

EXP. FÍSICA

puntos clave

SINOVITIS vs TENDINOPATÍA

Sinovitis: movilización activa y pasiva limitada
Tendinopatía: movilización activa limitada, pasiva conservada

LESIONES DÉRMICAS DE INTERÉS

- Eritema en alas de mariposa: *lupus eritematoso sistémico*.
- Eritema en heliotropo y pápulas de Gottron: *dermatomiositis*.
- Psoriasis: *artritis psoriásica*.
- Tofos: *artritis gotosa*.
- Eritema nodoso: *sarcoidosis*.
- Nódulos subcutáneos: *artritis reumatoide*.
- Síndrome de Raynaud o esclerodactilia: *esclerodermia, conectivopatía*.
- Dactilitis, balanitis circinada y queratoderma blenorragico: *artritis reactiva*.
- Exantema: *origen vírico*
- Rash evanescente: *pensar en enfermedad de Still*.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ANALÍTICAS

- Hemograma, bioquímica que incluya PCR y procalcitonina (si séptica), coagulación (punción)
- Hemocultivos: si de fiebre y afectación del estado general.
- Uroanálisis: piuria (poliartritis reactiva) o proteinuria (LES), presencia de cristales (microcristalinas)
- VALORAR completar el estudio con urocultivo, exudado de orofaringe, uretra, cérvix, recto o piel (ITS, reactivas)

RADIOGRAFÍAS

- En traumatismos SIEMPRE
- Descartar Fx, osteonecrosis o tumores.
- Siempre bilateral y según sospecha:
 - Espondiloartritis: Rx de sacroilíacas y eje axial.
 - Artritis reumatoide: Rx de manos y pies.
 - Sarcoidosis: Rx de tórax.



ECOGRAFÍA OSTEOMUSCULAR:

Detectar derrame articular y de apoyo para la artrocentesis.



ARTROCENTESIS: En **TODO** paciente con derrame

ORIENTACIÓN DX

INICIO

Extremadamente **RÁPIDO** del dolor (s o min)
Microcristalinas, bacterianas, traumáticas.

PROGRESIVO O INSIDIOSO

Artritis inflamatorias, exacerbaciones de una enfermedad preexistente (artrosis), infecciones por gérmenes menos habituales (Tuberculosis)

LOCALIZACIÓN

PATRON ADITIVO

Artritis Reumatoides, Lupus Eritematoso S.

MIGRATORIO

Gonocócicas, fiebre reumática...

DOLOR

INFLAMATORIO

no calma en reposo, rigidez matutina > 1 hora, afectación sistémica, responde a corticoides

MECÁNICO

peor con la movilización, mejora con reposo, rigidez matutina menor de 30 minutos

Nº ARTICULACIONES

MONOARTRITIS (1)	POLIARTRITIS (5 o más)	
OLIGOARTRITIS (2 a 4)	Simétrica	Asimétrica
Gota Séptica Vírica Traumática Artritis idiopática juvenil	A. Reumatoide Enfermedades autoinmunes Gota (raro)	Espondilitis anquilosante A. Psoriásica A. reactiva

ABORDAJE INICIAL DE LAS MONO y OLIGOARTRITIS EN URGENCIAS

Urgen

HUT

AUTORES

TANIA NATIVIDAD RODRIGUES CABRAL

SUSANA VÁZQUEZ GUERRA

ÁNGELA M. NIETO GONZÁLEZ

REBECA BELMONTE GÓMEZ

RAFAEL RUBIO DÍAZ



BIBLIOGRAFÍA

Vela, P. (2014). Monoartritis. En M. Alperi (Ed.) Manual SER de las enfermedades reumáticas. Elsevier España, 2014.

Pujalte G, Albano-Aluquin SA. Differential Diagnosis of Polyarticular Arthritis. Am Fam Physician. 2015; 92(1): p.35-41. PMID: 26132125. |

Walls R, Hockberger R, Gausche-Hill M. (2018) Rosen's Emergency Medicine. Philadelphia, PA: Elsevier Health Sciences.
Sánchez, R. Belmonte, R. Nieto, I. (2021). Poliartritis aguda. En A. Julián (Ed.). Manual de protocolos y actuaciones en urgencias (1345-1350). Grupo SANED.

