



SINDROMES MONOARTICULARES, OLIGOARTICULARES Y POLIARTICULARES EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA DEL H.C.FF.AA.

Dr. Marcelo Valverde – Dra. Laura Pegueroles Baumann
Médicos Residentes de Medicina Interna – Dpto. Medicina – Hospital Central de las FF.AA.

<https://doi.org/10.35954/SM2006.28.1.6>

INTRODUCCION

Las patologías vinculadas a la esfera osteoarticular, y dentro de estas los síndromes articulares de tipo inflamatorio, en sus diversas expresiones clínico evolutivas, constituyen un desafío diagnóstico para el médico que desempeña sus funciones en el departamento de emergencia.

Según expresiones del Dr. J. Schmid en el año 1981 "no existe otra forma clínica de enfermedad reumatológica que produzca un desafío mayor al conocimiento clínico del médico que el paciente con dolor articular".

Este hecho es debido a que las estructuras articulares se pueden ver afectadas por patologías directamente vinculadas a la esfera articular, así como también por una amplia variedad de enfermedades extraarticulares de diversas etiologías (conectivopatías, infecciones, neoplasias, etc.) en donde la o las articulaciones afectadas representan un órgano blanco más dentro del cortejo multisistémico de dichas entidades.

Así, un cuadro inflamatorio articular aparentemente banal, puede en realidad ser expresión de una enfermedad sistémica que no debemos pasar por alto en nuestro razonamiento clínico, para evitar el perjuicio ocasionado por tal omisión.

Debemos considerar además que existen patologías directamente vinculadas a las estructuras articulares

que representan verdaderas urgencias o emergencias médicas, como lo es el caso de la artritis séptica, en la cual se torna fundamental el establecer precozmente el diagnóstico e instituir el tratamiento adecuado, para prevenir las severas consecuencias derivadas de errores al respecto.

En lo referente a la frecuencia de presentación, en su conjunto, las artritis constituyen un motivo de consulta no despreciable en la práctica clínica, siendo además una de las causas de mayor morbilidad e incapacidad física dentro de las enfermedades reumatológicas; existiendo el falso concepto de ser patologías con respecto a las cuales no existen alternativas terapéuticas satisfactorias, hecho que debe ser desterrado en y desde el ámbito científico.

Es propósito de la siguiente revisión resumir y esquematizar aquellos conceptos fundamentales en patología articular inflamatoria a partir de los cuales, mediante procesos lógicos inductivos y deductivos, el médico emergencista pueda racionalizar y conceptualizar los complejos mecanismos que se ponen en juego frente a un problema diagnóstico de esta índole.

No es objetivo del presente trabajo el realizar un análisis sistemático y exhaustivo de las mono, oligo, y poliartrosis en su conjunto, para lo cual remitimos al lector a los libros de texto, que abordan en forma individual, y con una visión profunda cada una de las entidades a las cuales haremos referencia.

DEFINICION DE TERMINOS

En primera instancia, y previo al inicio del desarrollo del tema, consideramos oportuno realizar una definición conceptual de ciertos términos comúnmente empleados, con el objetivo de unificar criterios al utilizar los mismos.

- ⇒ **Artritis:** Artropatías de carácter inflamatorio, incluyendo las sinovitis puras y las espondiloartritis (entesitis).
- ⇒ **Sinovitis puras:** Artritis que compromete la cápsula articular (sinovial) de las articulaciones de tipo sinovial.
- ⇒ **Espondiloartritis** (entesitis): Artritis con afectación de las entesis (unión de las estructuras capsulares, ligamentarias y tendinosas con el hueso) en las articulaciones de tipo cartilaginoso.
- ⇒ **Monoartritis:** Artritis de una única articulación.
- ⇒ **Oligoartritis:** Artritis de dos a cuatro articulaciones.
- ⇒ **Poliartritis:** Artritis de más de cuatro articulaciones.
- ⇒ **Artritis aguda:** Artritis con evolución en un plazo menor a dos semanas.
- ⇒ **Artritis subaguda, o de evolución prolongada:** Artritis con evolución de entre dos y seis semanas.
- ⇒ **Artritis crónica:** Artritis que evoluciona en un período mayor a las seis semanas.

Poliartritis y Oligoartritis Agudas

Como ya fue analizado se define como Poliartritis aguda a aquella entidad clínica caracterizada por el compromiso fluxivo de más de cuatro articulaciones, con un tiempo evolutivo inferior a las dos semanas, reservándose el término de Oligoartritis aguda para aquella situación en la que el proceso patológico afecta de dos a cuatro articulaciones.

Las posibles causas responsables de dichos cuadros articulares son múltiples y variadas (tabla I), debiendo tener en cuenta que esta es la razón por la cual se generan notables dificultades diagnósticas desde el punto de vista etiológico, dada la amplia variedad de enfermedades capaces de expresarse clínicamente a través de dichos cuadros articulares.

Así, desde el contacto inicial con el paciente, uno de nuestros principales objetivos será establecer el diagnóstico de la patología responsable del síndrome articular, lo que cobra especial interés en vistas al tratamiento a instituir, al pronóstico vital y funcional, tanto inmediato como alejado, al posible carácter evolutivo de las mismas y a las potenciales complicaciones vinculadas a las entidades analizadas.

DIAGNOSTICO CLINICO

El paciente portador de una oligo o poliartitis se presenta clínicamente con elementos integrantes del clásico cortejo inflamatorio, por lo cual será objetivable la presencia de dolor, tumefacción, calor, rubor e impotencia funcional a nivel de las articulaciones afectadas, dicha signosintomatología es esencial para establecer el planteo, ya que el diagnóstico de oligoartritis y poliartitis es exclusivamente clínico y basado en dichos hallazgos.

Es de destacar que no todas las articulaciones expresan los signos inflamatorios de la misma forma, dichas diferencias semiológicas son atribuibles fundamentalmente a la topografía de la articulación comprometida, ya que las estructuras articulares periféricas superficiales se expresan con cuadros "floridos", con dolor claramente vinculable a las mismas, mientras que las articulaciones axiales o aquellas de localización profunda pueden expresarse con cuadros clínicos "frustrados", con sufrimientos dolorosos de localización difusa o referida.

Frente a un paciente que presenta dichas manifestaciones clínicas debemos plantearnos si el mismo padece verdaderamente una oligo o poliartitis, si corresponde a la forma de presentación de una artropatía degenerativa, o si se trata del compromiso inflamatorio de estructuras

yuxtaarticulares tales como bursitis, tendinitis, miositis, osteomielitis, etc.

Por tanto, ante un paciente con afectación oligo o poliarticular es fundamental obtener una historia clínica detallada, a través de una adecuada anamnesis y de una exploración física sistematizada, con la finalidad de lograr un diagnóstico nosológico y etiológico correcto.

En lo referente a la anamnesis, mencionaremos a continuación aquellos elementos a considerar como de sumo interés para tal objetivo, que no podemos excluir en nuestro interrogatorio, ya que los mismos nos permiten realizar una aproximación inicial en vistas al diagnóstico definitivo, como luego analizaremos.

Destacamos los siguientes puntos:

- ⇒ edad y sexo del paciente
- ⇒ procedencia, viajes
- ⇒ ocupación, exposición a tóxicos, contacto con agentes infecciosos
- ⇒ hábitos sexuales, enfermedades de transmisión sexual (previas o en curso)
- ⇒ uso de drogas intravenosas
- ⇒ forma de debut de la afectación:
 - súbito o brusco / gradual o solapado
- ⇒ perfil evolutivo de la misma:
 - agudo / subagudo / crónico
- ⇒ características semiológicas de la artritis:
 - articulaciones comprometidas:
 - * esqueleto axial (espondilitis)
 - * esqueleto periférico (sinovitis)
 - articulaciones pequeñas, medianas y grandes
 - distribución
 - * unilateral / bilateral
 - * simétrica (PARC, LES) / asimétrica (Artritis psoriásica, Síndrome de Reiter)
 - compromiso articular
 - * aditivo (PARC, LES, Artritis viral)
 - * migratorio (Fiebre reumática, Artritis gonocócica)
 - * intermitente o palindrómico

- de curso corto (2-3 días) (PARC)
- de curso largo (7-100 días)
(Espondiloartropatías seronegativas, LES, Enfermedad de Behçet, Fiebre mediterránea familiar, Drepanocitosis)

- signología fluxiva loco-regional
- envaramiento matinal y su duración
- tendencia o no a la deformación articular
- tratamientos recibidos y respuesta a los mismos
- ⇒ síndrome de impregnación viral, febril o tóxi-infeccioso previo o concomitante
- ⇒ enfermedad diarreica aguda
- ⇒ tratamientos farmacológicos recibidos, vacunación reciente
- ⇒ manifestaciones vinculadas a enfermedades multisistémicas con afectación articular
- ⇒ manifestaciones cutáneas atribuibles a enfermedades sistémicas con compromiso articular
- ⇒ fenómenos traumáticos articulares previos
- ⇒ antecedentes de intervenciones articulares (artroscopía, cirugía)
- ⇒ antecedentes personales y familiares vinculados al cuadro actual

En lo que respecta al examen físico, resulta obvio destacar la importancia que adquiere el realizar un pormenorizado relevamiento de la signología articular, tanto en aquellas articulaciones afectadas como en las indemnes, no debiendo omitir una adecuada valoración del resto del aparato locomotor; consideramos además de fundamental valor, la realización de un examen físico completo, el cual puede poner de manifiesto cierta signología extraarticular compatible con enfermedades sistémicas, donde la afectación articular forma parte del proceso.

