

METODO DEL CASO (XI). Mujer de 36 años con poliartritis aguda

Joan M. Nolla Solé, Laura Berbel Arcobé, Paola Vidal Montal, Diego Benavent Nuñez, Javier Narvaéz García
Departament de Ciències clíniques. Facultat de Medicina i Ciències de la Salut. Universitat de Barcelona

Caso clínico

Mujer de 36 años de edad, que **consulta** por presentar:

- Poliartritis de 10 días de evolución y de instauración relativamente súbita (en el curso de 2-3 días) con afección de codos, muñecas, alguna articulación metacarpofalángica e interfalángica (bilateral) y ambas rodillas.
- Fiebre. Inicialmente con marcada y sostenida elevación de la temperatura (cinco días de evolución con $T_{AX} > 39^{\circ}\text{C}$). Posteriormente, disminución progresiva (febrícula en los últimos 3 días).
- Exantema eritematoso, macular, ligeramente pruriginoso, de predominio en región distal de ambas extremidades. El exantema está presente desde el inicio de proceso y , según la paciente, en la actualidad es de menor intensidad que al principio.

Antecedentes personales:

- Apendicectomía a los 29 años
- Dos gestaciones a término (cesárea) y un aborto espontáneo (3 meses)

Caso clínico

Exploración física:

- Poliartritis en regiones descritas.
- Exantema de características descritas Resto de exploración por órganos y sistemas , sin alteraciones.
- Buen estado general. TA: 132/85 mm Hg. T AX: 37, 2. FC: 82 x'. FR: 14 x'

Estudio analítico:

- Hemograma: Hemoglobina, 12, 9/L; Leucocitos: $4,73 \times 10^9$ /L (linfopenia: $1,2 \times 10^9$ /L) Plaquetas: 356×10^9 /L.; VSG: 53 mm/h.
- Bioquímica: Creatinina: 82 $\mu\text{mol/L}$ (N: 65 – 98); Sodio: 143 mmol/L (N: 135 – 147); Potasio. 4,6 mmol/L (N: 3,83 – 5,1); Glucosa: 6, 7 mmol/L (N: 4,1 – 7,8); Colesterol: 4, 28 mmol/L (N: 2, 93 – 5, 2); Alanina-aminotransferasa: 0,61 $\mu\text{kat/L}$ (N: 0,05 – 0, 56); Aspartoaminotransferasa: 0,52 $\mu\text{kat/L}$ (N: 0,05 – 0,5); Gamma-glutamilttransferasa: 0,35 $\mu\text{kat/L}$ (N: 0,05 – 0,46); Fosfatasas alcalinas: 1, 32 $\mu\text{kat/L}$ (N: 0,1 – 1,6); Calcio: 2,38 mmol/L (N: 2,15 – 2,51); Acido úrico: 322 $\mu\text{mol/L}$ (N: 143 – 371).
- Factor reumatoide (-). ACPA (-). ANA (-)

CASO CLÍNICO

Indica:

- Diagnóstico diferencial
- Elementos clave para establecer el diagnóstico
- Diagnóstico más probable

CASO CLÍNICO

Elementos clave para el diagnóstico:

- **Inicio agudo de los síntomas:** poliartritis simétrica de instauración rápida (2-3 días), con afectación de pequeñas y grandes articulaciones.
- **Síntomas constitucionales asociados:** fiebre alta sostenida seguida de febrícula; buen estado general en la fase tardía.
- **Exantema:** eritematoso, macular, pruriginoso, de predominio distal y presente desde el inicio.
- **Serología negativa para enfermedades autoinmunes:** FR, ACPA y ANA negativos.
- **Marcadores inflamatorios moderadamente elevados:** VSG 53 mm/h; linfopenia discreta.
- **Antecedentes epidemiológicos compatibles:** edad joven, estación del año, posible exposición a niños (frecuente en brotes escolares).
- **Autolimitación progresiva del cuadro clínico:** evolución típica de las artritis víricas.

