

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS ARTRITIS AGUDAS

Dra. Inés Alonso Envid¹ / Dra. Pilar Martínez Valles¹ / Dra. Tamara Samudio Duarte¹ / Dra. Yedra Uson Rodríguez¹ / Dra. Julia Uliet Bellmunt¹ / Dr. Giuliano Boselli Oporto²

¹ Médicos Internos Residentes de Reumatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

² Médico Adjunto de Reumatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

RESUMEN

La artritis es la inflamación articular clasificada como aguda si su duración es inferior a seis semanas. Es fundamental diferenciar el dolor mecánico que mejora con el reposo del dolor inflamatorio que presenta rigidez prolongada y mejora con la actividad física. El diagnóstico se apoya en el número de articulaciones afectadas denominándose monoartritis si es una sola oligoartritis si son dos o tres y poliartritis ante cuatro o más además de considerar síntomas sistémicos. El tratamiento inicial varía según la sospecha diagnóstica requiriendo antibióticos intravenosos urgentes en artritis séptica antiinflamatorios y colchicina en gota o corticoides en patologías autoinmunes como artritis reumatoide o lupus eritematoso sistémico. Ante la presencia de derrame articular está indicada la artrocentesis para realizar un análisis bioquímico y microbiológico del líquido sinovial.

PALABRAS CLAVE

Artritis; Diagnóstico Diferencial; Líquido Sinovial; Artritis Séptica

ABSTRACT

Arthritis is joint inflammation classified as acute if it lasts less than six weeks. It is essential to differentiate mechanical pain which improves with rest from inflammatory pain which involves prolonged stiffness and improves with physical activity. Diagnosis is based on the number of affected joints categorized as monoarthritis for one joint oligoarthritis for two or three and polyarthritis for four or more joints as well as systemic symptoms. Initial treatment depends on the suspected diagnosis requiring urgent intravenous antibiotics for septic arthritis anti inflammatory drugs and colchicine for gout or corticosteroids for autoimmune diseases such as rheumatoid arthritis or systemic lupus erythematosus. If joint effusion is present arthrocentesis is indicated to perform biochemical and microbiological analysis of the synovial fluid.

KEYWORDS

MeSH Terms: Arthritis; Differential Diagnosis; Synovial Fluid; Infectious Arthritis

Revisión Científica

La artritis es la inflamación de una o más articulaciones, pudiéndose clasificar según su duración, el número de articulaciones afectadas y la presencia o ausencia de síntomas sistémicos. Un diagnóstico temprano es fundamental para poder realizar un adecuado manejo y preservar, en la medida de lo posible, una buena calidad de vida del paciente¹.

Podemos clasificar las artritis según su duración, el número de articulaciones afectadas o la distribución anatómica. Según el tiempo de evolución pueden ser agudas, aquellas de duración menor de 6 semanas y crónicas en más de 6 semanas. Y según el número de articulaciones afectadas se clasifican en monoartritis, con afectación de una sola articulación, oligoartritis, cuando hay dos o tres articulaciones, y poliartritis con cuatro o más articulaciones. Y según la distribución anatómica de la afectación pueden ser axiales o periféricas, y simétricas o asimétricas².

También es importante la presencia o ausencia de síntomas sistémicos.

Para realizar una evaluación inicial adecuada del paciente, es imprescindible realizar una historia clínica detallada y una exploración física completa, considerando el tiempo de evolución del cuadro, la localización y el número de articulaciones afectadas, la simetría o asimetría de las mismas, los síntomas acompañantes, las características del dolor y los antecedentes personales como enfermedades autoinmunes, infecciones recientes, viajes o contactos sexuales de riesgo.

En el proceso de orientación diagnóstica resulta esencial diferenciar entre etiologías de origen inflamatorio y aquellas de naturaleza mecánica. Para ello, es necesario clasificar el dolor articular en función de sus características (Tabla 1)³:

	MECÁNICO	INFLAMATORIO
RIGIDEZ MATUTINA	< 30 minutos	>1 hora
ACTIVIDAD	Empeora síntomas	Mejora síntomas
REPOSO	Mejora síntomas	Empeora síntomas
CLÍNICA SISTÉMICA	No	Sí
RESPUESTA A CORTICOIDES	No	Sí

Tabla 1. Características de la artritis mecánica e inflamatoria.

