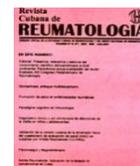


# Revista Cubana de Reumatología



Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología  
Volumen 21, Número 2; 2019 ISSN: 1817-5996  
[www.revreumatologia.sld.cu](http://www.revreumatologia.sld.cu)

## ARTÍCULO DE REVISIÓN

# Monoartritis aguda. Urgencia en la atención reumatológica

## Acute monoarthritis. Urgency in rheumatologic care

**Jonathan Adrián Velasco Bustamante <sup>1\*</sup>, Dagmar Lizbeth Velasco Bustamante <sup>2</sup>, Galo Alejandro Baquero Vallejo <sup>3</sup>, Jessica Lizeth Gomez Valverde <sup>4</sup>, Marco Andrés Villacres Pinza <sup>5</sup>, Karina Alejandra Jinez Coca <sup>6</sup>**

<sup>1</sup> Médico General en Funciones Hospitalarias. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Pichincha, Ecuador. \*

<sup>2</sup> Médico General. Ministerio de Salud Pública. Pichincha, Ecuador.

<sup>3</sup> Médico General en Primer Nivel de Atención. Ministerio de Salud Pública. Pichincha, Ecuador.

<sup>4</sup> Médico General en Funciones Hospitalarias. Hospital Provincial Docente Ambato. Tungurahua, Ecuador.

<sup>5</sup> Médico Cirujano. Hospital Básico Machachi. Pichincha, Ecuador.

<sup>6</sup> Médico Residente. Hospital Básico San Cayetano. Tungurahua, Ecuador.

\*Autor para la correspondencia: Dr. Jonathan Adrián Velasco Bustamante.  
[jonavelascobustamante@gmail.com](mailto:jonavelascobustamante@gmail.com)

## RESUMEN

**Introducción:** el dolor articular agudo es una emergencia reumatológica. Con pocas excepciones, todas las patologías articulares pueden presentarse inicialmente como dolor agudo mono o poliarticular.

**Objetivo:** revisar elementos asociados al diagnóstico temprano de la monoartritis aguda en pacientes con o sin evidencia de trauma para que sea identificada como una urgencia clínico quirúrgica.

**Desarrollo:** la monoartritis aguda es la inflamación de una sola articulación con un dolor intenso, que se caracteriza por enrojecimiento de la articulación, calor, tumefacción y limitación de los movimientos con una duración aproximada hasta 6 semanas.

**Conclusiones:** para realizar el diagnóstico y poder efectuar una correcta atención de urgencia es necesario tener en cuenta un amplio espectro de patologías en el diagnóstico diferencial, por tanto, es esencial llevar a cabo un buen interrogatorio, obtener información sobre la historia de la enfermedad actual y hacer un examen físico detallado. Ante estos eventos es preciso que las instituciones y servicios implicados disponibles de forma inmediata, prevista y coordinada las condiciones físicas y materiales necesarias para recibir al paciente e iniciar el inicio el tratamiento indicado bajo la supervisión de los especialistas.

**Palabras clave :** dolor agudo; diagnóstico temprano; monoartritis aguda; trauma; urgencia clínico quirúrgica.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** Acute joint pain is a rheumatological emergency. With few exceptions, all joint pathologies can present initially as acute mono or polyarticular pain.

**Objective:** To review elements associated with the early diagnosis of acute monoarthritis in patients with or without evidence of trauma to be identified as a surgical clinical emergency

**Development:** Acute monoarthritis is the inflammation of a single joint with intense pain, characterized by redness of the joint, heat, swelling and limitation of movements with an approximate duration of up to 6 weeks.

**Conclusions:** In order to make the diagnosis and be able to carry out a correct emergency care, it is necessary to take into account a wide spectrum of pathologies in the differential diagnosis, therefore, it is essential to carry out a good interrogation, obtain information about the history of the current disease and do a detailed physical examination. In view of these events, it is necessary that the institutions and services involved immediately available and planned and coordinated the physical and material conditions necessary to receive the patient and initiate the indicated treatment under the supervision of the specialists.

**Keywords:** Acute pain, early diagnosis, acute monoarthritis, trauma, clinical surgical emergency.

Recibido: 12/03/2019

Aprobado: 20/05/2019

---

## INTRODUCCIÓN

Hasta que se demuestre lo contrario, el dolor articular agudo es una emergencia reumatológica. Con pocas excepciones, todas las patologías articulares pueden presentarse inicialmente como dolor agudo

mono o poliarticular, con o sin hinchazón. Es muy importante reconocer las urgencias y las artropatías que requieren tratamiento específico.