En el apartado correspondiente presentamos dos tablas (tabla II y III) en las cuales intentamos relacionar ciertos hallazgos clínicos extraarticulares (cutáneos y multisistémicos) con sus correspondientes enfermedades, capaces de

presentar afectación articular, y en las cuales debemos pensar ante dichos hallazgos.

En nuestra primera aproximación al paciente debemos dirigirnos a descartar o confirmar la etiología infecciosa o microcristalina del síndrome articular, ya que dichas causas son susceptibles de tratamientos específicos pretendidamente curativos.

En aquellos casos en los cuales se plantea como posible diagnóstico etiológico a las patologías sistémicas, (que podrían debutar o acompañarse en su evolución de inflamación articular), la confirmación de las mismas requiere protocolos de actuación diagnóstica, este hecho ha dado lugar a la creación de algoritmos de razonamiento, buscando optimizar los recursos disponibles en dichos momentos, en los cuales se torna necesario establecer el diagnóstico, determinar el pronóstico y ofrecer el tratamiento más adecuado, con el objetivo de evitar o prevenir incapacidades funcionales así como disminuir las tasas de morbimortalidad vinculadas a estas entidades.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Ante el planteo clínico de artritis oligo o poliarticular, ciertas exploraciones complementarias deberán ser solicitadas con carácter urgente, dentro de ellas destacamos las siguientes:

Estudios radiológicos de las articulaciones comprometidas en proyección anteroposterior y lateral, pudiendo observarse los siguientes hallazgos:

A nivel del raquis podrían encontrarse imágenes sugestivas de sacroileítis, sindesmofitos y cuadraturas vertebrales en los casos de espondiloartropatías (tabla IV).

En las articulaciones periféricas se pueden encontrar aumentos de la densidad de las partes blandas periarticulares; osteopenia u osteoporosis yuxtaarticular; erosiones o geodas de las corticales óseas en los márgenes articulares; neoformaciones óseas; estrechamiento uniforme de la interlínea articular (pinzamientos); calcificaciones cartilaginosas, yuxtaarticulares, de las inserciones ligamentarias y/o tendinosas o de las partes blandas

periarticulares; y por último alteraciones de la alineación articular con luxaciones y subluxaciones.

Dichos hallazgos radiológicos y sus posibles vinculaciones etiológicas son analizados en la tabla V.

Respecto al **estudio del líquido sinovial**, se solicitará examen macroscópico, estudios microscópicos con identificación de cristales, citología y microbiología (directo y cultivo), y análisis bioquímico con determinación de proteínas y glucosa.

Tanto la técnica de obtención del mismo, como los posibles resultados serán tratados más adelante, cuando abordemos el tema Monoartritis agudas.

Hemograma completo (con fórmula leucocitaria), siendo frecuente el hallazgo de una leucocitosis elevada, como expresión del proceso inflamatorio en curso, debemos recordar que en casos de artritis séptica el hallazgo de leucocitosis elevada a predominio granulocitario es común, sabiendo que en caso de procesos infecciosos graves puede existir leucopenia, recordamos además que en ciertas enfermedades sistémicas puede detectarse leucocitosis elevada o leucopenia como parte de la participación hematológica de la enfermedad.

Respecto a la serie roja, en etapas avanzadas del proceso podría observarse una anemia con patrón inflamatorio crónico (anemia de las enfermedades crónicas), no olvidando que existen enfermedades sistémicas en las cuales la anemia es una manifestación más de la misma, atribuible a múltiples y posibles causas.

Referente a la serie megacariocítica, el incremento de las cifras de plaquetas se podría explicar por el componente inflamatorio de la enfermedad, mientras que la presencia de una plaquetopenia en el entorno de una enfermedad de etiología infecciosa podría representar un signo de alarma ante una posible evolución hacia la sepsis, mientras que, en el contexto de una enfermedad sistémica, podría ser manifestación del compromiso hematológico de la misma.

Completaremos la valoración de laboratorio solicitando: **V.E.S., glicemia, azoemia, creatininemia, ionograma, crisis sanguínea,**

uricemia, perfil lipídico, funcional y enzimograma hepático y examen de orina.

Otros estudios paraclínicos de valor fundamental en ciertas ocasiones, como **factor reumatoideo, HLA B27, relevamiento bacteriológico completo, serología viral, y anticuerpos autoinmunes**, serán solicitados según la sospecha clínica inicial y los hallazgos obtenidos en la valoración paraclínica inicial.

Dichas posibilidades serán analizadas posteriormente, cuando se expongan los algoritmos diagnósticos de los cuadros oligo y poliarticulares.

Respecto a otros estudios imagenológicos tales como **ecografía, tomografía computada, resonancia magnética y centellograma**, debemos destacar que los mismos poseen una mayor definición con respecto a los estudios radiológicos convencionales, de todas formas dichas técnicas diagnósticas no son utilizadas rutinariamente, siendo reservadas para casos en los cuales existen dificultades diagnósticas que eventualmente pudieran evacuarse a través de los mismos, y, - en casos de compromiso articular axial y/o profundo -, en donde la definición anatómica de estos estudios supera ampliamente a la radiología simple.

ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS

En el apartado tablas, cuadros y figuras se exponen una serie de algoritmos diagnósticos destinados a ilustrar al médico general acerca de los sucesivos pasos a seguir ante oligo o poliartrosis, guiados inicialmente por la sospecha clínica y posteriormente orientados según los hallazgos obtenidos en las exploraciones complementarias solicitadas.

Dichos esquemas están organizados siguiendo el primer planteo clínico al contacto con el paciente, por lo cual existen básicamente cuatro posibilidades a las cuales nos veremos enfrentados en la práctica diaria, oligo o poliartrosis agudas, exacerbaciones agudas de poli u oligoartritis crónicas, y dentro de estas, con compromiso articular asimétrico, simétrico a predominio en miembros superiores, o simétrico con compromiso predominante de miembros inferiores.

Ante estas formas clínicas de presentación, las etiologías responsables del compromiso poli u oligoarticular varían sustancialmente, lo cual justifica dividir el encare de las artritis poliarticulares y oligoarticulares según las cuatro posibilidades analizadas.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

En la tabla VI, -que presentamos en la sección correspondiente-, se establecen los criterios de ingreso hospitalario para el caso de las poliartrosis u oligoartritis agudas.

Existen casos de artritis agudas oligo o poliarticulares, así como de artritis crónicas, no contemplados en la siguiente tabla, ello significa que en dichas situaciones es recomendable el seguimiento ambulatorio.

Monoartritis Agudas

Las monoartritis agudas se caracterizan por presentar clínicamente un debut súbito, asociando dolor articular o periarticular habitualmente intenso, que no desaparece con el reposo, a predominio nocturno y que aumenta con la movilización articular; signos inflamatorios locales o locoregionales, como lo es la tumefacción articular a expensas del engrosamiento sinovial, del aumento del líquido articular y de la inflamación de las estructuras periarticulares; el eritema o rubor; el aumento de la temperatura a dicho nivel; la presencia de signos compatibles con derrame articular y la impotencia funcional, con limitación de la movilidad articular en todos los ejes.

Debemos tener en cuenta que en aquellas articulaciones profundas como lo son las articulaciones coxofemorales, escapulo-humerales o sacroilíacas, el dolor de inicio agudo puede ser la única manifestación clínica evidente, ya que por sus topografías, no es fácil evidenciar los demás componentes del cortejo inflamatorio articular.

La importancia del tema radica fundamentalmente en que la monoartritis aguda constituye una verdadera emergencia reumatológica, ya que no es infrecuente

el origen séptico de la misma, como luego analizaremos.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

El enfoque clínico de una monoartritis va a estar destinado en primera instancia a determinar si realmente se trata de una monoartritis, buscando por tanto confirmar el diagnóstico clínico presuntivo, y posteriormente a establecer el origen de la misma, con la finalidad de deducir el diagnóstico etiológico del proceso, todo lo cual adquiere implicancias terapéuticas y pronósticas.

Como ocurre con respecto a cualquier otro cuadro clínico, ante un proceso inflamatorio articular, lo primero a realizar es una adecuada anamnesis y una pormenorizada exploración física.

Como analizamos previamente, nuestro primer objetivo será determinar si realmente estamos ante una monoartritis, debiendo por tanto descartar aquellos procesos inflamatorios que pueden afectar a las estructuras yuxtaarticulares, como lo son las tendinitis, bursitis, miositis, osteomielitis, paniculitis, celulitis, lesiones ligamentarias periarticulares o intraarticulares, etcétera; cuadros con los cuales la monoartritis comparte elementos clínicos que pueden llevar a errores diagnósticos (tabla VII).

