

## Monoartritis.

### Diagnóstico diferencial

La artritis se define como la presencia de inflamación o tumefacción articular, acompañada de limitación de la movilidad y dolor a la palpación o movilización de una articulación.

El cuadro clínico del niño que consulta por síntomas articulares, puede ser inicialmente clasificado de acuerdo al número de articulaciones comprometidas,

ya que por lo general las enfermedades que afectan a una única articulación obedecen a distintos factores de aquellos que ocasionan compromiso poliarticular. A su vez, puede ser la única manifestación de la enfermedad, ser la característica predominante, o en otras oportunidades pasar desapercibida por su escasa repercusión clínica. El compromiso monoarticular puede ser secundario a un proceso local, pero otras veces es expresión de una enfermedad sistémica. El diagnóstico diferencial es amplio e incluye etiologías infecciosa, inflamatoria, traumatológica y tumoral, siendo la anamnesis y la exploración física las principales herramientas para orientar los exámenes complementarios adecuados.

#### Etiología

##### - Infecciosa

- Bacteriana: Debida a invasión del espacio articular por un germen, siendo el *Staphilococco Aureus* el implicado con mayor frecuencia en cualquier grupo de edad. También debiera considerarse *Kingella Kingae* especialmente en menores de 2 años de edad. A pesar del cultivo del líquido, solo en un 50-



60% de los casos es posible el aislamiento microbiológico. La articulación más frecuentemente involucrada es la rodilla, seguida de cadera, tobillo, codo y hombro. El mecanismo de producción más frecuente es la vía hematógena, pero también por contigüidad o por vía directa. Otros microorganismos como micobacterias u hongos también producen artritis invadiendo la articulación.

- **Viral:** Es menos frecuente que la etiología bacteriana y suele coincidir con el curso de algunas viriasis (Ej: varicela, rubéola, parvovirus B19).
- **Post-infecciosa:** Ocurre tras una infección extraarticular y cursa con líquido sinovial estéril. La más frecuente en nuestro medio es secundaria a *Streptococo Pyogenes*; si bien puede ser monoarticular (especialmente en cadera), predomina la forma poliarticular. Puede ser secundaria a infección intestinal por *Salmonella*, *Shigella* o *Campylobacter*, o genitourinaria por *Chlamydia trachomatis* (artritis reactivas).
- **Sinovitis transitoria:** Constituye el motivo más frecuente de consulta por cojera a la guardia, luego de los traumatismos. La articulación que se afecta con más frecuencia es la cadera. De etiología desconocida, si bien en la mayoría existe un antecedente de infección del tracto respiratorio. Es un proceso autolimitado (5-10 días) y benigno, utilizándose antiinflamatorios no esteroideos (AINES) para aliviar el dolor.
- **Inflamatoria:** En un 50% de los casos Artritis Idiopática Juvenil debuta como monoartritis. Se caracteriza por la presencia de rigidez matutina significativa, y el dolor articular no es tan intenso como en otros tipos de artritis. La rodilla es la articulación afectada con mayor frecuencia.
- **Traumática:** Debido a un traumatismo único ó micro traumatismos repetidos, especialmente en deportistas.



- **Trastornos de la coagulación:** Hemartrosis en pacientes con coagulopatías (Ej: hemofilia).
- **Tumoral:** Es rara, pudiendo deberse a afección ósea (Ej: osteoma osteoide) o de la cápsula sinovial (Ej: hemangioma sinovial y sinovitis vellonodular).

### Como investigar el Cuadro clínico

1- Es fundamental realizar una anamnesis completa que debe incluir los siguientes items:

- Forma de inicio: aguda (de comienzo brusco con síntomas inflamatorios intensos) o insidiosa (de instalación más gradual).

Ante un cuadro de monoartritis aguda, el primer diagnóstico a descartar es una infección, aunque la severidad de los síntomas articulares sean mínimos (especialmente en pacientes inmunosuprimidos).

- Tiempo de evolución: Menor o mayor 6 semanas (crónica)
- Antecedentes traumáticos ó de procesos infecciosos agudos o crónicos (TBC)
- Presencia de discrasias sanguíneas
- Características de la artritis: En general son más dolorosas las de etiología infecciosa (viral o bacteriana); siendo prominente la rigidez matutina en las de etiología inflamatoria.
- Patrón articular (si existe compromiso de otras articulaciones):



- aditivo (se suman articulaciones a la afectada inicialmente como en pacientes con AIJ)
- migratriz (A medida que se afectan unas articulaciones se resuelve el compromiso inflamatorio en otras localizaciones, como en fiebre reumática)
- autolimitada (Sinovitis transitoria de cadera).
- Manifestaciones asociadas: Fiebre, rash, úlceras orales, lesiones purpúricas, psoriasis, ojo rojo, dolor abdominal, alteraciones del ritmo evacuatorio, o pérdida de peso pueden sugerir determinadas enfermedades inflamatorias, infecciosas o tumorales.
- Episodios previos de similares características
- Antecedentes familiares. Indagar la existencia de enfermedades autoinmunes/inflamatorias en familiares cercanos (Ej: psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal o espondilo artropatías).