El trauma agudo es la causa más frecuente de dolor articular e hinchazón en pacientes que acuden a un servicio de urgencia. Sin embargo, en una significativa minoría, que puede ser entre un 5 %-10 % no hay historia de trauma y consecuentemente se requiere un enfoque diferente en la evaluación e investigación que se realice para la atención de estos casos.

La monoartritis aguda es la inflamación de una sola articulación con un dolor intenso, que se caracteriza por enrojecimiento de la articulación, calor, tumefacción y limitación de los movimientos con una duración aproximada hasta 6 semanas.<sup>(1)</sup> La inflamación es el resultado de factores que afectan la membrana sinovial, la que reactivamente se inflama y se acompaña del aumento del líquido sinovial, lo cual puede provocar un derrame y afectar a las estructuras circundantes.

El dolor agudo e inflamación en una articulación siempre requiere valoración urgente, pues en el caso de que se trate de una artritis séptica hay un riesgo de morbilidad y mortalidad que no debe desconocerse y, por lo tanto, es preciso que la evaluación permita excluir esta causa entre otras de monoartritis. En caso de artritis séptica, la destrucción del cartílago puede ir muy rápidamente, en menos de 2 días en casos extremos. Un retraso en el diagnóstico y tratamiento, puede resultar en bacteriemia, sepsis, sufrimiento prolongado, destrucción articular, discapacidad, necesidad de prótesis articular, cirugía o muerte.<sup>(2)</sup>

El primer paso esencial en la evaluación de un dolor articular agudo es diferenciar en el antecedente de un trauma o no. No debe asumirse que todos los pacientes con dolor en las extremidades deben tener una herida. Algunos pacientes pueden intentar racionalizar sus síntomas y aunque acuden a un servicio a recibir asistencia dan una vaga historia de la lesión trivial que no aporta suficientes elementos para el diagnóstico, así que la ausencia de un mecanismo claro sobre lesiones debe alertar al médico. Cuando esto sucede no debe asumirse como un caso de un simple trauma menor, por el contrario, estos pacientes requieren una historia más rigurosa.

Por lo tanto, es importante entender la prevalencia de cada diagnóstico y utilizar un abordaje clínico organizado y basado en la evidencia. Errores graves en el manejo de la monoartritis aguda puede incluir no realizar o retrasar la aspiración de la articulación y administrar antibióticos antes de realizarla y enviar el líquido sinovial para el cultivo. Otro error potencial es comenzar el tratamiento basándose en un diagnóstico apoyado únicamente en datos de laboratorio (por ejemplo, niveles elevados de ácido úrico en suero).

Las causas más comunes de la monoartritis aguda: artritis cristal (gota y pseudogota son las más frecuentes), artritis séptica (el cuadro con mayor morbimortalidad) y el traumatismo oculto. El desafío es que las presentaciones se superponen y que a veces se mantiene la incertidumbre diagnóstica incluso después de la aspiración de la articulación.<sup>(3)</sup>

En este estudio nos propusimos revisar elementos asociados al diagnóstico temprano de la monoartritis aguda en pacientes con o sin evidencia de trauma para que sea identificada como una urgencia clínico quirúrgica, por la necesidad de actuar con rapidez en aras de un mejor pronóstico.

## DESARROLLO

Los diagnósticos más frecuentes de monoartritis en la atención primaria son: micro cristalinos (15-27 %), sépticos (8-27 %), degenerativos (osteoartritis) (5-17 %) o inflamatorios (espondiloartritis y artritis reumatoide) en particular (11-16 %).

Para realizar el diagnóstico y poder efectuar una correcta atención de urgencia es necesario tener en cuenta un amplio espectro de patologías en el diagnóstico diferencial, por tanto, es esencial llevar a cabo un buen interrogatorio, obtener información sobre la historia de la enfermedad actual y hacer un examen físico detallado, de modo que los médicos puedan dar respuesta a interrogantes que son esenciales para establecer el diagnóstico y la conducta terapéutica.<sup>(4)</sup>

Una manera que facilitaría establecer el diagnóstico y la terapéutica es que los médicos de atención guíen su actuar siguiendo un algoritmo para la toma de decisiones que puede estructurarse sobre la base de las siguientes preguntas:

1. ¿Estructura afectada?:

- articular: (sinovial, cartílago, cápsula, ligamentos)
- peri-articular (tendones, bolsas, huesos, nervios, músculos, piel)

2. ¿Predominio del elemento inflamatorio?