La anamnesis raramente permitirá establecer por sí sola si realmente se trata de una monoartritis o de un proceso fluxivo yuxtaarticular, ya que, como fue analizado, todos los cuadros referidos se presentan con similar sintomatología. Por esto, la exploración detallada del aparato locomotor adquiere en estas circunstancias un rol fundamental, permitiendo diferenciar entre una monoartritis y el resto de los diagnósticos diferenciales planteados.

Los principales signos clínicos que nos permiten establecer estas diferencias son los siguientes; respecto al dolor, en la artritis, cuando se reproduce a la palpación, el mismo es difuso, mientras que en los procesos inflamatorios yuxtaarticulares se localiza sobre la estructura afectada.

La movilización tanto pasiva como activa, genera, en el caso de la artritis, dolor en todos los movimientos,

mientras que en el caso de los procesos fluxivos periarticulares, despiertan dolor aquellos movimientos en los cuales participa activamente la estructura involucrada.

En lo referente a la tumefacción, en los procesos articulares afecta a toda la articulación, mientras que en las patologías vinculadas a las estructuras yuxtaarticulares, se trata de una tumefacción localizada (bursitis, tendinitis), o que se extiende más allá de la zona articular (celulitis, paniculitis).

A propósito de la impotencia funcional, la afectación puramente articular produce un patrón típico de limitación al movimiento articular, denominado patrón capsular, que es específico para cada articulación; en los procesos inflamatorios periarticulares la movilización pasiva se encuentra conservada.

Respecto al diagnóstico etiológico del proceso articular debemos recordar que el número de enfermedades que son capaces de producir una monoartritis es muy extenso y variado.

Dentro de estas posibilidades, lo primero a descartar es el origen infeccioso de la misma, dada la alta morbimortalidad que presenta.

La artritis séptica es un proceso infeccioso grave, con un índice de mortalidad de aproximadamente un 12%, y con un porcentaje de morbilidad vinculada a la discapacidad secuelar de la articulación afectada de un 75%.

Para definir el origen de la monoartritis nos vamos a basar una vez más en la anamnesis, la exploración física y en determinadas pruebas complementarias.

En primera instancia debemos mencionar la importancia de no centrar nuestra atención exclusivamente en la articulación afectada, ya que en muchos casos existen síntomas y signos clínicos extraarticulares que nos pueden orientar al diagnóstico etiológico de la monoartritis, ya que como fue mencionado, la misma podría ser expresión e inclusive manifestación inicial de una enfermedad sistémica.

Dada la importancia de descartar el origen infeccioso de una monoartritis, - como mencionamos anteriormente - , vamos a analizar los principales

datos anamnésticos que nos permiten plantear con alta probabilidad dicho diagnóstico, los mismos son denominados signos de alarma, y los exponemos a continuación:

- ⇒ Fiebre
- ⇒ Antecedente de lesión (puerta de entrada) en la vecindad de las estructuras articulares
- ⇒ Artrocentesis previa
- ⇒ Proceso infeccioso en curso a otro nivel (neumonía, meningitis, endocarditis, etc.)
- ⇒ Contacto sexual reciente sospechoso de E.T.S.
- ⇒ Uso de drogas por vía parenteral
- ⇒ Inmunocompromiso e inmunosupresión (diabetes mellitus, alcoholismo, esplenectomía, enfermedades neoplásicas, etc.)

Del interrogatorio podemos además recabar otros datos que nos permitirán orientarnos hacia otros diagnósticos etiológicos, dentro de estos destacamos (como fue analizado previamente), la edad y sexo del paciente, su procedencia y ocupación, sus actividades de vida diaria, antecedentes de cuadros similares al actual, su diagnóstico y tratamiento, traumatismos articulares, hiperuricemia, ingesta de fármacos, enfermedades cutáneas y sistémicas y antecedentes familiares relevantes probablemente relacionados con el cuadro actual.

En la exploración física obtendremos también elementos de importancia en la orientación diagnóstica, reiterando nuevamente que la misma nunca debe limitarse exclusivamente al aparato locomotor, sino que debe ser completa y minuciosa, buscando manifestaciones a nivel cutáneo y en otros sistemas (ver tablas I y II), u otros posibles focos primarios de infección.

Es importante tener siempre presente, a la hora de emitir un juicio diagnóstico, que una monoartritis aguda puede ser la forma de comienzo de una serie de enfermedades con afectación típica oligo o poliarticular.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Estudio del líquido sinovial:

Dentro de las pruebas complementarias cobra especial interés el estudio del líquido sinovial, que muchas veces permite establecer el diagnóstico en forma directa, como luego analizaremos.

El líquido sinovial corresponde a un ultrafiltrado o dializado plasmático a través de la membrana sinovial, pero con la particularidad de contener ácido hialurónico y glucosaminglicanos, este último con la propiedad de conferirle al líquido sinovial su viscosidad, característica fundamental desde el punto de vista de la mecánica articular.

Dicho líquido se obtiene por punción y aspirado de la cavidad articular, técnica denominada artrocentesis, a la cual haremos referencia posteriormente.

Respecto al estudio del mismo, se debe efectuar un adecuado análisis microbiológico, mediante estudio directo con tinción Gram, u otras tinciones según presunción diagnóstica, y cultivos en medios adecuados según sospecha clínica (aerobios, anaerobios, micobacterias y hongos); de esta forma esperamos confirmar el origen séptico de la artritis, tipificando al germen responsable de la misma, pudiendo establecer un tratamiento precoz, intenso y adecuado a los gérmenes planteados, evitando las complicaciones generales y locales (destrucción articular) derivadas del proceso.

El aspecto macroscópico del líquido, color, turbidez y viscosidad, también puede orientarnos a la etiología del proceso; en lo que respecta al análisis microscópico citoquímico, ciertas características como el recuento celular, la concentración de glucosa y proteínas, y el estudio con microscopía de luz polarizada, permite clasificarlo en inflamatorio, no inflamatorio (mecánico) e infeccioso (tabla VIII).

En lo referente a la **Artrocentesis**, a continuación analizaremos brevemente sus indicaciones, contraindicaciones, técnica de realización y complicaciones.

La aspiración del líquido articular esta indicada como método diagnóstico en aquellos casos de derrame articular de etiología desconocida; como parte del

tratamiento, con la finalidad de lograr el alivio sintomático en los pacientes portadores de una artritis conocida; y como control evolutivo, con el objetivo de valorar la respuesta al tratamiento, en las artritis sépticas.

La infección en la zona de punción constituye una contraindicación absoluta para la realización de la artrocentesis, mientras que los trastornos de la hemostasia y las bacteriemias constituyen contraindicaciones relativas para la realización de la misma, en aquellos pacientes anticoagulados, una anticoagulación en rango no contraindica el procedimiento.

El sitio de punción articular (ver figuras 1, 2 y 3) debe ser previamente esterilizado con una solución de povidona yodada, con la finalidad de garantizar las estrictas condiciones de asepsia del procedimiento a realizar.

Respecto a la anestesia, puede utilizarse una infiltración local con lidocaína o xilocaína al 1% o al 2%.

En el caso de la articulación de la rodilla, la misma se flexiona a 10-15°, colocándose un apoyo debajo de la fosa poplítea para el sostén de la articulación, relajando el cuádriceps. Luego se aborda la articulación por la cara interna o externa, inmediatamente por debajo de la cara rotuliana inferior.

En el caso del cuello de pie, la maniobra se realiza con el paciente en decúbito supino y con el pie en posición perpendicular a la pierna. La punción interna tiene lugar justo por dentro del tendón extensor largo del primer dedo, que se identifica extendiendo y flexionando sucesivamente este dedo. También existe un abordaje externo, en el cual se introduce la aguja justo en posición distal al límite inferior del peroné.

La artrocentesis de la articulación del puño se realiza en el dorso de la mano, flexionando ligeramente la muñeca. El lugar de entrada para la aspiración externa es justo distal al extremo del radio, sobre la cara cubital del tendón extensor del pulgar. La aspiración interna se realiza entre la zona distal del cúbito y del carpo.

Las pequeñas articulaciones de la mano y del pie se puncionan de forma similar, introduciendo la aguja por la cara dorsal, inmediatamente por debajo del tendón extensor, tanto en la cara interna como en la externa. Estas articulaciones contienen una cantidad muy reducida de líquido sinovial, por lo que puede lavarse el material obtenido con suero fisiológico isotónico de NaCl al 0.9%, para aumentar las probabilidades de examinar la presencia de cristales.

Las complicaciones de la artrocentesis, de ser correctamente realizada, son muy escasas., sin embargo debemos advertir al paciente sobre la posibilidad de que el dolor, la tumefacción o el calor aumenten luego de realizada la maniobra.