2.- Exámen físico completo dirigido a descartar compromiso de otras articulaciones, y a la detección de manifestaciones clínicas extraarticulares asociadas que pueda orientar el diagnóstico. El cuadro clínico inicial puede ser poco específico, especialmente en lactantes y niños pequeños, siendo el dato más característico el dolor, con postura antálgica o impotencia funcional. Dada la frecuencia con que los niños presentan inflamación articular con escaso dolor es importante corroborar el diagnóstico de monoartritis mediante un exhaustivo examen del aparato locomotor, ya que con frecuencia grados menores de inflamación sinovial en otras articulaciones son inadvertidos debido a la mayor



intensidad del proceso inflamatorio en una sola localización. De esta manera una enfermedad poliarticular puede ser erróneamente catalogado como monoarticular.

La exploración articular debe ser sistemática e incluir todas las articulaciones. En la evaluación articular es importante la inspección, palpación y exploración de la movilidad activa y pasiva, valorando la presencia de tumefacción, dolor y/o limitación de la movilidad. Se ha desarrollado y validado una herramienta de uso rápido y sencillo para evaluar el aparato locomotor en pediatría: pGALS (Acrónimo en inglés de pediatric Gait, Arms, Legs, Spine) en pocos minutos.  
<https://drive.google.com/file/d/0B2LLoZqh9hNyZC00amZsT29xVTQ>

### **Exámenes complementarios**

- Laboratorio que debe incluir: hemograma (leucocitosis que orienten hacia causa infecciosa o inflamatoria, ó para descartar citopenias asociadas), bioquímica (función hepática y renal), estudio básico de coagulación y además es importante valorar la elevación de reactantes de fase aguda (PCR y Eritrosedimentación). Los títulos elevados de anticuerpos anti-estreptolisina O (ASTO) revelan el antecedente de una infección reciente por *Streptococo Pyogenes*, debiendo realizar una curva de los mismos (con un intervalo de 2-4 semanas) si el paciente reúne criterios de Fiebre Reumática. Ante la sospecha de una artritis inflamatoria crónica se puede incluir además un test para Anticuerpos antinucleares (FAN) y dosaje de Inmunoglobulinas. De acuerdo a la sospecha etiológica, se valorará de forma individualizada ampliar estudios inmunológicos/de autoinmunidad, realizar serologías virales y/ó estudio hematológico periférico.

- Radiografía simple: Debe ser realizado aún en estadíos tempranos de la enfermedad ya que estos estudios seriados permitirán seguir la evolución del



compromiso articular. Debe efectuarse el par radiológico, ya que esta comparación permite apreciar la existencia de alteraciones radiológicas mínimas (Ej.: diferencias de sombras correspondientes a aumento de partes blandas o crecimiento epifisario acelerado como en artritis inflamatorias de mayor tiempo de evolución). En cuadros de artritis séptica puede mostrar lesiones osteolíticas, si existe osteomielitis intraarticular asociada.

- Ecografía articular: Especialmente utilizada en la cadera para evaluar aumento del líquido articular, en la rodilla para descartar quistes poplíteos y en cualquier articulación para distinguir entre hipertrofia sinovial y aumento de líquido articular. Así mismo, establece la existencia de tenosinovitis, roturas tendinosas y colecciones periarticulares.

- Artrocentesis: Es el pilar fundamental del diagnóstico diferencial de las monoartritis. Este procedimiento debe realizarse con extremas medidas de asepsia, en niños mayores bajo anestesia local, pero en los más pequeños a veces es necesario realizarlo bajo sedación o anestesia general. Se debe enviar muestras de líquido sinovial para:

- Citoquímico (Tubo estéril con anticoagulante EDTA o heparina sódica). El recuento leucocitario permite según las características halladas, clasificar a este material biológico como normal, inflamatorio y séptico (Ver tabla 1)

- Análisis microbiológico (Tubo estéril sin anticoagulante)

- Biopsia sinovial. Es necesario para obtener tejido sinovial para su estudio histológico y bacteriológico. Su realización es imprescindible especialmente ante una monoartritis crónica, cuando con los procedimientos anteriores no se arribó a un diagnóstico. Pueden realizarse mediante artroscopía.



- Examen ocular con lámpara de hendidura en cuadros de artritis crónica. La uveítis que acompaña a AIJ, es a menudo asintomática, pudiendo desarrollar ceguera si no se detecta a tiempo. En general es bilateral y puede preceder a la aparición de artritis. En ocasiones puede comenzar con ojo rojo, especialmente en varones (> 8 años) con mono u oligoartritis crónica y que con el tiempo evolucionan hacia una espondiloartropatía.

#### Manejo terapéutico inicial de la artritis inflamatoria

- Utilización de AINEs en forma reglada para alivio del dolor y/o tumefacción o rigidez matinal.