3. ¿Tipo de urgencia? (artritis séptica, ciertas enfermedades del tejido conectivo o vasculitis, traumatismo)

4. ¿Enfermedad que debe tratarse de manera específica? (enfermedad sistémica, gota, VIH, tumor, hepatitis C, hemocromatosis, artritis reactiva)

Ante una sospecha de monoartritis en el servicio de urgencia hay que desencadenar una secuencia de acciones:<sup>(5)</sup>

·Interrogar al paciente y examinar para responder la interrogante ¿está la artritis séptica virtualmente excluida? ¿hay otro diagnóstico prácticamente seguro?

·Si la respuesta a estas interrogantes es positiva entonces corresponde tratar e indicar la reevaluación periódicamente. Si la respuesta es negativa hay que ver si la articulación es fácil de puncionar y si no hay contraindicación de hacerlo.

·En caso que si pueda hacerse se procede a extraer el líquido y examinarlo. Una vez que se extrae el líquido hay que determinar si hay presencia de cristales y si hay o no gérmenes.

·En caso de haber cristales se confirma el diagnóstico de artritis cristalina y se impone tratamiento.

·Si al examinar el líquido se encuentra  $\geq 10.000$  leucocitos o  $\geq 75$  % PMN o  $\pm$  presencia de gérmenes, hay elementos significativos de artritis séptica por lo que debe hospitalizarse al paciente y ponerle antibioticoterapia. Si no se puede confirmar la artritis séptica hay que investigar, poner tratamiento y repetir la punción en caso de duda o evolución desfavorable. En presencia de una monoartritis siempre

hay que pensar en que sea séptica y la confirmación es el análisis del líquido sinovial para el recuento de células, hacer un Gram y un cultivo, además de buscar la presencia de cristales.<sup>(6)</sup>

### Anamnesis

Como se señaló anteriormente es preciso realizar un interrogatorio profundo que aporte elementos para descartar otros procesos diferentes a la monoartrosis.<sup>(7)</sup> Los principales elementos anamnésicos a buscar en presencia de artritis están relacionados con determinados antecedentes que son:

· Aparición de los síntomas iniciales.

Inicio de los síntomas de repente, en unas pocas horas: Gota (especialmente aparición nocturna), condrocalcinosis y otras artropatías microcristalinas.

Si la aparición ha sido lenta hay que valorar infecciones lentas (micosis, micobacterias), artrosis y tumores.

· Antecedentes de traumatismo:

. Traumatismo reciente puede ser una tendinitis leve, bursitis, fractura, hemartrosis o espondiloartritis.

. Ante intervención quirúrgica puede ser por microcristales o artritis séptica.

· Antecedentes de infección:

. Por herida infectada o procedimiento dental reciente hay que pensar en una artritis séptica.

. Instrumentación genitourinaria es posible una artritis séptica gramnegativa.

. Historia reciente (7-21 días) de faringitis estreptocócica indica la posibilidad de una artritis reumatoidea aguda.

. Antecedentes de uretritis valorar artritis gonocócica o reactiva.

. Picadura de garrapata puede provocar Enfermedad de Lyme.

. Ante infección intestinal tener en cuenta la posibilidad de artritis reactiva.

. Presencia de manifestaciones generales como fiebre, diarreas, uveítis, rash, etc. pueden ser una expresión de una artritis séptica.

• Antecedentes de uso de droga:

. Si hay antecedentes de uso intravenoso los diagnósticos sugeridos pueden ser artritis séptica hepatitis C o B y es preciso descartar un HIV.

· Antecedente de uso de medicamentos:

. Empleo de diuréticos, aspirina a pequeñas dosis o ciclosporina puede ser por Gota.