Se han descrito complicaciones infecciosas en menos del 0.1% de los casos, si se aplican técnicas adecuadas de esterilización.

Aunque el examen del líquido sinovial es de gran valor en la orientación diagnóstica de una monoartritis aguda, en muchos casos no nos permite por si solo un diagnóstico definitivo.

Otras pruebas complementarias:

En la valoración inicial de una monoartritis aguda solicitaremos aquellos parámetros de laboratorio que nos puedan poner de manifiesto elementos compatibles con actividad infecciosa en curso, por tanto incluimos en nuestra solicitud **hemograma** y reactantes de fase aguda, dentro de los cuales destacamos la **V.E.S.** y la **proteína C reactiva**, sabiendo que en caso de hallar una leucocitosis neutrofílica, con elevación de la velocidad de eritrosedimentación y/o de la proteína C reactiva, nos orienta al origen infeccioso del cuadro clínico, aunque dichos hallazgos carecen de sensibilidad y especificidad.

En lo que respecta a la valoración imagenológica, se realizarán **estudios radiológicos** simples en 2 proyecciones de la articulación afectada y de su contralateral a los efectos comparativos, teniendo en cuenta que la valoración radiológica precoz suele ser normal, o mostrar únicamente un aumento de la densidad de las partes blandas periarticulares.

En algunos casos podrá evidenciar fracturas del hueso subcondral, condrocalcinosis, calcificaciones

periarticulares, cuerpos extraños radioopacos, osteocondromas sinoviales, osteoporosis localizada, osteonecrosis aséptica o focos de osteomielitis crónica, halazgos que tienen fundamental valor diagnóstico.

La ecografía, el centellograma óseo, la tomografía computada y la resonancia magnética, tienen mayor sensibilidad para detectar focos de osteomielitis, abscesos periarticulares, necrosis ósea aséptica, fracturas de esfuerzo, pseudofracturas, miositis focal, tumores óseos y sinoviales.

Dichas técnicas diagnósticas no se utilizan habitualmente en la valoración de urgencia de una artritis aguda, reservándose para aquellos casos de monoartritis agudas sin confirmación diagnóstica, que no responden al tratamiento inicial, y para aquellas artritis que comprometen articulaciones axiales y profundas (coxofemorales, escapulo-humerales, sacroilíacas).

ALGORITMOS DIAGNOSTICOS

Al igual que para el caso de las oligoartritis y poliartritis, en la sección correspondiente (tablas, cuadros y figuras) expondremos algoritmos diagnósticos de las monoartritis agudas, que en forma esquemática tratarán de ilustrar la serie de pasos a

seguir cuando nos enfrentamos ante esta entidad clínica.

Los mismos están orientados inicialmente según los hallazgos en el estudio del líquido sinovial obtenido por artrocentesis, punto a partir del cual se establecen los siguientes y sucesivos pasos a seguir, condicionados por los diferentes resultados obtenidos.

Dicha exposición trata de ser lo más práctica posible, para facilitar su comprensión, y para lograr arribar precozmente, y con cierto nivel de seguridad a los planteos nosológicos finales, que condicionarán el tratamiento, la evolución y el pronóstico de dichas entidades.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

En la tabla IX se presentan esquemáticamente aquellas situaciones clínicas que justifican el ingreso hospitalario para el caso particular de las monoartritis agudas.

Aquellos casos no incluidos, así como las monoartritis crónicas - en su gran mayoría -, pueden ser adecuadamente estudiadas y tratadas en forma ambulatoria.

TABLAS, CUADROS Y FIGURAS

TABLA I - CAUSAS DE POLIARTRITIS Y OLIGOARTRITIS

➤ Infeciosas	Bacterianas: gonococo, meningococo, endocarditis bacteriana, sífilis, lepra, brucela, tuberculosis, etc. Víricas: VHB, CMV, rubéola, varicela, sarampión, parvovirus B ₁₉ , HIV, herpesvirus, enterovirus, adenovirus, etc. Micóticas: Cándida, Aspergillus, etc. Parasitarias: Giardia lamblia, Toxoplasma gondii, etc.
➤ Inmunológicas	
• No autoinmunes	Fiebre reumática, Enfermedad de Lyme, Reumatismo de Poncet, etc.
• Autoinmunes	Conectivopatías: PARC, LES, EMTc, PM/DM, PAN, Síndrome de Sjögren, Esclerodermia, etc. Vasculitis: Síndrome de Schönlein - Henoch, Crioglobulinemia, Síndrome de Behçet, Enfermedad del suero, PAN, ACG, etc. Espondiloartropatías: Espondilitis anquilosante, Artropatía psoriásica, Síndrome de Reiter, Artritis enteropáticas, Artritis reactivas, etc.
➤ Microcristalinas	Gota, Pseudogota o Condrocálcinos, Hidroxiapatita, etc.
➤ Enfermedades de depósito	Amiloidosis, Hemocromatosis, Reticulohistiocitosis, etc.
➤ Endocrinológicas	Hipotiroidismo, Hiperparatiroidismo, etc.
➤ Enfermedades neoplásicas	Síndromes linfoproliferativos crónicos sin expresión leucémica (Linfopatías tumorales), Leucemias agudas, Síndromes mielodisplásicos, etc.
➤ Miscelánea	Sarcoidosis, Fiebre mediterránea familiar, Policondritis recidivante, Síndrome de Sweet, Osteoartropatía hipertrófica, etc.

**TABLA II - ENFERMEDADES PROBABLES SEGÚN MANIFESTACIONES
MULTISISTEMICAS ASOCIADAS A LA ARTROPATIA**

Manifestaciones multisistémicas	Artropatías más probables
<ul style="list-style-type: none"> • Ocular <ul style="list-style-type: none"> ➤ Uveítis anterior ➤ Conjuntivitis ➤ Queratoconjuntivitis seca ➤ Epiescleritis ➤ Xeroftalmia ➤ Edema periorbitario ➤ Hemorragias retinianas, cuerpos cistoides ➤ Coriorretinitis ➤ Iritis ➤ Manchas de Röth 	<p>Espondiloartritis, Artritis juvenil, Policondritis recidivante, Sarcoidosis, Espondiloartropatías, Síndrome de Reiter, PARC</p> <p>Síndrome de Sjögren</p> <p>Artritis reumatoidea</p> <p>Síndrome de Sjögren (primario o secundario)</p> <p>Polimiositis, Dermatomiostitis, Triquinosis</p> <p>Lupus eritematoso sistémico</p> <p>infecciones por <i>Cándida albicans</i>, <i>Toxoplasmosis</i></p> <p>Artritis crónica juvenil, Espondiloartropatías</p> <p>Endocarditis infecciosa</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Digestiva <ul style="list-style-type: none"> ➤ Odinofagia ➤ Xerostomía ➤ Úlceras bucales ➤ Disfagia ➤ Diarrea ➤ Hepatomegalia ➤ Dolor abdominal ➤ Proctitis ➤ Malabsorción 	<p>Síndrome de Sjögren, Artritis reumatoidea (compromiso cricoaritenoides), Fiebre reumática, LES</p> <p>Síndrome de Sjögren</p> <p>Síndrome de Behçet</p> <p>Esclerosis sistémica, Polimiositis, Dermatomiostitis, Enfermedad mixta del tejido conectivo</p> <p>Enfermedades inflamatorias intestinales, Enfermedad de Whipple, Artritis reactivas, Artritis enteropáticas</p> <p>Hepatitis aguda viral, Amiloidosis, Hemocromatosis, Enfermedad de Wilson, Conectivopatías</p> <p>Enfermedad de Schönlein-Henoch, Vasculitis sistémicas, Fiebre mediterránea familiar</p> <p>Gonococcia</p> <p>Esclerodermia, Amiloidosis</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nefrourológica <ul style="list-style-type: none"> ➤ Síndrome nefrítico agudo ➤ Uretritis, Prostatitis, Vaginitis ➤ Dispareunia ➤ Lesiones en el pene <ul style="list-style-type: none"> ▪ úlceras dolorosas ▪ balanitis circinada ➤ Orquitis 	<p>Vasculitis sistémica</p> <p>Síndrome de Reiter, Artritis reactivas, Gonococcia</p> <p>Síndrome de Sjögren</p> <p>Síndrome de Behçet</p> <p>Síndrome de Reiter</p> <p>Panartritis nodosa</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Neurológica <ul style="list-style-type: none"> ➤ Neuropatía periférica ➤ Síndrome del túnel carpiano ➤ Afección orgánica del SNC ➤ Cefalea unilateral ➤ Síndrome meníngeo ➤ Mielitis transversa ➤ Crisis convulsivas 	<p>LES, PARC, PAN, Vasculitis sistémica, Enfermedad de Lyme (VII par craneano)</p> <p>Artritis reumatoidea, Amiloidosis, Gota, Rubéola, Hipotiroidismo</p> <p>Vasculitis sistémica</p> <p>Arteritis de la temporal</p> <p>LES</p> <p>LES</p> <p>LES</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Cardiológica <ul style="list-style-type: none"> ➤ Valvulopatía ➤ Miocardiopatía ➤ Pericarditis ➤ HTA (reciente inicio) 	<p>Fiebre reumática, LES, PARC, Espondilitis anquilosante, Endocarditis infecciosa</p> <p>Amiloidosis, Hemocromatosis, Esclerosis sistémica, Polimiositis, Dermatomiostitis</p> <p>LES, Esclerosis sistémica, PARC</p> <p>Vasculitis sistémica</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Pleuropulmonar <ul style="list-style-type: none"> ➤ Neumopatía alvéolo intersticial ➤ Nódulos pulmonares ➤ Infiltrados pulmonares transitorios ➤ Adenopatías mediastínicas ➤ Derrame pleural 	<p>Conectivopatías, Espondiloartritis</p> <p>PARC, Granulomatosis de Wegener</p> <p>LES, Granulomatosis de Wegener</p> <p>Sarcoidosis</p> <p>PARC, LES, Vasculitis sistémicas</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Hematológica <ul style="list-style-type: none"> ➤ Linfadenopatías / Esplenomegalia 	<p>Artritis crónica juvenil, Enfermedad de Still del adulto, Conectivopatías, Sarcoidosis, Enfermedad de Whipple, Enfermedad del suero, Endocarditis infecciosa, Brucelosis</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ORL <ul style="list-style-type: none"> ➤ Disfonía, Estridor, Traqueítis ➤ Patología nasal y/o de senos paranasales 	<p>Policondritis recidivante</p> <p>Granulomatosis de Wegener</p>