-Dolor de tipo mecánico: se asocia a rigidez matutina de duración inferior a 30 minutos y presenta mejoría con el reposo.

-Dolor de tipo inflamatorio: se caracteriza por rigidez matutina prolongada, habitualmente superior a 30-60 minutos, y tiende a mejorar con la actividad física.

El enfoque diagnóstico según la forma de presentación es la reflejada en la Tabla 2⁴.

Tipo de Artritis	Síntomas acompañantes	Diagnóstico
Poliartritis simétrica	Rigidez matutina	Artritis Reumatoide (AR)
Poliartritis simétrica	Rash cutáneo Fiebre, astenia	Lupus Eritematoso Sistémico (LES)
Monoartritis	Fiebre	Artritis séptica Gota
Artritis migratoria	-	Artritis gonocócica
Artritis	Lesiones cutáneas	Artritis psoriásica Artritis viral, LES Vasculitis
Artritis	Úlceras orales Úlceras genitales Uveitis	Enfermedad de Behçet
Artritis	Dolor torácico pleurítico	Pleuritis/pericarditis En LES
Artritis	Edema periférico Proteinuria	Glomerulonefritis en LES Vasculitis
Artritis	Afectación ocular Entesitis o sacroileitis	Espondiloartritis
Artritis	Uretritis o diarrea	Artritis reactiva
Artritis	Disnea, hemoptisis hematuria	Vasculitis ANCA Positivo
Dolor articular	-	Artropatía mecánica Fibromialgia

Tabla 2. Orientación diagnóstica según los síntomas acompañantes.

Revisión Científica

En cuanto a las pruebas que debemos solicitar, según la sospecha clínica, son⁵:

1. Pruebas de laboratorio: ante la sospecha de una causa inflamatoria, es necesario solicitar un estudio analítico que incluya hemograma completo, bioquímica, perfil de coagulación, velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR), niveles séricos de ácido úrico, factor reumatoide (FR), anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado (CCP), anticuerpos antinucleares (ANA), anticuerpos anticitoplasmáticos de neutrófilos (ANCA), tipificación HLA-B27 y serologías virales (hepatitis B y C, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), parvovirus B19). También puede resultar útil realizar un análisis de orina completo incluyendo sedimento.

2. Pruebas de imagen: radiografía de la articulación afectada en busca de fracturas óseas, signos de inflamación crónica como erosiones óseas o pinzamiento articular y signos degenerativos como osteofitos, pinzamiento articular, geodas o esclerosis subcondral; y ecografía articular para valorar derrame sinovial⁶.

Ante la presencia de un derrame articular, estará indicada una artrocentesis con el objetivo de realizar un recuento celular, un análisis bioquímico, una visualización directa de cristales, un cultivo y una tinción Gram del líquido sinovial extraído⁷.

El algoritmo diagnóstico según la forma de presentación y las pruebas complementarias es la mostrada en la Fig. 1.

El abordaje terapéutico inicial variará según la sospecha diagnóstica:

-Artritis séptica⁹: el manejo inicial será la administración de antibioticoterapia empírica por vía intravenosa (Cloxacilina con Ceftriaxona) de forma inmediata, una vez realizada la artrocentesis y obtenida la muestra de líquido sinovial para cultivo y análisis de este. Además, derivar a traumatología para valorar la necesidad de realizar un drenaje quirúrgico. El agente etiológico más frecuente es el *Staphylococcus aureus*.

-Gota: el tratamiento inicial se basa en AINEs y colchicina. Durante el episodio agudo, está contraindicado iniciar hipouricemiantes como el alopurinol.

-Artritis reactiva: el abordaje terapéutico incluye el tratamiento dirigido a la infección subyacente, junto con el control sintomático mediante el uso de AINEs.

-Artritis viral: esta sospecha, basada en los antecedentes clínicos y epidemiológicos del paciente, se trata generalmente de un cuadro autolimitado, cuyo manejo consiste en el tratamiento sintomático con AINEs.

-Artritis reumatoide o enfermedad autoinmune sistémica: en este caso, habrá que solicitar pruebas de laboratorio completas e iniciar corticoides ante la presencia de poliartritis severa o síntomas sistémicos, descartando previamente contraindicaciones de los mismos. En pacientes ya diagnosticados de una patología autoinmune, habrá que considerar una exacerbación de esta frente a una complicación infecciosa.

