

ANTECEDENTES PERSONALES

- Sin alergias/intolerancias conocidas.
- Hábitos tóxicos: Fumador de tabaco (20 c/día) y cannabis, consumidor de cocaína. Bebedor de 2L de cerveza /día.

Antecedentes médicos:

- Infección por VIH A1 (2013), CD4 621 y CV-VIH: 31000 copias/MI en Última revisión en consulta externa de MI. Virus salvaje, R5.
- Infección tuberculosa (Mantoux+) y tratamiento con INH en 2013.
- Vacunaciones: VHA, antineumocócica (Prevenar y Neumo-23 en 2016 y 2013).

Tratamiento habitual:

- Eviplera –Emtricitabina/Tenofovir/Rilpivirina (1-0-0)
- Paracetamol/tramadol (1-0-0)
- Alprazolam 0.25 mg (0-0-1)
- Deprax 100 mg Trazodona (1-0-0)

ENFERMEDAD ACTUAL

Cuadro de **dolor e inflamación en rodilla derecha** de **1 semana** de evolución, con **fiebre** de hasta 38º.

Ha acudido a Urgencias en 3 ocasiones la última semana por este motivo, realizándose artrocentesis y siendo valorado por Traumatología que descarta artritis séptica y recomienda estudio por nuestra parte.

Refiere molestias en región peneana (ha estado en tratamiento pautado por su MAP con Aciclovir por sospecha de herpes genital hace 15 días).

EXPLORACIÓN FÍSICA

Eupneico en reposo con buen estado general, hidratado y perfundido, PVY normal.

PA 130/70 67 LPM, Ta36a

- **ACP**: Rítmico, MVC sin ruidos sobreañadidos.
- **Abdomen**: blando no doloroso sin masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal.
- <u>EEII</u>: No edemas ni signos de TVP. Edema, eritema e inflamación en rodilla derecha.

Lesión eritematosa con discretos bordes ligeramente elevados anulares queratósicos en glande

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- HEMOGRAMA Y COAGULACIÓN

- 11.000 Leucocitos (77%N); Hb 14, VCM 95; 288000 Plaquetas.
- TP 78% INR 1.15

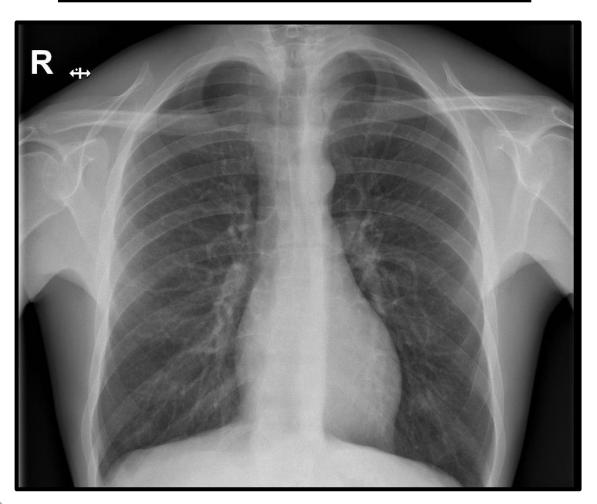
- **BIOQUÍMICA**

 Glucosa 107, urea 21, creatinina 0.73, FG 122, Na 135, K 3.9, cloro 103. PCR 148.

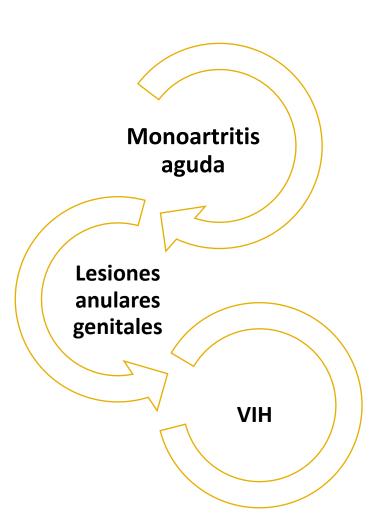
- LÍQUIDO SINOVIAL

- 46500 Leucocitos (87% PMN, 13% mononucleares), glucosa 51, PT 4.7.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



RECAPITULANDO ...