TABLA III - ENFERMEDADES PROBABLES SEGÚN MANIFESTACIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS A LA ARTROPATIA

Manifestaciones cutáneas	Artropatía más probable
<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones máculopapulosas <ul style="list-style-type: none"> ➤ Eritema facial: <ul style="list-style-type: none"> ▪ fotosensible ▪ no fotosensible ➤ Eritema nodoso ➤ Lesiones anulares: <ul style="list-style-type: none"> ▪ no pruriginosas ▪ Habones pruriginosos: <ul style="list-style-type: none"> - urticaria - urticaria like ➤ Rush difuso ➤ Manchas de Janeway 	<p>LES, Dermatomiositis Infección por parvovirus humano B19 Sarcoidosis, Artritis reactiva, Enfermedad de Behçet</p> <p>Eritema marginado de Leiner (Fiebre reumática), Eritema migratorio (Enfermedad de Lyme), Dermatitis lúpica (subaguda o crónica)</p> <p>Enfermedad del suero, Hepatitis B Vasculitis hipocomplementémica, LES, Síndrome de Sjögren Artritis crónica juvenil, Enfermedad de Still del adulto Endocarditis infecciosa</p>
• Edema e induración difusos	ES, Síndrome CREST, Enfermedad mixta del tejido conectivo, Hipotiroidismo, Fascitis eosinofílica, L-triptófano
• Nódulos	PARC, Gota (tofos), Eritema nodoso, Síndrome de Behçet, LES, Poliarteritis nodosa, Síndrome de Sweet, Artrosis (Heberden y Bouchard), Endocarditis infecciosa (Osler), Enfermedad pancreática
• Púrpura palpable	Vasculitis por hipersensibilidad, Gonococcia, Meningococemia, Estafilococemia, Sepsis por Pseudomonas spp.
• Fenómeno de Raynaud	LES, EMTC, Esclerodermia, PM/DM
• Hemorragias en astilla	Endocarditis infecciosa
• Lesiones hiperqueratósicas descamativas	Psoriasis, Síndrome de Reiter
• Queratodermia	Artritis reactiva, Síndrome de Reiter
<ul style="list-style-type: none"> • Úlceras <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cutáneas ➤ Orales: <ul style="list-style-type: none"> ▪ dolorosas (estomatitis aftosa) ▪ indoloras 	<p>Fenómeno de Raynaud, Vasculitis sistémica</p> <p>Síndrome de Behçet, Enfermedad inflamatoria intestinal Síndrome de Reiter, LES</p>
• Pústulas	Síndrome de Behçet (en puntos traumáticos: fenómeno patérgico) Gonococcia, Estafilococemia, Endocarditis infecciosa
• Pioderma gangrenoso	Enfermedad inflamatoria intestinal
• Alopecia	LES
• Hiperpigmentación cutánea	Enfermedad de Whipple, Hemocromatosis
• Paniculitis	Sarcoidosis, Tuberculosis, Enfermedades hematológicas
• Acné	SAPHO
• Hipersensibilidad a la palpación de la calota	Polimialgia reumática, Arteritis temporal

**TABLA IV - VALOR DE LA RADIOLOGIA CONVENCIONAL
PARA EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA ENTESITIS**

Hallazgos radiológicos del esqueleto axial	Diagnósticos probables
<ul style="list-style-type: none"> • Sindesmofitos <ul style="list-style-type: none"> ➢ bilaterales, simétricos, delgados, distribución por toda la columna ➢ unilaterales o bilaterales asimétricos, gruesos, distribución dorsal baja y lumbar alta 	<ul style="list-style-type: none"> • Espondilitis anquilosante • Artritis enteropática • Síndrome de Reiter • Artritis psoriásica
<ul style="list-style-type: none"> • Sacroileítis <ul style="list-style-type: none"> ➢ bilateral y simétrica ➢ asimétrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Espondilitis anquilosante • Artritis enteropática • Síndrome de Reiter • Artritis psoriásica
<ul style="list-style-type: none"> • Cuadratura vertebral <ul style="list-style-type: none"> ➢ marcada ➢ poco evidente 	<ul style="list-style-type: none"> • Espondilitis anquilosante • Artritis enteropática • Síndrome de Reiter • Artritis psoriásica

**TABLA V - VALOR DE LA RADIOLOGÍA CONVENCIONAL
PARA EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS SINOVITIS**

Hallazgos radiológicos elementales	Diagnósticos probables
<ul style="list-style-type: none"> • Lesión ósea <ul style="list-style-type: none"> ➢ Osteoporosis ➢ Erosiones <ul style="list-style-type: none"> ▪ Marginales ▪ Yuxtaarticulares ▪ Centrales (con osteofitosis) ▪ Periarticulares ➢ Neoformaciones óseas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esclerosis subcondral – osteofitosis ▪ Periostitis • Tumefacción de partes blandas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Periarticular, fusiforme, concéntrica ▪ Yuxtaarticular, excéntrica ▪ periarticulares de hombro • Calcificaciones <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cartilaginosa ▪ Yuxtaarticular ▪ Inserción tendinosa – ligamentaria ▪ Partes blandas • Pinzamientos articulares <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uniformes ▪ No uniformes 	<ul style="list-style-type: none"> • Sinovitis pura • Sinovitis pura, Entesitis • PARC, Gota • Artritis erosiva • Artritis neuropática • Artrosis, Artropatía neuropática, Condrocálcinosis • Entesitis, Osteoartropatía hipertrófica • PARC, otras sinovitis puras • Gota • Amiloidosis (hombro almohadillado) • Condrocálcinosis • Tofo calcificado (PARC) • Entesitis, Artritis microcristalina (hidroxiapatita) • ES, PM/DM • Artritis inflamatorias • Artrosis

TABLA VI - CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO DE UN PACIENTE CON OLIGO O POLIARTRITIS AGUDAS

TABLA VII - DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DE LAS MONOARTRITIS AGUDAS