- . En el caso de anticoagulantes una hemartrosis.
- . Varios medicamentos pueden causar una artritis medicamentosa.
- . Uso de corticoesteroides puede ser causa de una osteonecrosis isquémica.
- . Antecedentes familiares de:
  - . Espondiloartritis
  - . Artritis reumatoide
  - . Gota
  - . Enfermedades del tejido conectivo
  - . Psoriasis
  - . Hemocromatosis
  - . Hemoglobinopatía

#### Examen físico

Ante un paciente que acuda a un servicio de urgencia por un dolor articular es necesario hacer un examen físico completo incluyendo todos los sistemas de órganos y no limitar la exploración al sistema osteomioarticular, pues puede haber manifestaciones extrarticulares que orienten el diagnóstico. Hay que valorar si el dolor es agudo o es crónico y si se localiza en una o varias articulaciones. En cualquiera de los casos el dolor se incrementa con los movimientos, sean estos activos o pasivos. Si el dolor al explorarlo es de la zona periarticular se intensifica con algunos movimientos.<sup>(8)</sup>

El examen físico debe enfocarse hacia la articulación involucrada, la articulación contralateral y el área circundante, además de realizar un examen general para buscar otras articulaciones afectadas por manifestaciones sistémicas de una enfermedad. Es importante tener en cuenta que por sí mismas, la historia del paciente y el examen físico no suelen ser suficientes para hacer un diagnóstico.<sup>(9)</sup>

Hay un grupo de manifestaciones extrarticulares importantes que deben buscarse durante el examen físico, pues pueden ser sugestivas de diagnósticos:

- Lesiones mucocutáneas
  - . Erupción papulopustular es sugestiva de gonococo, parvovirus y rubéola.
  - . Rash fotosensible puede indicar lupus eritematoso o dermatomiositis. eritematosa.
  - . Púrpura a causa de meningocemia o vasculitis.
  - . Nódulos subcutáneos (poliartritis reumatoide), inflamatorios (lupus eritematoso), tofos (gota), grasos (hipercolesterolemia familiar).

- . Piodermatitis gangrenosa y eritema nodoso puede orientar a artropatías ligadas a las enteropatías o a la sarcoidosis.
- . Psoriasis cutánea y / o uñas (queratosis sub-ungueal, onicólisis) puede ser una artritis psoriasica.
- Daños oculares
- . Keratoconjuntivitis seca, ulceraciones corneales pueden orientar a un Síndrome de Sjögren (poliartritis reumatoide y otras conectivitis).
- . Las conjuntivitis al Síndrome de Reiter.
- . Uveítis puede ser una manifestación de espondiloartritis, enfermedad de Behçet, artritis juvenil idiopática, enfermedad de Whipple y brucelosis.
- Daño neurológico
- . Neuritis de los nervios craneales y periféricos, neuritis radicular motriz o sensorial pueden orientar hacia una poliartritis reumatoide, vasculitis, conectivitis y crioglobulinemias.
- . Meningitis y encefalomiелitis a enfermedad de Behçet, conectivitis y artritis a meningococo.

Sin embargo, la anamnesis y el examen clínico a menudo no son suficientes para hacer un diagnóstico y, por lo general, son necesarias más pruebas. Se sabe que no es infrecuente tomar decisiones terapéuticas antes de conocer los resultados completos: el 16-36 % de la monoartritis aguda inicialmente no se puede clasificar y la monoartritis puede seguir siendo un evento transitorio sin recurrencia. Es preciso que los servicios de urgencia dispongan de medios diagnósticos para la atención de pacientes con estas patologías.

#### *Pruebas diagnósticas.*

##### - Artrocentesis

Este es el examen clave en caso de afectación monoarticular de origen indeterminado. Es esencial, en principio, ante cualquier derrame o sospecha de derrame intraarticular, especialmente para confirmar o negar una artritis bacteriana, a menos que se esté seguro de que se trata de un problema no inflamatorio.<sup>(10)</sup> En caso de duda, se debe utilizar una ecografía para visualizar y localizar el derrame. Sus indicaciones son el diagnóstico de un derrame articular de etiología desconocida y el seguimiento de una respuesta al tratamiento con antibióticos en la artritis séptica. También permite, en este último caso, reducir la presión intraarticular, la cantidad de gérmenes, PMN y enzimas.

Se recomienda por muchos autores y es nuestro criterio no puncionar en el lugar de la piel en la que haya una infección, o en la presencia de una prótesis articular sin opinión ortopédica. Los trastornos hemostáticos son una contraindicación relativa. En caso de duda se debe realizar una ecografía y seguir los consejos de especialistas (dermatólogo, reumatólogo y / u ortopedista), pero no se debe dejar de puncionar una posible artritis.