-Espondiloartritis: ante esta sospecha, caracterizada por lumbalgia inflamatoria o artritis periférica asociada a dactilitis y/o entesitis, el manejo inicial debe ser sintomático con AINEs, estando contraindicado el uso de corticoides sistémicos como terapia de primera línea.

Estará indicada la realización de una artrocentesis ante la presencia de una monoartritis de inicio súbito, de fiebre u otros síntomas sistémicos que nos hagan sospechar una artritis séptica. Otras indicaciones son pacientes inmunodeprimidos o portadores de prótesis articulares, así como una artritis sin un diagnóstico claro.

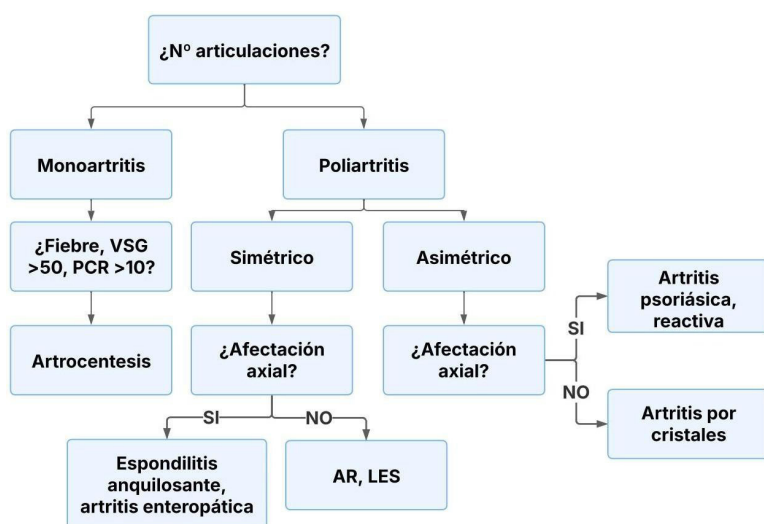


Fig. 1. Algoritmo diagnóstico de las artritis. AR: artritis reumatoide, LES: lupus eritematoso sistémico.

Revisión Científica

Según las características bioquímicas del líquido sinovial clasificaremos la artritis (Tabla 3):

- Si el líquido extraído es de aspecto mecánico y la clínica es concordante, el análisis bioquímico del mismo no es necesario.
- Si el líquido es de aspecto inflamatorio y la clínica es concordante con un cuadro inflamatorio no infeccioso, el análisis bioquímico del líquido no es necesario de forma urgente.
- Si el líquido es de aspecto infeccioso o existe una sospecha diagnóstica de origen infeccioso, habrá que realizar de forma urgente un análisis bioquímico y microbiológico del líquido (incluyendo Gram y cultivo).
- Ante la presencia de hemartros, resulta imprescindible establecer un diagnóstico diferencial que incluya, entre otras etiologías, la fractura intraarticular y las neoplasias óseas.

PARÁMETRO	MECÁNICO	INFLAMATORIO	SÉPTICO
Aspecto	Claro	Turbio	Purulento
Viscosidad	Alta	Baja	Muy Baja
Leucocitos/mm ³	< 2000	2000-50.000	> 50.000
Neutrófilos (%)	< 25%	25-90%	>90%
Glucosa (mg/dl)	> 80 (≥80%)	40-80 (50-80 %)	< 40 (< 50%)

Tabla 3. Diagnóstico de las artritis según las características bioquímicas del líquido sinovial.

El algoritmo terapéutico es el mostrado en la Fig. 2.