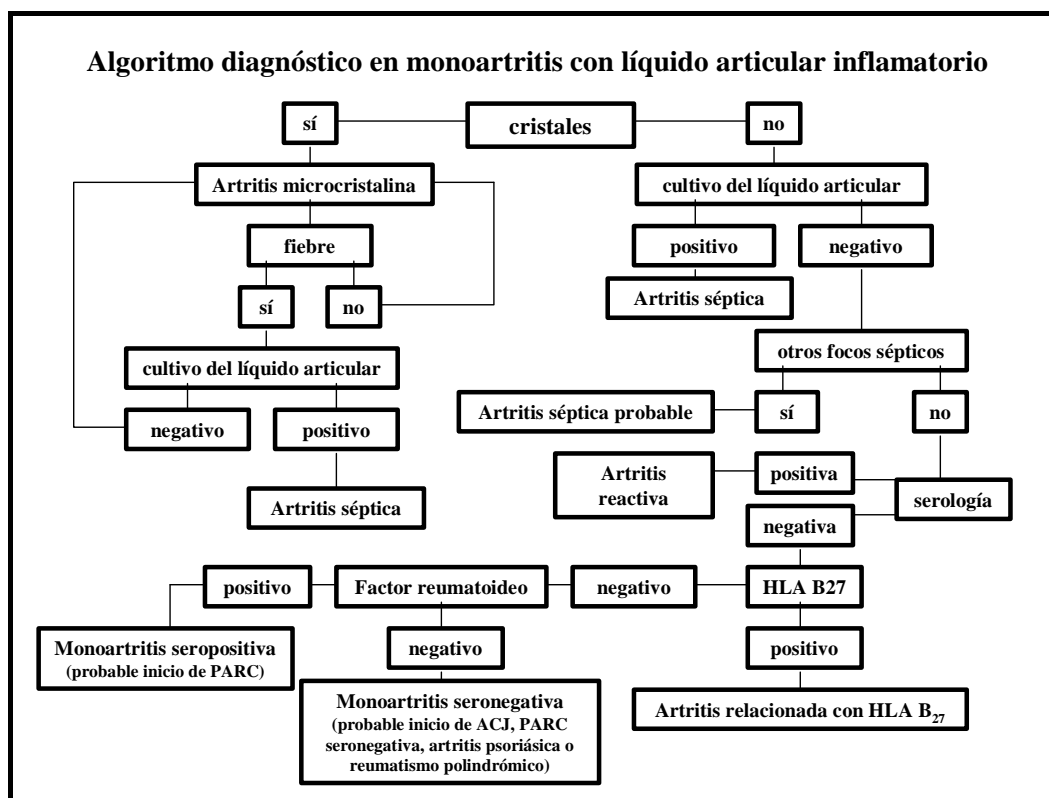
Articulación afectada	Proceso patológico
➤ Hombro	• Bursitis subacromial, tendinitis del manguito de los rotadores, tendinitis bicipital, capsulitis adhesiva
➤ Codo	• Epicondilitis, epitrocleítis, bursitis olecraneana
➤ Mano	• Síndrome del túnel carpiano, tenosinovitis de De Quervain, fractura de escafoides, necrosis ósea aséptica del semilunar, dedos en resorte, distrofia simpática refleja
➤ Cadera	• Bursitis trocantérea, del ileopsoas o isquioglútea, meralgia parestésica
➤ Rodilla	• Bursitis prepatelar, infrapatelar, poplítea, tendinitis anserina, ruptura meniscal, enfermedad de Pellegrini - Stieda
➤ Tobillos - pies	• Tendinitis peronea, tibiales, aquilea, bursitis retrocalcánea, espolón calcáneo, síndrome del túnel del tarso, distrofia simpática, neuroma de Morton, fascitis plantar, periostitis por osteoartropatía hipertrófica
➤ Témporomandibular	• Disfunción de articulación témporomandibular, arteritis de Horton, linfadenitis preauricular, patologías odontológicas

TABLA VIII - CLASIFICACIÓN DEL LÍQUIDO ARTICULAR

	normal	no inflamatorio	inflamatorio	séptico
viscosidad	alta	alta	baja	baja
color	incoloro	pajizo	amarillo	variable
aspecto	transparente	transparente	translúcido / turbio	opaco / purulento
leucocitos/mm³	< 200	200 - 2.000	2.000 - 100.000	> 100.000
% PMN	< 25	entre 25 - 50	entre 50 y 75	> 75
microbiológico	negativo	negativo	negativo	positivo o negativo
cristales	negativo	negativo	positivo o negativo	negativo
mucina	firme	firme	friable	friable
glucosa	idem plasma	idem plasma	hasta 25% menor	< 40%

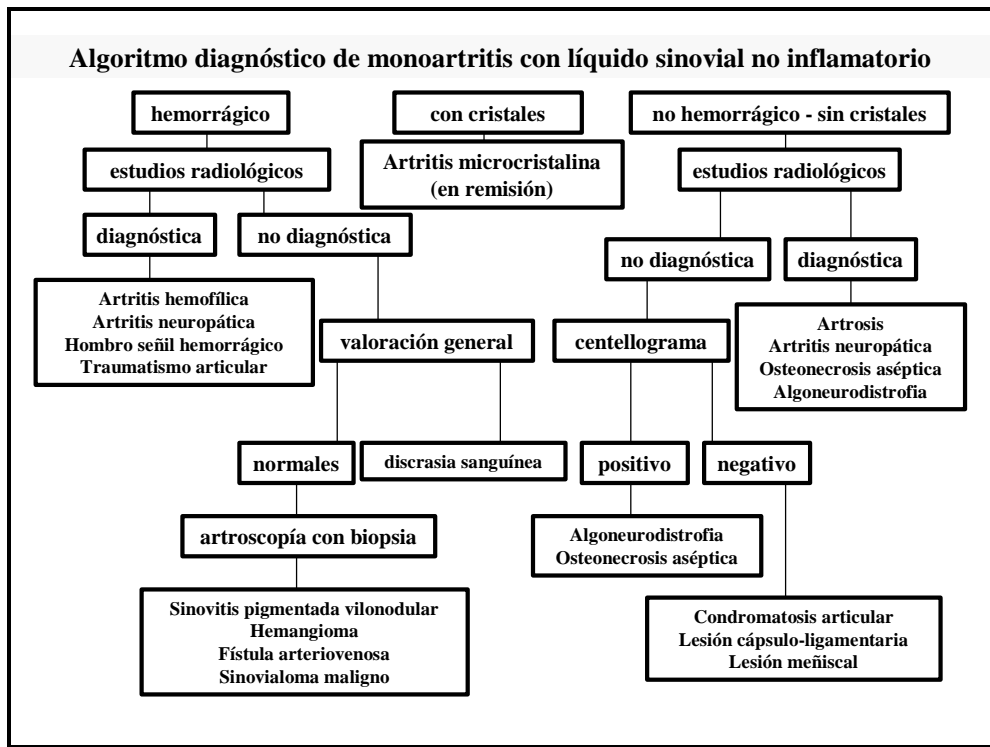
**TABLA IX - CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO
DE UN PACIENTE CON MONOARTRITIS AGUDA**

- Tinción de Gram del líquido sinovial positiva (Artritis séptica)
- Más de 50.000 células / mm³ en líquido sinovial sin evidencia de microcristales (probable Artritis séptica)
- Líquido sinovial de características inflamatorias con síndrome febril (probable Artritis séptica)
- Líquido sinovial de características inflamatorias y antecedentes de contacto sexual de riesgo o sospecha de gonococcia (probable Artritis séptica)
- Monoartritis aguda con sospecha de enfermedad de base grave (neoplasias, vasculitis, conectivopatías)
- Monoartritis aguda en pacientes con mal estado general o con importante deterioro funcional que dificulte su estudio ambulatorio
- Líquido sinovial hemático con trastorno demostrado de la coagulación sanguínea
- Lesión ósea periarticular radiológica que sugiera tumor u osteomielitis
- Necesidad de técnicas diagnósticas que requieran su ingreso hospitalario
- Duda razonable acerca del cumplimiento del seguimiento ambulatorio



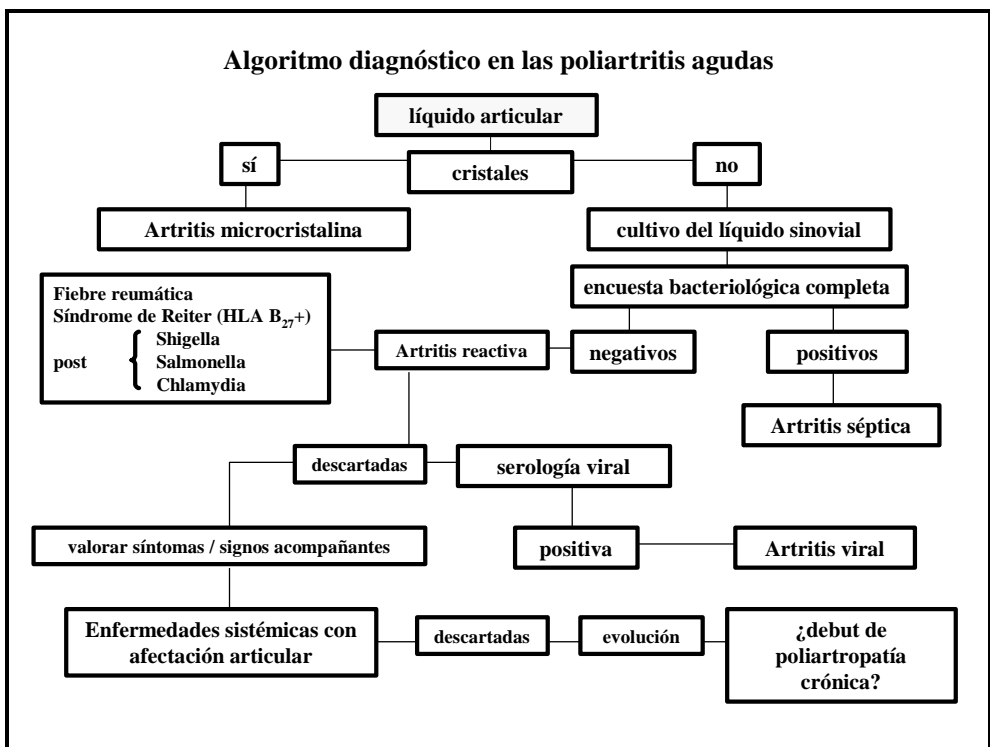
Algoritmo diagnóstico de monoartritis con líquido articular inflamatorio

(modificado de Noguera Y., Pérez C., Walsh A., Russi D., Síndromes monoarticulares, Algoritmos de diagnóstico y tratamiento, Tomo I, Clínica Médica "3" Prof. Dr. Hugo Bielli, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Oficina del Libro AEM, Montevideo, 1995.)