Es importante que los médicos que atienden los casos de monoartritis aguda en el servicio de urgencia o en los servicios de reumatología tengan presente que una búsqueda de gérmenes en el líquido sinovial que sea negativa mediante examen directo o cultivo no excluye una infección, especialmente con micobacterias. Por lo tanto, la PCR y / o las biopsias sinoviales están indicadas en caso de sospecha alta o evolución adversa inexplicable. La artrocentesis a menudo muestra un proceso inflamatorio sin un diagnóstico preciso. Una monoartritis también puede seguir siendo un evento transitorio sin recurrencia. <sup>(11)</sup>

#### - Imagenología

Otro elemento a tener en cuenta cuando se atienden casos de monoartritis aguda es saber cuándo las radiografías aportan información de valor. Por ejemplo, una radiografía de la articulación tiene poco valor en el sujeto joven en presencia de una afección inflamatoria aguda porque las lesiones óseas visibles se desarrollan tarde. Sin embargo, está indicada en la búsqueda de lesiones degenerativas, traumáticas, osteonecrosis, tumor y posible calcificación, como en caso de sospecha de condrocalcinosis. La radiografía también es útil como comparación de imágenes con posibles eventos posteriores.

La ecografía es de utilidad para confirmar la participación de una articulación especialmente profunda (cadera) al guiar la artrocentesis o la inyección terapéutica intraarticular, además permite distinguir entre una entesitis y sinovitis o derrame no inflamatorio. Por otra parte, se puede utilizar la tomografía computarizada pues puede servir para detectar osteomielitis, tofos o algunas calcificaciones.

#### - Exámenes de sangre

Aunque por lo general los exámenes de sangre tienen poca sensibilidad y especificidad y son útiles solo si se usan selectivamente en casos de alta probabilidad clínica, contribuyen a establecer el diagnóstico diferencial y valorar el diagnóstico probable de los casos agudos que se atienden en los servicios de urgencia, como, por ejemplo, para juzgar el estado inflamatorio, es aconsejable practicar un hemograma completo, VS o CRP.

. Otras investigaciones que a menudo son útiles según las circunstancias incluyen:

. Serologías de Lyme, VIH, hepatitis B, C y E, brucelosis, chikungunya, fiebre Q

. Investigación de factores reumatoides y anti-PCC.

. Dosis de uratos (durante la crisis, una dosis normal o baja no excluye una gota, pero una dosis alta hace posible guiar el diagnóstico).

. En ausencia de un diagnóstico obvio, es necesario buscar patologías a tratar específicamente, en particular gonococos, clamidia o micoplasma (PCR y / o cultivo del cuello uterino, uretra, orina, recto y garganta), hemocromatosis (relación hierro / transferrina, ferritina, búsqueda de la mutación HFE), enfermedad del tejido conjuntivo (FAN y anticuerpos antinucleoproteínicos) y vasculitis (ANCA)).

Un aspecto que consideramos de suma importancia es que el personal sanitario que brinda atención reumatológica de urgencia debe tener identificados los dolores mono o poliarticulares que requieren tratamiento inmediato.

A continuación, tipos de artritis que cursan con dolores monoarticulares:

-Artritis sépticas<sup>(12)</sup>

Dentro de las urgencias reumatológicas deben considerarse en primer lugar debido a su potencial destructivo y la sospecha de los gérmenes debe estar en relación con el tipo de población que se trate.

- . En adultos normales y sanos: estafilococo aureus, gonococo (sujetos sexualmente activos) y estreptococos.
- . Personas con traumatismos y abscesos cutáneos: estafilococos aureus.
- . Pacientes con infecciones o intervenciones urogenitales o digestivas: enterobacterias y estreptococos.
- . Personas inmunodeprimidas: enterobacterias.
- . Con disfunción esplénica: neumococos y meningococos.
- . Personas con tóxico dependencia intravenosa: enterobacterias, seudomonas y anaeróbicos.
- . Pacientes con prótesis de reemplazo articular: estafilococos epidérmicos y estafilococos dorados.<sup>(13)</sup>

- Artritis gonorreica

Esta es la causa más común en adultos jóvenes sexualmente activos. Afecta a 3 mujeres por 1 hombre. Además del síndrome febril, la tríada clásica incluye tenosinovitis, artralgia migratoria y lesiones vesiculares y pustulares. Sólo el 25 % de los exámenes directos (Gram) y los cultivos sinoviales son positivos. La PCR en el líquido sinovial aún no está validada. Es esencial confirmar la sospecha clínica mediante un examen de orina o frotis cervical (amplificación por PCR).