ALGORITMO MONO y OLIGOARTRITIS

HISTORIA CLÍNICA y EXPLORACIÓN FÍSICA

Síndrome pero/yuxtaarticular (tendinitis, bursitis, infección de tejidos blandos)

MONOARTRITIS OLIGOARTRITIS confirmada

POLIARTRITIS

ANALÍTICA (según sospecha) y HC* si fiebre

¿Derrame articular?

Artrocentesis y estudio del líquido sinovial (valorar ecografía)

> 2000 cels

< 2000 cels

GRAM URGENTE

+

-

Artritis Bacteriana

Antibiótico y Drenaje articular

PIC TRAUMA

Cuadro Postraumático o mecánico

Radiología

Artrosis

Fractura

M. Fam o CEX REUMATOLOGÍA

TRAUMATOLOGÍA

¿Visualización de cristales?

+

-

A. microcristalina

¿Fiebre o afectación del estado general?

-

+

INGRESO EN REUMATOLOGIA CON Antibioterapia Empírica 24/48h

AINEs y Revisión 24-48 horas por MF** Si empeoramiento >>> URG vs REU

* hemocultivos
** Medico de familia

MEDIDAS GENERALES
Reposo relativo. Frio local. movilizacion precoz.
Tto antiinflamatorio AINEs o COX2 (no olvidar IBP si es preciso)
Casos Graves: Corticoides orales en pauta corta (coadyuvantes)

cultivos pendientes

TRATAMIENTO

Artritis SEPTICA: EMERGENCIA → INGRESO

Drenaje articular
Inmovilización (rodilla en ext; codo a 90°)
TTO EMPIRICO ATB (antes HCx2 y GRAM)

Paciente menor de 60 años y sin comorbilidad

Cloxacilina 2 g/4h IV + Ceftriaxona 1-2g/día IV. **Si Alergia a penicilina:** linezolid 600mg/12h IV, daptomicina 8-10mg/kg/día IV o vancomicina 15-20mg/kg/12h IV + amikacina 15mg/kg/día IV o ciprofloxacino 400mg/12h IV.

Paciente con comorbilidad e inmunodepresión importante, UDVP o antibioterapia en los 3 meses previos:

Interesa cubrir *P. aeruginosa*, enterobacterias productoras de BLEEs y SARM.
Meropenem 2g/8h IV + Linezolid 600mg/12h IV o daptomicina 8-10mg/kg/día IV. **Si alergia a penicilina sustituir meropenem por dos de los siguientes antibióticos:** aztreonam 2g/8h IV, amikacina 20mg/kg/día IV ciprofloxacino 400mg/12h IV.

Artritis secundaria a mordedura o herida penetrante sucia:

Amoxicilina/clavulánico 2-0,2 g/8h IV, Piperacilina-tazobactam 4-0,5g/6-8h IV o la asociación de ceftriaxona 2g/día IV + metronidazol 500mg cada 8 I.V o clindamicina 600 mg/8h IV.

Infección de una prótesis articular:

Linezolid 600mg/12h IV o daptomicina 8-10mg/kg/día o vancomicina 15-20mg/kg/12h IV con ceftazidima 2g/8h IV o meropenem 1g/6h IV.

Artritis reactiva o postinfecciosa

En todos

AINEs: naproxeno 500mg/12h o diclofenaco 50mg/8h (dos semanas)
Corticoides sistémicos si no mejoría con AINEs.

Secundaria a uretritis:

Azitromicina 1g oral (dosis única) o doxiciclina 100 mg/12h por 7 días.

Secundaria a enteritis

En general no precisa tratamiento antibiótico (cuando aparece la artritis la infección esta curada). Si es necesario: rifaximina 200 mg cada 8-12h oral, ciprofloxacino 500mg cada 12h oral o cotrimoxazol 160/800mg/12h oral,
• Duración de 5 días.

Artritis Microcristalina (gota)

AINEs Vs corticoides

Dependerá de las preferencias del paciente y el perfil de comorbilidades.

Colchicina

En pacientes mayores, con insuficiencia renal y hepática reducir la dosis a la mitad y evitar en FGE menor de 10ml/min.
En las primeras 24h, primeros 4-5 días la dosis es de 0,5-1 mg/12-24h. La dosis se irá reduciendo en función de la respuesta
• Dosis de mantenimiento 0,5-1mg/día.