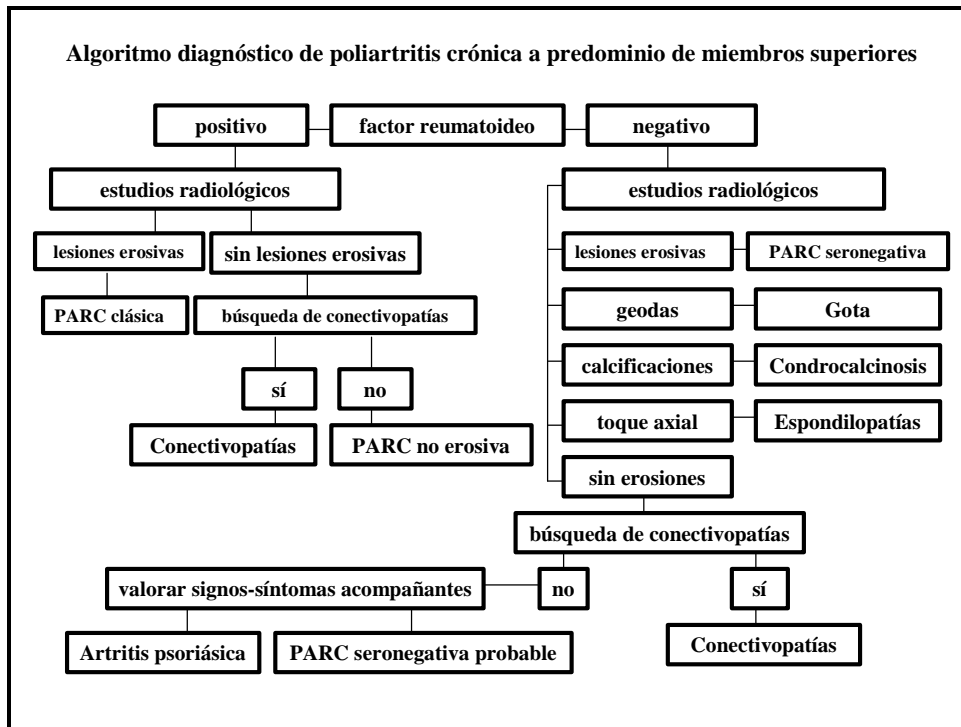
Algoritmo diagnóstico de monoartritis con líquido sinovial no inflamatorio

(modificado de Noguera Y., Pérez C., Walsh A., Russi D., Síndromes monoarticulares, Algoritmos de diagnóstico y tratamiento, Tomo I, Clínica Médica "3" Prof. Dr. Hugo Bielli, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Oficina del Libro AEM, Montevideo, 1995.)



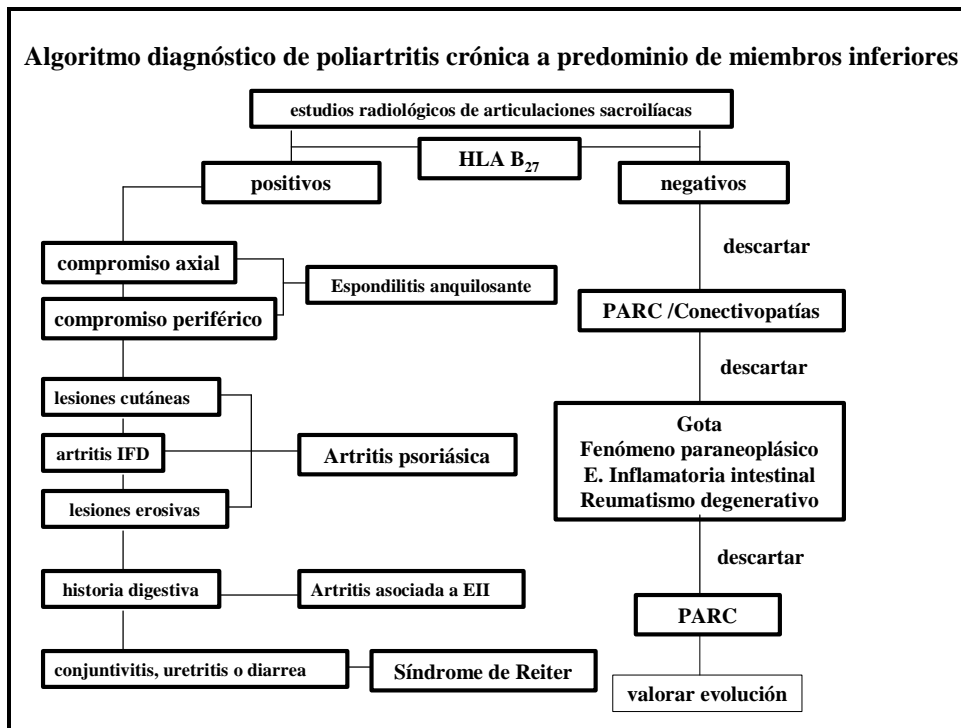
Algoritmo diagnóstico en las poliartritis agudas

(modificado de A., Bancho G., Mazzuco G., Russi D., Síndromes poliarticulares, Algoritmos de diagnóstico y tratamiento, Tomo I, Clínica Médica "3" Prof. Dr. Hugo Bielli, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Oficina del Libro AEM, Montevideo, 1995.)



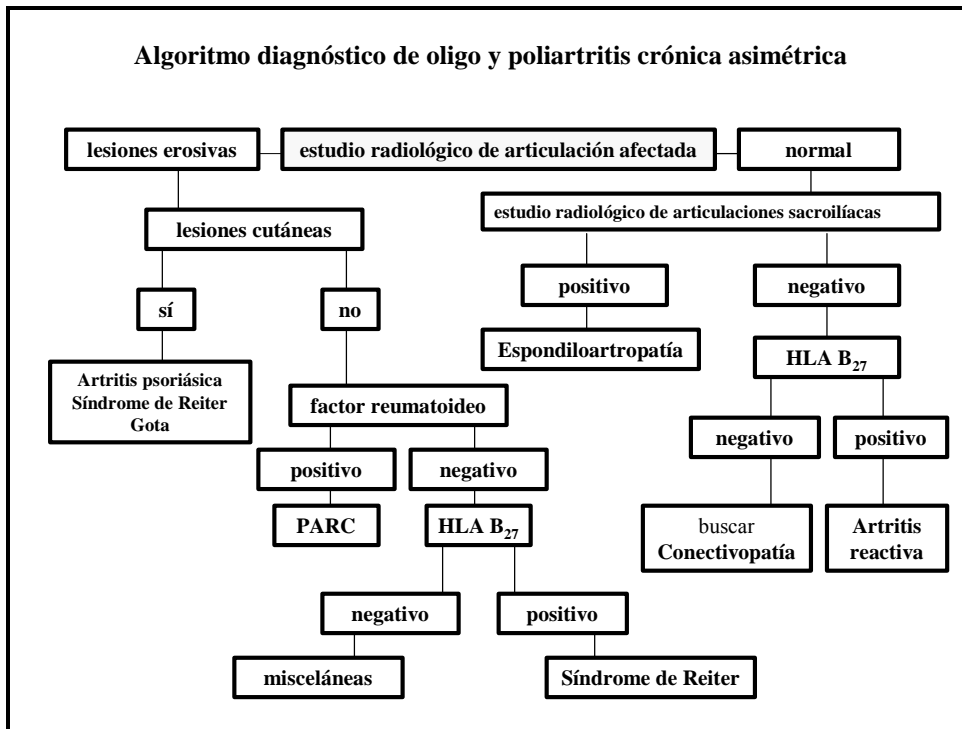
Algoritmo diagnóstico de poliartritis crónica a predominio de miembros superiores

(modificado de A., Bancharo G., Mazzuco G., Russi D., Síndromes poliarticulares, Algoritmos de diagnóstico y tratamiento, Tomo I, Clínica Médica "3" Prof. Dr. Hugo Bielli, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Oficina del Libro AEM, Montevideo, 1995)



Algoritmo diagnóstico de poliartritis crónica a predominio de miembros inferiores

(modificado de A., Bancharo G., Mazzuco G., Russi D., Síndromes poliarticulares, Algoritmos de diagnóstico y tratamiento, Tomo I, Clínica Médica "3" Prof. Dr. Hugo Bielli, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Oficina del Libro AEM, Montevideo, 1995)



Algoritmo diagnóstico de oligo y poliartritis crónica asimétrica

(modificado de A., Banchemo G., Mazzuco G., Russi D., Síndromes poliarticulares, Algoritmos de diagnóstico y tratamiento, Tomo I, Clínica Médica "3" Prof. Dr. Hugo Bielli, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Oficina del Libro AEM, Montevideo, 1995)