CARACTERÍSTICAS DEL LÍQUIDO ARTICULAR

	Normal	Séptico	Inflamatorio	Traumático
Color	Claro	Turbio	+/-	+/-
Leucocitos/mm ³	<200	>50.000	2.000- 50.000	<2.000
Neutrófilos	<25%	>90%	50-80%	0-30%
Glucosa mg/dl	80-100	<20	20-50	>50
Formación coágulo	Bueno	Pobre	Pobre	Bueno

CAUSAS DE MONOARTRITIS

Causas frecuentes

- Enfermedades por depósito de cristales o microcristalinas (12-27%)
- Gota
- Condrocalcinosis
- Hidroxiapatita
- Artritis septicas o infecciosas (8-27%)
- Bacterianas
- Gonocócicas
- Tuberculosas
- Osteoartritis (5-17%)
- Traumatismos o sobreuso
- Necrosis ósea avascular (2%)

15-35% son de causa desconocida

Enfermedades frecuentes que ocasionalmente se presentan como monoartritis

- Artritis reumatoide (11-16%)
- Artritis reactivas (2-19%)
- Artritis psoriásica (5%)
- · Artritis virales
- · Lupus eritematoso generalizado (7%)
- · Artritis reumatoidea juvenil

Causas poco frecuentes

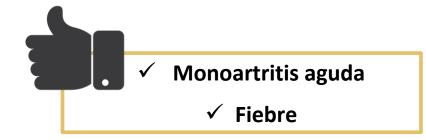
- · Sinovitis pigmentada vellonodular
- Amiloidosis
- · Osteoartropatía hipertrófica
- · Fiebre mediterránea familiar
- · Enfermedad de Behçet
- Micobacterias atipicas
- Hongos
- · Borrelia (enfermedad de Lyme)

Otras causas

- · Lesiones de estructuras intraarticulares
- · Meniscos, ligamentos, cuerpos libres
- · Osteocondritis disecante
- Hemartrosis
- Coagulopatía (hemofilia)
- Tratamiento anticoagulante
- · Neuropatia o enfermedad de Charcot
- · Distrofia simpaticorrefleja
- Reumatismo palindrómico
- Enfermedad de Paget con compromiso articular
- Tumores óseos
- Osteocondromatosis sinovial

ARTRITIS MICROCRISTALINAS

	Pirofosfato cálcico	Hidroxiapatita	Urato monosódico
Forma del cristal	Romboidal	Muy pequeños	Aguja
Birrefringencia	Débil +	No tiene	Muy negativa
Líquido sinovial	Inflamatorio (PMN)	Mecánico (MN)	Inflamatorio (PMN)
Radiología	Condrocalcinosis	Calcificaciones distróficas	Erosiones. Geodas
Localización más frecuente	Rodilla, muñeca, tobillo	Rodilla, hombro	Primera MTF
Diagnóstico	Microscopio polarización	ME	Microscopio polarización



No se ven cristales en el líquido sinovial

Lesión genital



CAUSAS DE MONOARTRITIS

Causas frecuentes

- Enfermedades por depósito de cristales o microcristalinas (12-27%)
- Gota
- Condrocalcinosis
- Hidroxiapatita
- Artritis sépticas o infecciosas (8-27%)
- Bacterianas
- Gonocócicas
- Tuberculosas
- Osteoartritis (5–17%)
- Traumatismos o sobreuso
- Necrosis ósea avascular (2%)

15-35% son de causa desconocida

Enfermedades frecuentes que ocasionalmente se presentan como monoartritis

- Artritis reumatoide (11-16%)
- Artritis reactivas (2-19%)
- Artritis psoriásica (5%)
- · Artritis virales
- Lupus eritematoso generalizado (7%)
- · Artritis reumatoidea juvenil

Causas poco frecuentes

- · Sinovitis pigmentada vellonodular
- Amiloidosis
- · Osteoartropatía hipertrófica
- Fiebre mediterránea familiar
- · Enfermedad de Behçet
- Micobacterias atipicas
- Hongos
- · Borrelia (enfermedad de Lyme)

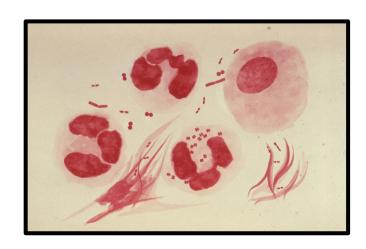
Otras causas

- · Lesiones de estructuras intraarticulares
- · Meniscos, ligamentos, cuerpos libres
- · Osteocondritis disecante
- Hemartrosis
- · Coagulopatía (hemofilia)
- · Tratamiento anticoaquiante
- Neuropatía o enfermedad de Charcot
- · Distrofia simpaticorrefleja
- Reumatismo palindrómico
- Enfermedad de Paget con compromiso articular
- Tumores óseos
- Osteocondromatosis sinovial

ARTRITIS SÉPTICA



INFECCIÓN GONÓCOCICA DISEMINADA





- ✓ Artritis
- **√** Fiebre
- ✓ Lesiones genitales

Poliartrtitis migratoria y asimétrica

Lesiones cutáneas en extremidades

Balanitis con lesiones no hiperqueratósicas



TUBERCULOSIS OSTEOARTICULAR

Representa el 10-35% de los casos de TBC extrapulmonar.





