
Prevalencia de Monoartritis en el Hospital Escuela-Materno Infantil

Dres. Nicolas Sabillon Vallecillo*. Carlos Garcia Casanova**, Oscar Javier Quin Figueroa

RESUMEN

El proposito del estudio fue conocer la prevalencia y la etiologia de los pacientes con diagnostico de monoartritis que asistieron al Hospital Escuela Materno Infantil, en el lapso de enero 1980 a diciembre 1988. Se revisaron 27 expedientes que representaron el total de pacientes que consultaron por esta patologia. La edad estuvo comprendida en el rango de 4a 51 años ($X=18.7$ años); en 25 (92.5%) la articulation de la rodilla fue la afectada; en 12 (44.40%) pacientes el diagnostico de ingreso fue monoartritis de etiologia a estudiar; 25 (92.5%) egresaron sin un diagnostico etiologico confirmado; el seguimiento en la consulta extemapermitio hacer el diagnostico definitivo en 6 pacientes mas; en suma, en 8 (29.6%) se realizo un diagnostico definitivo, de los cuales 3 fueron Artritis Reumatoide, 3 Sinovitis Cronica, 1 Tuberculosa y 1 artritis gotosa. Se concluye que el porcentaje de diagnosticos definitivos (confirmados por laboratorio) que se alcanzo es muy bajo lo cual no permite identificar ampliamente las causas de monoartritis en estos pacientes.

Dr. en Medicina y Cirugia.

Direccion de Investigacion Cientifica. del
Dpto. Fisiologia. Universidad Nacional
Autonoma Honduras.

Dr. en Medicina y Cirugia - Pediatra-Alergologo,
Profesor titular III. Departamento de Pediatría.
Hospital Materno Infantil. Tegucigalpa D.C.

Palabras claves: Monoartritis, Prevalencia,
Reumatología-

INTRODUCTION

La monoartritis representa un reto en la practica medica.- El desconocimiento por parte del paciente de esta patologia, asi como el manejo inadecuado que algunos trabajadores de la salud le brindan, repercuten en gran medida en el pronostico. Hacer un diagnostico etiologico temprano, asi como instaurar la terapia especifica, son factores fundamentales para disminuir las secuelas, incluso la muerte, en estos pacientes.

En nuestro medio, la investigacion sobre monoartritis es muy escasa y no hay estudios de prevalencia publicados.- Los estudios demuestran que utilizando los medios diagnostico tradicionales de anamnesis, examen fisico, radiografia, gram, cultivo y estudios por cristales del liquido sinovial, se puede diagnosticar hasta el 74% de los pacientes, ya sea inmediatamente en un lapso de 3 dias (3).- Sin embargo, aun haciendo las investigaciones mas exhaustivas, habra un grupo de pacientes en quienes la causa de monoartritis permanecera desconocida por mucho tiempo e incluso, algunos se recuperan completamente durante su investigacion (2). Hay autores que refieren una desaparicion completa de los sintomas en el 76% de los

Pacientes, al cabo de 3 años de seguimiento (8). Las causas más frecuentes de esta patología son: artritis reumatoide, osteoartritis, artritis séptica, gona y monoartritis persistente de causa desconocida (7.3). A nosotros nos interesaría dar respuesta a lo siguiente: ¿Cuáles son las causas de monoartritis en nuestros pacientes? ¿Qué porcentaje de diagnósticos se está alcanzando en el Hospital Escuela - Bloque Materno Infantil? ¿Cuál es el manejo que se les brinda a estos pacientes?

PACIENTES Y METODOS

Se revisaron los expedientes clínicos de 27 pacientes que acudieron al Hospital Escuela - Bloque Materno Infantil en el lapso de enero 1980 a diciembre 1988, con diagnóstico de monoartritis.

Se tomó desde 1980, ya que a partir de ese año el Departamento de Estadística inició la clasificación de esta patología. Inicialmente se informó que el número de expedientes ascendía a 35; pero al realizar la revisión, 4 fichas no correspondían a la patología en estudio y otras 4 no fueron encontradas.

RESULTADOS

La edad estuvo comprendida en el rango de 4 a 51 años ($X=18.7$ años) y 18 (66.6%) tuvieron una edad menor o igual al (59.3%); también lo fueron del sexo masculino y 11 lo fueron del femenino.

En la tabla No. 1 se observan los factores predisponentes que presentaron 27 pacientes.