- . El tratamiento que debe imponerse es hospitalización e inmovilización y después movilización progresiva.
- . Ceftriaxona 2 g / día i.v. o Cefotaxime 2 g / 8h i.v. durante 7 días.

- Artritis séptica no gonocócica

A menudo afecta a grandes articulaciones como la rodilla y la cadera. Puede ser mono, oligo o poliarticular. En general, se transmite por vía sanguínea. Los gérmenes según su frecuencia son el estafilococo aureo 60 % (generalmente resistente a la penicilina y a menudo a la meticilina. Tiene un potencial extremadamente destructivo y puede destruir una articulación en menos de 48 horas), los gran-negativos 18 %, los estreptococos  $\beta$ -hemolíticos 15 %, los neumococos 3 % y los gérmenes anaeróbicos 3-4 %.<sup>(14)</sup>

El tratamiento recomendado consiste en hospitalización, inmovilización y posteriormente movilización progresiva. Es importante el tratamiento antibiótico parenteral según el germen, además se indica lavado con agujas (eventualmente drenaje frecuente con agujas). Si no hay mejoría después de 24 a 48 horas de evolución, drenaje quirúrgico o artroscópico. En general, se considera que las

articulaciones que son difíciles de acceder a la aguja (cadera, hombro) requieren un drenaje quirúrgico o artroscópico de inmediato.

- Artritis relacionada con la enfermedad de Lyme.

El 60 % de los pacientes con *Borrelia burgdorferi* sin tratar desarrollan artralgia; sin embargo, la artritis es rara. Estos son a menudo artritis dolorosa de las articulaciones grandes, especialmente la rodilla. La serología positiva debe confirmarse mediante inmunotransferencia debido a muchos falsos positivos. El tratamiento debe ser con doxycycline 2x100 mg / día durante 28 días o ceftriaxona 2 g / día durante 28 días en caso de fallo.

Artritis microcristalinas<sup>(15)</sup>

- A) Gota

Generalmente ocurre después de 25 años en los hombres, y después de la menopausia en las mujeres. La prevalencia en la población general es de 1 a 2 %. Monoartritis aguda que afecta una articulación grande. Los factores asociados son: hipertensión, obesidad, ERC, diuréticos e hiperuricemia.<sup>(16)</sup> El alto consumo de cerveza, carne y mariscos aumenta el riesgo. Los tofos generalmente aparecen después de 10 años de progresión de la artritis gotosa recurrente no tratada. La determinación del ácido úrico sérico no confirma el diagnóstico; la falta de aumento lo hace menos probable, pero hay un aumento en la excreción en el momento de una convulsión (sensibilidad del 90 %), que puede requerir un segundo ensayo remoto. El diagnóstico se realiza en presencia de cristales de urato birrefringentes en luz polarizada en el líquido sinovial y se debe excluir la infección concomitante.<sup>(17)</sup>

El tratamiento general consiste en descanso, inmovilización y hielo. El tratamiento farmacológico a recomendar es: AINE en dosis altas (tratamiento de elección en ausencia de contraindicaciones). Ejemplo: Indometacina 3-4 x 50 mg / día (máximo 200 mg / día) o diclofenaco 3-4 x 50 mg / día (máximo 200 mg / día). Colchicina: generalmente 3 x 0.5 mg el primer día, 2 x 0.5 el segundo día, luego de 0.5 a 1 mg / día desde el tercer día. También se indican corticosteroides en administración intraarticular si se excluye la infección; por ejemplo, betametasona 7 mg. La prednisona se indica en caso de contraindicación o ineficacia de los AINE o colchicina: 30 a 50 mg / día p.o. inicial, luego se desteta de 7 a 10 días.

Los inhibidores de la IL-1: en casos refractarios; el paracetamol 1g 3-4 x / día si es necesario. En el caso de los medicamentos hipouricémicos deben prescribirse para episodios repetidos, tofos o nefropatía urinaria (insuficiencia, litiasis) con buena cobertura de AINE +/- colchicina (0.5-1 mg / día) y / o prednisona ( $\leq 7.5$  mg / d) durante los primeros 3-6 meses, generalmente con una combinación de 2 tipos diferentes de moléculas durante los primeros 10 días. Debe insistirse en la reducción del peso y del consumo de cerveza, alcoholes fuertes, carnes rojas y crustáceos.