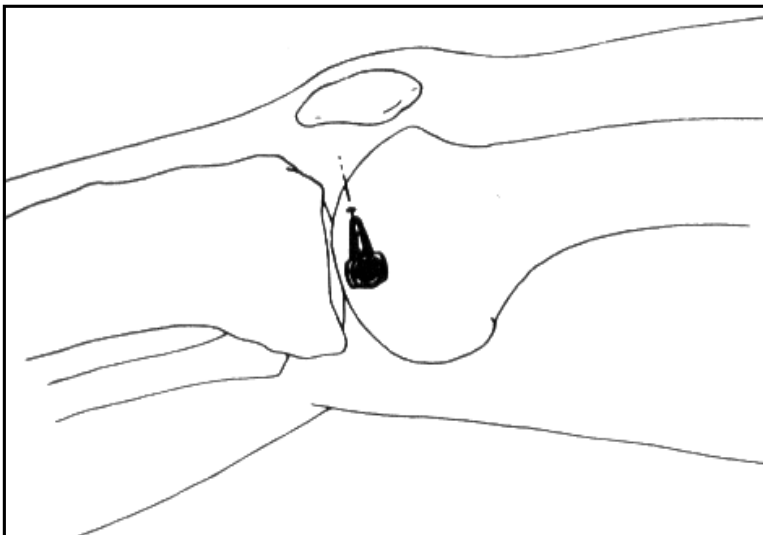
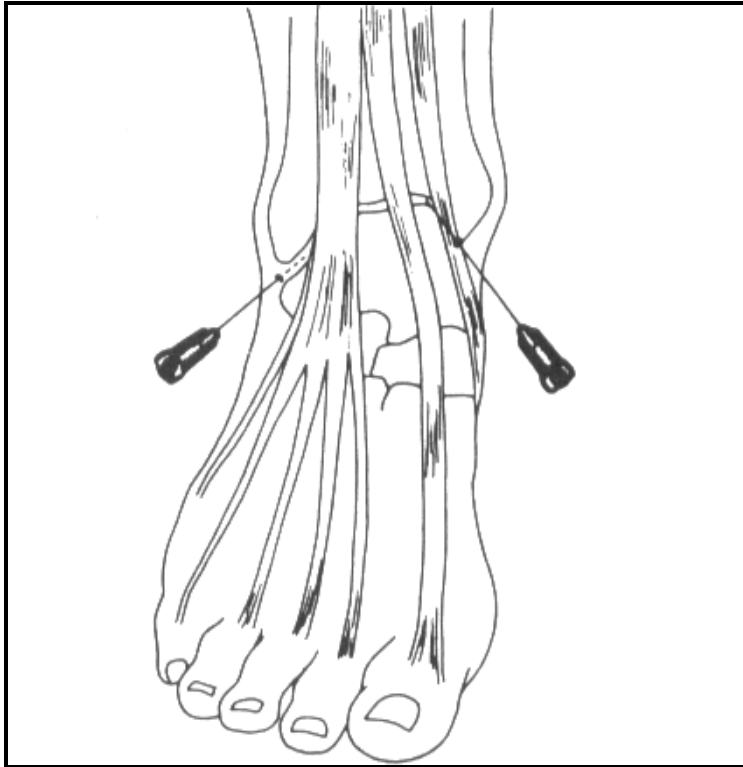
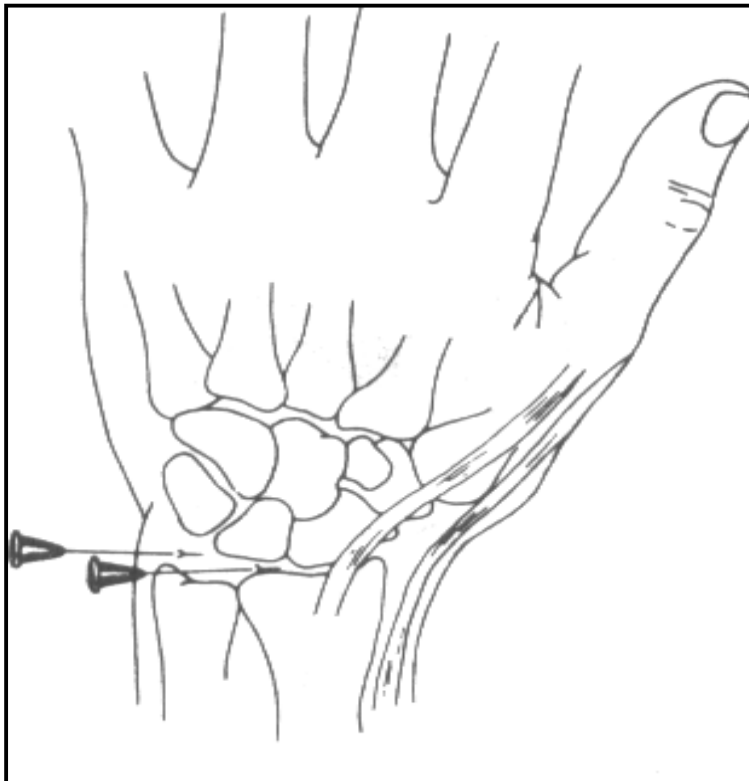


Fig. 1. Artrocentesis de la rodilla por la cara interna

(de J. F. Beary III, C. L. Christian y N. A. Johanson : Manual of Rheumatology and Outpatient Orthopedic Disorders, 2a ed. Little, Brown, Boston, 1987.)



**Fig. 2. Arthrocentesis del tobillo
por la cara interna y externa**
(de J. F. Beary III, C. L. Christian y N. A.
Johanson : Manual of Rheumatology and
Outpatient Orthopedic Disorders, 2a ed. Little,
Brown, Boston, 1987.)



**Fig. 3. Arthrocentesis de la muñeca
por la cara interna y externa.**
(de J. F. Beary III, C. L. Christian y N. A.
Johanson : Manual of Rheumatology and
Outpatient Orthopedic Disorders, 2a ed. Little,
Brown, Boston, 1987.)

BIBLIOGRAFIA

- ▶ Alonso Valdivieso JL, Alegre López J, Álvarez Lario B. Protocolo diagnóstico de una artritis intermitente, *Medicine*, nº27, 8ª edición, Ediciones Doyma S.L., España, noviembre 2000.
- ▶ Andreu Sánchez JL. Criterios de ingreso hospitalario en patología del aparato locomotor urgente no traumatológica, *Medicine*, nº33, 8ª edición, Ediciones Doyma S.L., España, febrero 2001.
- ▶ Andreu Sánchez JL. Protocolo de interpretación de los hallazgos en líquido sinovial de una artrocentesis, *Medicine*, nº33, 8ª edición, Ediciones Doyma S.L., España, febrero 2001.
- ▶ Carreño Pérez L, López Longo FJ. Artritis sépticas, *Medicine*, nº35, 8ª edición, Ediciones Doyma S.L., España, febrero 2001.
- ▶ Díaz Moya G, Cantalejo Moreira M, Balsa Criado A, Martín Mola E. Protocolo diagnóstico de una poliartritis aguda de reciente comienzo, *Medicine*, nº27, 8ª edición, Ediciones Doyma S.L., España, noviembre 2000.
- ▶ Laso FJ, Artralgias/artritis, Diagnóstico diferencial en Medicina Interna, Francisco Javier Laso Guzmán, Harcourt Brace, Madrid, España, 1997.
- ▶ Mazzucchelli Esteban R, Quirós Donate J, Zarco Montejo P, Urgencias del aparato locomotor (II): Dolor articular, *Medicine*, nº35, 8ª edición, Ediciones Doyma S.L., España, febrero 2001.
- ▶ Muñoz Ávila J, Calderón de la Barca Gázquez JM. Monoartritis Agudas, *Medicina de Urgencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación*, L. Jiménez Murillo, F. J. Montero Pérez, 2ª edición, Harcourt Brace, Madrid, España, 1999.
- ▶ Muñoz Ávila J, Martínez Sánchez FG. Manejo en Urgencias de las poliartritis, *Medicina de Urgencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación*, L. Jiménez Murillo, F. J. Montero Pérez, 2ª edición, Harcourt Brace, Madrid, España, 1999.
- ▶ Noguera Y, Pérez C, Walsh A, Russi D. Síndromes monoarticulares, Algoritmos de diagnóstico y tratamiento, Tomo I, Clínica Médica "3" Prof. Dr. Hugo Bielli, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Oficina del Libro AEM, Montevideo, 1995.
- ▶ Ortiz García AMª, Laffon Roca A. Protocolo diagnóstico de una poliartritis crónica, *Medicine*, nº27, 8ª edición, Ediciones Doyma S.L., España, noviembre 2000.
- ▶ Pérez A, Banchemo G, Mazzuco G, Russi D. Síndromes poliarticulares, Algoritmos de diagnóstico y tratamiento, Tomo I, Clínica Médica "3" Prof. Dr. Hugo Bielli, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Oficina del Libro AEM, Montevideo, 1995.