TABLA No. 1

DISTRIBUCION SEGUN FACTORES PREDISPONENTES

| Descripción (n=27) | No. | % |
|------------------------|-----|------|
| Infección Respiratoria | 5 | 18.5 |
| Infección cutánea | 3 | 11.1 |
| Traumatismo | 3 | 11.1 |
| Infección genital | 2 | 7.4 |
| Diabetes mellitus | 2 | 7.4 |
| Cuerpo extraño | 1 | 3.7 |
| Artritis reumatoide | 1 | 3.7 |
| Ninguno | 10 | 37.0 |

En relación al tiempo de evolución de los síntomas al momento de internar al paciente: 6 (22.2%) tenían menos de 7 días; 9 (33.3%) entre 7 y 14 días; 12 (44.4%) más de 15 días; el tiempo promedio fue 55 días. Los signos y síntomas presentados al ingreso fueron: artralgia (100%), edema articular (96.2%), disminución de la movilidad (77.7%), calor local (74%), fiebre (59.2%), rubor articular (40.7%) y signo de la tecla (18.1%).

Las articulaciones afectadas fueron la rodilla en 25 (92.5%) pacientes; el codo en 1 (3.7%) y el hombro en (3.7%). En la tabla No. 2 se presentan los exámenes laboratoriales y radiológicos realizados; notese que solamente la radiografía de la articulación afectada, se hizo en el 100% de los pacientes.

| Examen | No. | % |
|------------------|-----|------|
| Rx articulación | 27 | 100 |
| Leucograma | 25 | 92.5 |
| Hematócrito | 25 | 92.5 |
| F.R | 16 | 59.2 |
| Glicemia | 16 | 59.2 |
| Líquido sinovial | 16 | 59.2 |
| Plaquetas | 14 | 51.8 |
| P.C.R. | 14 | 51.8 |
| Bun | 14 | 51.8 |
| V.D.R.L. | 14 | 51.8 |
| Creatinina | 13 | 48.1 |
| V.E.S | 12 | 44.4 |
| A.S.O. | 10 | 37.0 |
| Acido úrico | 10 | 37.0 |
| A.N.A. | 9 | 33.3 |
| C3 Y C4 | 6 | 22.2 |
| Albuminas | 5 | 18.5 |
| Globulinas | 5 | 18.5 |
| Biopsia sinovial | 5 | 18.5 |
| P.P.D. | 4 | 14.8 |
| T.P | 3 | 11.1 |
| T.P.T | 2 | 7.4 |

Los hallazgos radiológicos mas frecuentes fueron: aumento de partes blandas en 9 (33.3%) y aumento del espacio intraarticular en 7 (25.9%).- En 5 (18.5%) expedientes el informe radiológicos no estaba consignado.

En la tabla No.3 se compara el diagnostico de ingreso con el de egreso.- Observese que los diagnosticos de ingreso mas frecuente fueron: monoartritis de etiología a estudiar (44.4%) y monoartritis de etiología infecciosa (33.3%).- Mientras que, los diagnosticos de egreso mas frecuente fueron: monoartritis de etiología a investigar o indeterminada (40.7%) y monoartritis de rodilla (22.2%).

TABLA No. 3

DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICOS DE INGRESO Y EGRESO

| No. Diagnostico Ingreso | Diagnostico Egreso |
|--------------------------------|--------------------------|
| 1 M.A.septica | M.A.septica |
| 2 M.A.a estudiar | M.A.rodilla derecha |
| 3 M.A.rodilla derecha | Sinovitis cronica insp. |
| 4 M.A.infecciosa aguda | M.A.infecciosa aguda |
| 5 M.A.gonococica | M.A. gonococica |
| 6 M.A.septica | M.A. septica |
| 7 M.A.a estudiar | M.A.rodilla izquierda |
| 8 M.A.a estudiar | M.A.tipo reumático |
| 9 Osteoartritis pos-trauma | M.A.origen reumático |
| 10 M.A.etiol.a investigar | M.A.rodilla derecha |
| 11 M.A.etiol.a determinar | Monoartritis |
| 12 M.A.etiol.a determinar | M.A.rodilla izquierda |
| 13 M.A.etiol.a investigar | M.A.etiol. investigar |
| 14 M.A.septica | M.A. hombro izquierdo |
| 15 M.A.etiol.a determinar | M.A.etiol.indeterminada |
| 16 Coleccion articular rodilla | M.A.rodilla izquierda |
| 17 M.A.infecciosa | M.A. metabolica |
| 18 M.A.etiol.a investigar | M.A. etiol.a investigar |
| 19 M.A.septica | M.A. indeterminada |
| 20 M.A.rodilla izquierda | M.A.indeterminada |
| 21 M. A.etiol. investigar | M.A.etiol.a investigar |
| 22 Fiebre reumática | M.A.indeterminada |
| 23 Artritis reumatoide | M.A. indeterminada |
| 24 M.A.tuberculosa | Cuerpo extraño |
| 25 M.A.septica vrs. reumat. | M.A. no diagnosticada |
| 26 M.A. etiol.a determinar | M.A. indeterminada |
| 27 M.A.etiol. a investigar | M.A. etiol. a investigar |