- Monoartritis
- ✓ Antecedente de infección tuberculosa
 - ✓ VIH

Evolución suele ser más insidiosa

Lesión genital

Los síntomas constitucionales son infrecuentes



CAUSAS DE MONDARTRITIS

Causas frecuentes

- Enfermedades por depósito de cristales o microcristalinas (12-27%)
- Gota
- Condrocalcinosis
- Hidroxiapatita
- Artritis sépticas o infecciosas (8-27%)
- Bacterianas
- Gonocócicas
- Tuberculosas
- Osteoartritis (5-17%)
- Traumatismos o sobreuso
- Necrosis ósea avascular (2%)

15-35% son de causa desconocida

Enfermedades frecuentes que ocasionalmente se presentan como monoartritis

- Artritis reumatoide (11-16%)
- Artritis reactivas (2-19%)
- Artritis psoriásica (5%)
- · Artritis virales
- · Lupus eritematoso generalizado (7%)
- · Artritis reumatoidea juvenil

Causas poco frecuentes

- · Sinovitis pigmentada vellonodular
- Amiloidosis
- · Osteoartropatía hipertrófica
- Fiebre mediterránea familiar
- · Enfermedad de Behçet
- Micobacterias atipicas
- Hongos
- · Borrelia (enfermedad de Lyme)

Otras causas

- · Lesiones de estructuras intraarticulares
- · Meniscos, ligamentos, cuerpos libres
- · Osteocondritis disecante
- Hemartrosis
- · Coagulopatía (hemofilia)
- · Tratamiento anticoaquiante
- Neuropatía o enfermedad de Charcot
- · Distrofia simpaticorrefleja
- Reumatismo palindrómico
- Enfermedad de Paget con compromiso articular
- Tumores óseos
- · Osteocondromatosis sinovial

ARTRITIS REACTIVA

La inflamación articular adopta la mayoría de las veces un patrón monoarticular

Hasta el 25% asocian *balanitis* circinada





- Monoartritis aguda
 - **✓** Fiebre
 - ✓ Lesión genital

No claro antecedente de infección genitourinaria o digestiva

ARTRITIS REACTIVA

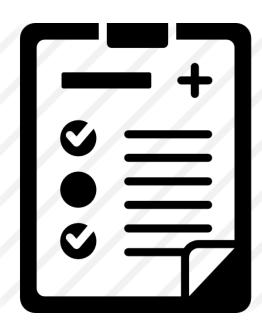
INFECCIÓN GONOCÓCICA DISEMINADA

ARTRITIS SÉPTICA

DIAGNÓSTICO

- Hemocultivos
- Estudio microbiológico del líquido sinovial: Gram, Ziehl y cultivo
- Frotis uretral





TRATAMIENTO

ATB empírica:

Ceftriaxona 2 gr IV/24h (diagnóstico y tratamiento)

Antiinflamatorios no esteroideos

	Tratamiento	Alergia a penicilina
Empírico	Ceftriaxona 250 i.m. DU (o cefixima 400 DU) + azitromicina 1 g v.o. DU Ceftriaxona 250 i.m. (o cefixima 400 mg v.o.) + doxiciclina 100 mg/12 h 7 dias	Ciprofloxacino 500 mg v.o. DU + azitromicina 1 g v.o. DU
Uretritis gonocócica	Ceftriaxona 125 i.m. DU ^a Cefixima 400 v.o. DU	Ciprofloxacino 500 mg v.o. DU ^b Espectinomicina 2 g i.m. DU
Uretritis no gonocócica	Azitromicina 1 g v.o. DU Doxiciclina 100 mg/12 h 7 días Eritromicina 500/6 h 7 días	
Uretritis persistente y recurrente	Metronidazol 2 g v.o. DU + eritromicina 500/6 h 7 dias	



BIBLIOGRAFÍA

- A. Label, Infección gonocócica diseminada: otra gran simuladora, Med Cutan Iber Lat Am 2020; 48 (1): 75-79.
- C. Bohórquez et al., Artritis, Diagnóstico y
 Tratamiento Médico "Green Book", 2019; Capítulo
 S81: 1278-1299.
- D. T. Yu, A. van Tubergen, Reactive arthritis,
 UpToDate, Literature review current through: Mar
 2021. | This topic last updated: Mar 21, 2020.
- E. Pascual et al, Diagnóstico de artropatía
 microcristalina, Reumatol Clin. 2008;4 Supl 3:45-9.
- S. M. Helfgott, Monoarthritis in adults: Etiology and evaluation, UpToDate, Literature review current through: Mar 2021. | This topic last updated: Jul 01, 2019.