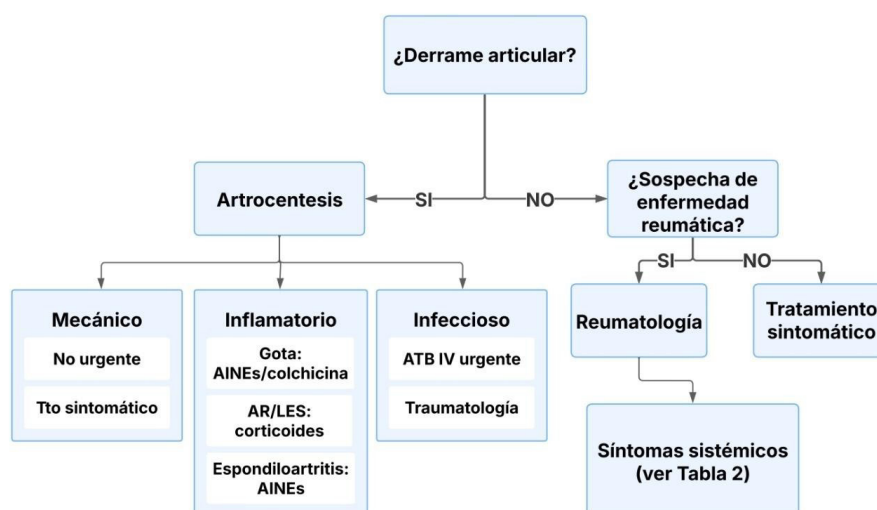


Fig. 2. Algoritmo terapéutico. ATB IV: antibióticos intravenosos. AINEs: antiinflamatorios no esteroideos.

Los criterios de valoración por reumatología son¹⁰:

- Paciente con enfermedad reumática conocida o en tratamiento inmunosupresor
- Artritis aguda de origen no traumático
- Sospecha de artritis de origen inflamatorio
- Artritis gotosa recurrente
- Manifestaciones sistémicas asociadas a enfermedades reumáticas o autoinmunes (rash, compromiso renal, pleuritis, serositis, miositis, vasculitis)

BIBLIOGRAFÍA

1. Bedson J, Croft P. The definition and classification of arthritis in epidemiologic studies. *J Rheumatol*. 2020;47(4):512-517.
2. Musculoskeletal Disorders Editorial Board. Classification of arthritis: osteoarthritis, inflammatory, microcrystalline, infectious. *Ann Intern Med*. 2019;170(3):200-209.
3. Stack RJ, Nightingale P, Jinks C, Hensor EM, Radford J, Barraclough K, et al. Delays in help seeking at the onset of rheumatoid arthritis symptoms: a systematic review. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2018;70(2):167-183.
4. Just SA, Nielsen C, Werlinrud JC, Larsen PV, Klinkby CS, Schrøder HD, et al. Diagnostic test accuracy of imaging tests to predict progression to rheumatoid arthritis in clinically suspect arthralgia: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford)*. 2025;64(1):101-113.
5. Aletaha D, Neogi T, Silman A, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: a systematic literature review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(6):1080-1088.
6. Gonzalez-Fresco B, et al. Imaging modalities in arthritis diagnosis: an algorithmic review. *Radiographics*. 2023;43(2):450-469.
7. Symanski JS, Arnold J, Buchanan ME, Punathil R, Tuite MJ, Ross AB. Image-guided aspiration and arthrocentesis in suspected septic arthritis: a review. *Radiol Clin North Am*. 2024;62(3):431-445.
8. Mathews CJ, Kingsley G, Field M, et al. Management of septic arthritis: a systematic review. *Ann Rheum Dis*. 2007;66(4):440-445.
9. Scott DL, Wolfe F, Huizinga TW. Rheumatoid arthritis. *Lancet*. 2010;376(9746):1094-1108.
10. Villeneuve E, Nam JL, Bell MJ, Deighton CM, Felson DT, Hazes JM, et al. A systematic review of strategies promoting early referral and reducing delays in the diagnosis and management of inflammatory arthritis. *Postgrad Med J*. 2013;89(1050):231-240.

SI PENSAR EN TU FUTURO TE PRODUCE UNA LEVE TAQUIPNEA, ESTO TE INTERESA

Si eres médico y quieres hablar de tu futuro financiero, hazlo con quien de verdad te entiende

» **Seguro Ahorro Garantizado:**
ahorrar a largo plazo

» **Seguro Jubilación:**
planificar mi jubilación

» **Seguro Ahorro-Inversión:**
rentabilizar ahorros
a corto plazo

» **Seguro Jubilación
Ahorro Fiscal 105:**
maximizar mi fiscalidad
y complementar mi
jubilación



MutualMédica

La Mutualidad de los Médicos