M.A=

Monoartritis

Etiología

Etiología

En lo que concierne a tratamiento: a 7 pacientes (25.9%) se les administro unicamente medicamentos; a 16 (59.2%) se les practico artrocentesis mas terapia con drogas; fisioterapia se les realizo a 13 (48.1%); y 3 requirieron cirugía (sinovectomía mas meniscectomía) a la exploración de la rodilla afectada.

Los síntomas al egresar del hospital fueron: disminución de la función en 7 (25.9%) y artralgia leve en 2 (7.4%).- El resto, 18 (66.7%) pacientes, estaban asintomáticos. Además, 25 (92.6%) egresaron mejorados y 2 (7.4%) en igual estado, debido a que se fugaron del hospital.

El tiempo de estancia intrahospitalaria fue menor de 10 días para el 59% de los enfermos; el 37% estuvo más de 15 días.- El promedio fue de 14.5 días.

De los 27 paciente, 15 no recibieron seguimiento en la consulta externa y los 12 restantes recibieron evaluación por un lapso de 3 a 96 meses.

DISCUSION

Encontramos 7 factores predisponentes, presentes en 17 (62.9%) pacientes; los más frecuentes fueron: infección respiratoria o cutánea y traumatismo.- Algunos estudios sobre artritis infecciosas han descubierto factores predisponentes en el 50% de los casos siendo los focos más frecuentes la piel, el aparato, genitourinario y las vías respiratorias (1).

A diferencia de lo que notifican otros estudios (3X7), observamos predominio en la población pediátrica; 66.6% de los pacientes tenían una edad menor o igual a los 16 años.

El tiempo de evolución de los síntomas, al momento de internar al paciente, fue de mucha importancia; solamente 6 (22.2%) de los 27 tenían menos de 7 días.- Se ha demostrado que la instauración de la terapia en los primeros 7 días de iniciada la monoartritis se acompaña de los mejores resultados.- Goldemberg y Cohen (4) refieren que en 11 casos con monoartritis infecciosa, con los cuales el tratamiento fue demorado, el restablecimiento completo ocurrió en solo 3 (27%) pacientes.- Contrastando esto con todos los otros pacientes donde en quienes la terapia específica fue establecida en los primeros 7 días de inicio de los síntomas y en estos, el restablecimiento completo ocurrió en 32 (67%) de 48 pacientes.

La signología y sintomatología observada en este trabajo concuerda con otro estudio, en donde la estrategia estuvo presente en el 100% de la muestra, seguido por limitación de movimientos (84.4%), edema articular (66.6%) y calor local (53.3%) (7).

En nuestra serie, la articulación de la rodilla fue la más afectada (92.5%) y la literatura también refiere que la articulación más afectada es esta articulación con porcentajes que van de 58% a 60% (2) (1) (7).-Apuntado además, que en el recién nacido la cadera es la más afectada.

En cuanto a los exámenes de laboratorio, a 25 se lea realizó leucograma y de estos, 4 (16%) se reportó leucocitos; contrastando con la literatura que revela a un 50% de los pacientes con aumento de estas células (1).

La V.E.S. se practicó en 12 (44.4%), resultando aumentada en todos los casos y en 8 de estos, estaban arriba de 60mm/h; esto coincide con otras investigaciones, en donde la V.E.S. prácticamente siempre se encontró elevada con más del 83% de casos sobre 60mm/h (1) (6).

El estudio de líquido sinovial se realizó en 16 pacientes pero en ninguno de ellos se observó bacterias, ni hubo crecimiento en el cultivo; solamente en 1 se reportó cristales de uratos con cultivo negativo. Las razones de los cultivos negativos podrían explicarse por: uso antibiótico previas a la toma de muestra, bacterias de requerimientos metabólicos difíciles, falla en la toma etc.