- B) Condrocálcinosis (pseudo-gota)

Es la artritis más frecuente de la edad avanzada. A menudo se presenta por un cuadro clínico similar a la gota. Esencialmente afecta las rodillas y las muñecas, pero puede ocurrir en cualquier articulación. El tratamiento del ataque agudo es similar al de la gota (pero la colchicina es menos efectiva). Debe buscarse asociación con hiperparatiroidismo, hemocromatosis o hipomagnesemia, especialmente en pacientes menores de 55 años.

## CONCLUSIONES

La valoración temprana de una articulación inflamada no séptica también proporciona una oportunidad de confirmar un diagnóstico que puede perderse una vez que el episodio inflamatorio cede. La hinchazón mono o poliarticular aguda, o la sospecha de monoartritis, es un reto diagnóstico incluso para el clínico experto y para el reumatólogo, y a menudo no está claro después de la evaluación inicial, de ahí que consideramos que la competencia del servicio que se brinde y lo oportuno que sea, es de suma importancia. Casi siempre es posible identificar los casos que requieren atención específica y urgente.

Ante estos eventos es preciso que las instituciones y servicios implicados disponibles de forma inmediata y previstas y coordinadas las condiciones físicas y materiales necesarias para recibir al paciente e iniciar el inicio el tratamiento indicado bajo la supervisión de los especialistas.

## REFERENCIAS

1. Revuelta E. Monoartritis en urgencias. Revisión. *Emergencias*. 2011;23:218-25.
2. Lingling Ma, Ann Cranney A, Holroyd-Leduc JM. Acute monoarthritis: What is the cause of my patient's painful swollen joint? *CMAJ*. 2009;180(1):59-65.
3. Villa LF, Sánchez AI, Naranjo A, Pérez A, Rodríguez C. Caso clínico. Paciente con monoartritis aguda febril. *Medicine*. 2001;8(35):1865-69.
4. Byng-Maddick R, Jeyalingam L, Keat A. Management of persistent inflammatory large joint Monoarthritis. *Clin Rheumatol*. 2012;31:1657-62.
5. Alba J, Ornilla E. Guías de actuación en urgencias. Clínica Universidad de Navarra; 2018.
6. Guillen Astete C, Anton Pages F, Gabilondo Alvarez G. When to change the antibiotic administration path in septic arthritis? Value of the acute phase reactants reduction. *Ann Rheum Dis*. 2010;69 (Supl.3):705.
7. Manual SER de las Enfermedades Reumáticas 2008. Madrid: Ed. Sociedad Española de Reumatología; 2008.
8. Fialho SC, De Castro GRW, Zimmermann AF. Musculoskeletal system assessment in an emergency room. *Rev Bras Reumatol*. 2011;51:240-8.
9. Till S, Snaith ML. Assessment, investigation, and management of acute monoarthritis. *JAccid Emerg Med*. 1999;16:355-61.
10. Ahmed I, Gertner E. Safety of arthrocentesis and joint injection in patients receiving anticoagulation at therapeutic levels. *Am J Med*. 2012;125:265-9.
11. Gachoud D, Guinot-Bourquin S, Monti M, Dudler J. Ponctions et infiltrations articulaires. *Rev Med Suisse*. 2008;4(177):2330-2,2334-6.

- 
12. Guillen CA, Grandal M, Velazquez C, Maldonado L, Vázquez M. Guía de manejo diagnóstico y terapéutico de la artritis séptica en urgencias. *iMedPub Journals*. 2013;9(2):3.
  13. Weston VC, Jones AC, Bradbury N et al. Clinical features and outcome of septic arthritis in a single UK Health District. 1982-1991. *Ann Rheum Dis*. 1999;58:214.
  14. Geipel, U. Pathogenic organisms in hip joint infections. *Int J Med Sci*. 2009;6:234-40.
  15. Gonzalez-Pineda A. Monoartritis aguda. *Rev Invest Med Sur Mex*. 2012;19(2):106-10.
  16. Richette, T, Bardin P. Gout. *Lancet*. 2010;375(9711):318-28.
  17. Janssens HJ, Fransen J, Van de lisdonk EH, Van riel PL, Van weel C, Janssen M. A diagnostic rule for acute gouty arthritis in primary care without joint fluid analysis. *Arch Intern Med*. 2010;170(13):1120-6.
- 

**Conflicto de interés:**

Los autores refieren no tener conflicto de interés.