- Ibuprofeno: 30-40 mg/kg/día (dividido cada 6-8 horas, Via oral. Dosis máxima 1200 mg/día)

- Naproxeno 15-20 mg/kg/día (dividido cada 12 horas, Via oral. Dosis máxima 1 gr/día)

*No combinar ambos antiinflamatorios.*

- Mantener a la articulación en posición correcta, en ocasiones mediante una férula de reposo, evitando las contracturas en flexión que desarrolla el paciente al buscar una posición antálgica. En las artritis de causa inflamatoria es muy importante no inmovilizar la articulación con yeso completo.

#### Criterios de internación

- Ante un cuadro muy florido asociado a dolor y signos de flogosis, considerando en primera instancia un diagnóstico de artritis séptica, siempre implica la internación del paciente para realización de los estudios e inicio de la

terapéutica correspondiente.

- Si el cuadro clínico del paciente es de inicio muy reciente y sin afectación del estado general, ni otra sintomatología asociada podría valorarse efectuar un seguimiento de manera ambulatoria con tratamiento antiinflamatorio oral con AINES.

- Frente a una monoartritis de evolución crónica (> 6 semanas), se valorará la internación de acuerdo al grado de compromiso general, pudiéndose efectuar al igual que en el caso anterior seguimiento y estudios de forma ambulatoria.

Enfermedades oncohematológicas que pueden debutar con dolor musculoesquelético

Estas enfermedades deben ser siempre consideradas entre los diagnósticos diferenciales frente a un niño con DME inexplicable. Es de rutina en niños de la primera y la segunda infancia con artritis y/o DME inexplicable, acompañado o no de anemia y/o síndrome febril tratar de descartar la posibilidad de neuroblastoma o leucemia linfoblástica aguda. Habitualmente la magnitud del dolor no guarda relación con el grado de tumefacción articular. El 15% de los niños con Leucemia linfoblástica pueden presentar sinovitis poli articular de curso aditivo o migratriz. La radiología de huesos largos puede mostrar osteoporosis, rarefacción ósea, bandas metafisarias radiolúcidas, osteólisis y periostitis. Un concepto a tener en cuenta en pediatría es que el dolor esquelético en pacientes con leucemias no siempre guarda relación con la presencia de anormalidades radiológicas, por lo tanto, aunque el niño no tenga alteraciones hematológicas en sangre periférica ni radiológicas, si por las





características del dolor sospecháramos la posibilidad de una leucemia aguda debemos derivar rápidamente al paciente para realizar una punción aspiración de médula ósea.

Tabla 1- Características del líquido sinovial

	<i>Aspecto</i>	<i>Color</i>	<i>Viscosidad</i>	<i>Leucocitos/ Neutrófilos</i>	<i>Cultivos</i>
Normal	Transparente	Claro	Aumentada	< 200 / < 25%	Negativo
No inflamatorio	Transparente	Amarillento	Aumentada	200-2000 / < 25%	Negativo
Inflamatorio	Turbio	Amarillento opalescente	Disminuida	2000-100000 / > 55%	Negativo
Séptico	Purulento	Amarillo verdoso	Variable	>100000 / > 75%	Positivo



### Tabla 2- Causas de monoartritis aguda en pediatría

- Infección articular.
- Traumatismos articulares.
- Sinovitis por cuerpo extraño.
- Discrasias sanguíneas, hemofilias, diátesis hemorrágicas.
- AIJ de inicio monoarticular.
- Espondiloartropatías seronegativas.
- Trastornos mecánicos (menisco discoide, osteocondritis disecante).

### Tabla 3- Causas de monoartritis crónica en pediatría

- Infecciones crónicas (TBC, micosis).
- Tumores de la sinovial: Hemangiomas, Sinovitis vellonodular, Sarcoma sinovial, Metástasis.
- Cuerpo extraño: espina, sangre.
- Enfermedades no inflamatorias: traumatismo, osteocondritis, necrosis ósea avascular.
- Enfermedades del tejido conectivo: AIJ, EASN.



## Bibliografía

- 1- Manual Práctico de Reumatología Pediátrica. Espada G, Malagón Gutiérrez C, Rosé CD. 1ra edición. Editorial Nobuko. 2006. Buenos Aires
- 2- Claves en Medicina Infantil. Martínez C. Capítulo 23. Reumatología Infantil. 1ª Ed. 2007.
- 3- Merino R. Actitud ante la monoartritis. González Pascual E. Manual práctico de Reumatología Pediátrica. Barcelona, Ed MRA SL, 1999: 661-72
- 4- Textbook of Pediatric Rheumatology. Cassidy JT, Petty RE, Laxer RM, Lindsley CB. 6ª th Edition. Ed Elsevier Saunders. 2011. Philadelphia
- 5- Manejo inicial de monoartritis en pediatría. Servicio de Pediatría. Dto de Salud Alicante. González L, Vicent MC, Gómez O. Marzo 2018