La biopsia sinovial se practicó en 5 pacientes: 4 revelaron procesos inflamatorios crónicos inespecíficos; 2 de estos se repitieron reportando sinovitis crónica.- Un paciente reveló reacción granulomatosa compatible con tuberculosis, esta fue hecha en el seguimiento extra hospitalario.- Algunos autores han señalado la importancia de la biopsia sinovial en el diagnóstico etiológico de la monoartritis (7). Al observar los diagnósticos de egreso, nos damos cuenta que de los 27 pacientes, 18 egresaron sin un diagnóstico etiológico específico; de los restantes, 4 egresaron con diagnóstico de monoartritis infecciosa, sin embargo en ninguno se identificó a la gente causal.-De los otros 5, dos egresaron como monoartritis tipo reumático, 2 como sinovitis crónica y 1 como monoartritis metabólica (gota) y en esta última patología, el diagnóstico definitivo se realizó al identificar los cristales de urato en el líquido sinovial. Así vemos, que al egreso solamente en 2(7.4%) pacientes se

obtuvo un diagnóstico definitivo confirmado por laboratorio.

TABLA No. 4

DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICOS DE INGRESO Y DEFINITIVO

| Diagnostico de ingreso | Diagnostico definitivo |
|-----------------------------|---|
| M.A. rodilla derecha | M.A. tuberculosa Sinovitis crónica inespecif. Artritis reumatoide juvenil Artritis reumatoide Sinovitis crónica por C.E Sinovitis crónica inespecif. Artritis reumatoide juvenil M.A. metabolica (gota) |
| M.A. a estudiar | |
| M.A. etiología a investigar | |
| M.A. séptica | |
| M.A. tuberculosa | |
| M.A. etiología a determinar | |
| M.A. etiología a investigar | |
| M.A. infecciosa | |

M.A. = Monoartritis

Se ha demostrado que existe un porcentaje de pacientes cuyo diagnóstico se alcanza después de un seguimiento extra hospitalario (2) (7).- Únicamente 12 enfermos acudieron al control en la consulta externa, no obstante que a todos se les sugirió que asistieran y de estos, en 5 se obtuvo un diagnóstico definitivo. En la Tabla No.4 se presentan los diagnósticos definitivos en 8 de los 27 pacientes, comparándolos con el diagnóstico de ingreso inicial. De tal forma, que un diagnóstico definitivo se obtuvo apenas en el 29% de toda la muestra.- Otros estudios (3) han hecho un diagnóstico definitivo en el 72% de sus pacientes, notificando como causas principales de monoartritis: enfermedad articular degenerativa, artritis séptica y artritis inducida por cristales.- Blocka y Sibley (2) hicieron un diagnóstico definitivo en el 31.5% de sus casos, los que tenían un diagnóstico inicial de monoartritis crónica de origen indeterminado. Se concluye que el porcentaje de diagnósticos que se alcanza es muy bajo, debido a:

- 1- Insuficiente y hasta cierto grado inadecuada utilización de los medios diagnósticos disponibles;
- 2- Insuficiente comunicación entre el clínico y el laboratorio; y
- 3- Escasa colaboración por parte del paciente para continuar el seguimiento en la consulta externa. Consideramos que se hace necesario realizar estudios prospectivos al respecto; elaborando un protocolo de manejo con el fin de tener un conocimiento más amplio de la etiología de la monoartritis.

REFERENCIAS

- 1- Aris Heman, Carvallo Aurelio y Pinto Maria: "Artritis Infecciosa"; Revista Medica dc Chile, 109:969-976,1981.
- 2- Blocka Kenneth and Sibley John T;" Undiagnosed Chronic Monoarthritis"; Arthritis and Rheumatism, 30(12): 1357-61,diciembre 1987.
- 3- Freed James y Col.: " Acute Monoarticular Arthritis ";JAMA, 243 (22): 2314-2316, junio 1980.
- 4- Goldenberg Don L.and Cohen Alan: "Acute Infectious Arthritis"; the American Journal of Medicine, 60:369-376,1976.
- 5- GuzmanB. Leonardo: "DiagnosticoyTratamiento dela Gota y la Hiperuricemia "; Revista Medica de Chile, 109:1191-97, agosto 1981.
- 6- Kunnamo Ilka y Col: "Clinical signs and laboratory test in the defferential diagnosis of arthritis in children"; AJDC, 141:34-40, enero 1987.
- 7- Pitkeathly, D.A., Griffiths H.E.D. and Cato M.: "Monoarthri tis"; The journal of Bone and Joint Surgery, 46(4): 685-696, noviembre 1964.
- 8- Rasmussen G, Reimann and Andersen RB:"Monoarthritis, Clinical and histological examination "; Scandinavian Journal Rheumatology, 2:65-69,1973.