Artritis vírica (parvovirus B19)

Aritis vírica (parvovirus B19)

Diagnóstico diferencial

- **Artritis reumatoide (AR):** descartada por la seronegatividad para FR/ACPA, la evolución autolimitada y la presencia de exantema (inusual en AR).
- **Lupus eritematoso sistémico (LES):** muy improbable por la ausencia de ANA, daño orgánico, y características cutáneas específicas (rash malar, fotosensibilidad).
- **Artritis reactiva:** carece de antecedente infeccioso gastrointestinal o genitourinario claro; suele haber entesitis y afectación asimétrica.
- **Vasculitis sistémica:** el patrón de exantema, la ausencia de púrpura palpable, lesiones necróticas o daño orgánico lo hacen improbable.
- **Otras artritis víricas (rubéola, hepatitis B/C, etc.):** requieren confirmación serológica específica; el parvovirus es el más prevalente en adultos jóvenes.

Aritis vírica (parvovirus B19)

Diagnóstico

Diagnóstico clínico respaldado por:

- **Cuadro clínico característico:** poliartritis simétrica aguda, fiebre, exantema.
- **Datos analíticos:** linfopenia, reactantes de fase aguda moderadamente elevados, serologías autoinmunes negativas.
- **Confirmación etiológica:** detección de IgM frente a parvovirus B19. En inmunodeprimidos, PCR para ADN vírico.
- **Curso clínico autolimitado:** resolución espontánea en semanas

ARTRITIS INFECCIOSA

Artritis infecciosa. Concepto.

El término **artritis infecciosa** hace referencia al proceso inflamatorio originado por la colonización de la articulación por parte de un microorganismo. **Artritis séptica** se utiliza a menudo como sinónimo de artritis infecciosa, pero debe reservarse para la artritis ocasionada por microorganismos piógenos. La artritis séptica constituye una urgencia médica, ya que su existencia determina una acentuada destrucción articular y puede comportar un riesgo vital para el paciente.

Urgencia médica

Proceso potencialmente letal

Alto índice de sospecha en todo paciente que consulta por monoartritis, especialmente si presenta inmunosupresión

Ante la sospecha de estar frente a una artritis infecciosa obliga a derivar al paciente a un servicio de urgencias

Artritis infecciosa. Etiología

Artritis producida por microorganismos piógenos

- Las más frecuentes son las estafilocócicas (especialmente producidas por *Staphylococcus aureus*), suponen el 50 – 60% de los casos. Las infecciones estreptocócicas suponen el 20 – 30% y las debidas a gérmenes gramnegativos un 10-15%. En la actualidad, en Europa, las artritis debidas a *Neisseria gonorrhoeae* son infrecuentes.

Artritis producida por microorganismos no piógenos

- La incidencia de artritis tuberculosa es claramente menor que la de las artritis causadas por microorganismos piógenos. Las artritis fúngicas son raras y los agentes causales son *Candida albicans* y, en menor medida, *Cryptococcus neoformans*. En la actualidad la artritis brucelar es extraordinariamente infrecuente.

- Las artritis víricas suponen una forma especial de artritis infecciosa. Se expresan esencialmente en forma de poliartritis con afección preferente de las pequeñas articulaciones de las manos y los pies, tienen un curso autolimitado y no producen destrucción articular. El parvovirus B19, el virus de la rubéola, el virus de la parotiditis y los virus de la hepatitis B y C son los agentes más habituales.

Artritis por Parvovirus B19

- **Transmisión respiratoria (orofaringe de los pacientes que sufren infección aguda)**
- **Contagiosidad elevada**
- **Los casos tienden a acumularse en primavera y verano**
- **La incidencia oscila mucho de un año a otro (periodicidad trianual o tetranual)**
- **Manifestaciones clínicas:**
 - Fiebre
 - Erupción máculo-papular que se extiende desde el tronco a las extremidades (en niños, afección malar característica)
 - Poliartritis simétrica con compromiso de rodillas, manos y pies (puede comportar una acentuada limitación funcional). Aparece con mayor frecuencia en adultos. Complicación excepcional: anemia aplásica
- **Diagnóstico**
 - IgM frente a PVB19
 - Detección en suero de secuencias del DNA vírico mediante PCR (inmunodeprimidos)
- **Infección autolimitada**
- **Tratamiento sintomático**

Causa relativamente frecuente de poliartritis aguda (autolimitada)