçet
- Micobacterias atípicas
- Hongos
- Borrelia



Monoartritis

Enfermedades frecuentes que **ocasionalmente** se presentan como monoartritis:

- Artritis reumatoide (11-16%)
- Artritis reactiva (2-19%)
- Artritis psoriásica (5%)
- Lupus eritematoso generalizado (7%)
- Artritis reumatoidea juvenil

Oligo/Poliartritis

ENFERMEDADES AUTOINMUNES

Conectivopatías:

- Artritis reumatoide
- Lupus eritematoso sistémico
- Esclerosis sistémica
- Enfermedad de Sjögren
- Enfermedad mixta del tejido conectivo

Vasculitis:

- Behçet
- Wegener
- Panarteritis nudosa

Espondiloartropatías:

- Espondilitis anquilosante
- Espondiloartropatía psoriásica
- Artritis en EII

Oligo/Poliartritis

ARTROPATÍAS POR DEPÓSITOS DE MICROCRISTALES

- Gota
- Enfermedad por depósito de cristales de pirofosfato cálcico dihidratado
- Enfermedad por depósito de cristales de hidroxapatita

ARTROPATÍAS INFECCIOSAS

- Bacteriana
- Vírica
- Herpética

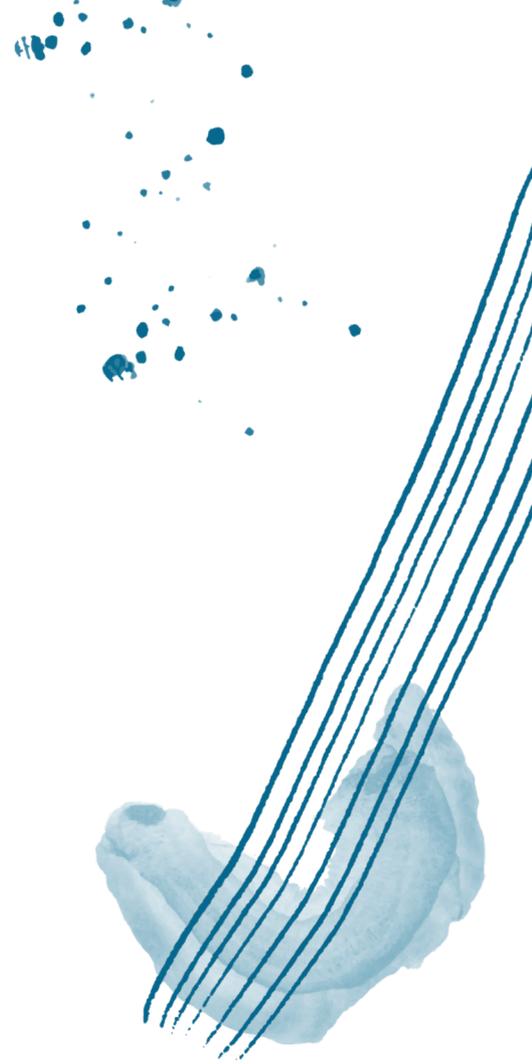
Oligo/Poliartritis

Otras causas

- Sarcoidosis
- Polimialgia reumática
- Reumatismo palindrómico
- Artritis crónica juvenil
- Paraneoplásica
- Artritis reactiva

05

Conclusiones



Criterios de derivación monoartritis

1. Sospecha de artritis séptica
2. Paciente con afectación importante del estado general y/o del aparato locomotor
3. Evidencia de líquido sinovial hemático sin trastorno de coagulación o gran derrame articular
4. Sospecha de proceso neoplásico subyacente (< 1 semana)
5. Sospecha de poliartritis (artritis reumatoide o espondiloartropatías), se recomienda derivar de forma programada para completar el estudio con una demora inferior a las 6 semanas
6. Si gota tofácea refractaria a tratamiento, para tto alternativo

Criterios de derivación oligo/poliartritis

1. Dudas diagnósticas y/o sospechade enfermedad autoinmune que se beneficie de un tratamiento precoz.
2. Confirmación diagnóstica mediante estudios complementarios no disponibles en AP.
3. Falta de respuesta al tratamiento /complicación o efectos 2os derivados.
4. Reactivación de enfermedad previamente estable o rápida progresión de los síntomas
5. Complicaciones sistémicas
6. Valoración de tratamientos de indicación o uso hospitalario
7. Evaluación y recomendación sobre ortesis y ayudas técnicas, terapia física, terapia ocupacional, cirugía.

Conclusiones

- El dolor articular es muy frecuente en la consulta diaria del médico de familia.
- Primer paso: determinar si el dolor es articular o de estructuras vecinas
- En el diagnóstico diferencial, es fundamental la realización de una correcta anamnesis y exploración física.
- Importante en monoartritis aguda descartar artritis séptica: la presencia de cristales es diagnóstica de gota o pseudogota, pero no descarta infección

Conclusiones

- Niveles de ácido úrico normales no descartan diagnóstico de gota → importancia artrocentesis
- Tinción gran y cultivo de líquido sinovial no son suficientes para excluir infección → si alta sospecha, derivar
- Entre los patrones clínicos de poliartritis, destacan algunas conectivopatías como la AR y el LES, las espondiloartropatías, como la EA y la AP , y algunas de las enfermedades por depósito de microcristales.
- La derivación al reumatólogo debe hacerse en fases precoces de la enfermedad.

Bibliografía

- AMF 2019; 15(2); 78-83; ISSN (Papel): 1699-9029 | ISSN (Internet): 1885-2521
- AMF 2018; 14(8); 462-465; ISSN (Papel): 1699-9029 | ISSN (Internet): 1885-2521
- Guía clínica de Monoartritis y Poliartritis – Fisterra. 2018
- AMF 2017; 13(11); ISSN (Papel): 1699-9029 | ISSN (Internet): 1885-2521
- AMF 2014; 10(11); ISSN (Papel): 1699-9029 | ISSN (Internet): 1885-2521



GRACIAS

¿Alguna pregunta?
al262282@uji.es



Docencia Rafalafena



Rafalafena