No sé si es humedad

ACTITUD ANTE UNA ARTRITIS EN URGENCIAS

Dr. Juan
UNIDAD DE REUMATOLOGÍA. H. Son Llàtzer
Colegio de médicos.
17 de marzo de 2016

QUE ES LA REUMATOLOGÍA

- La Reumatología estudia las enfermedades que afectan **al sistema músculo esquelético**.
- Cursan con dolor, rigidez y limitación del movimiento.
- Afectación sistémica
- Afectación:
  - la articulación : **artritis**
  - tejido que rodea la articulación se llama reumatismo, y en términos específicos tendinitis (tendones), bursitis (bolsas de las articulaciones), **entesitis** (zona de inserción en hueso)
  - **miositis** (músculos)
  - **vasculitis** (vasos sanguíneos) o **neuritis** (nervios).
  - **Órganos menores y mayores** : intestino, ojos, pulmón, corazón, piel , riñón

- La palabra proviene del concepto griego **rheos** que significa ‘sustancia que fluye:**Galeno en el siglo II después de Cristo**. Gota: que cae

- Más de **250 enfermedades** diferentes que tienen como síntoma esencial la inflamación de las articulaciones ….. y con afectación de órganos mayores

- Enfermedades reumáticas:
  - **Exclusivamente del sistema m-e.**
  - **ENF. AUTOINMUNES SISTÉMICAS** : intestino, ojos, pulmón, corazón, piel …

ENFERMEDADES REUMÁTICAS

- ***Enfermedades inflamatorias del tejido conjuntivo y vasculitis.***
  - **Artritis reumatoide.**
  - **Lupus eritematoso sistémico.**
  - **Esclerodermia.**
  - **Dermatomiositis / polimiositis.**
  - **Síndrome de Sjögren.**
  - **Otras enfermedades inflamatorias del tejido conjuntivo.**

  - **Policondritis recidivante.**
  - **Síndrome antifosfolípido primario.**
  - **Síndromes de superposición del tejido conjuntivo.**
  - **Enfermedad mixta del tejido conjuntivo.**
  - **Artritis crónica juvenil. Enfermedad de Still del adulto.**

- **Otras enfermedades inflamatorias del tejido conjuntivo.**

  - **Panarteritis nodosa.**
  - **Granulomatosis de Wegener.**
  - **Enfermedad de Churg-Strauss**
  - **Arteritis de la temporal.**
  - **Polimialgia reumática.**
  - **Arteritis de Takayasu.**
  - **Vasculitis por hipersensibilidad.**
  - **Enfermedad de Schonlein-Henoch.**
  - **Enfermedad de Behçet.**
  - **Enfermedad de Kawasaki.**

ENFERMEDADES REUMATICAS

- ***Espondiloartritis***

- Espondilitis anquilosante.
- Artritis reactivas. Síndrome de Reiter.
- Artritis psoriásica.
- Espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal

- ***Osteoporosis y enfermedades del metabolismo fosfo-calcico.***

- Osteoporosis primarias, secundarias.
- Enfermedad de Paget.
- Osteogenesis imperfecta.

- *Artritis relacionadas con infección.*

- Fiebre reumática.
- Enfermedad de Lyme.
- *Artropatías microcristalinas.*

- **Gota. Artropatía por depósito de pirofosfato cálcico.**

ENFERMEDADES REUMATICAS

- ***Reumatismos extraarticulares: Síndromes dolorosos regionales y generales.***
  - Fibromialgia. Reumatismos de partes blandas.
  - Hiperlaxitud ligamentaria.
  - *Otras enfermedades articulares:*
  - Distrofia simpático-refleja.
  - Hiperostosis anquilosante vertebral.

- ***Manifestaciones articulares en enf. dermatológicas.***

- Artritis del Síndrome de Sweet.

- ***Manifestaciones articulares en otras enfermedades.***

- Sarcoidosis.

- ***Artrosis.***

  - Artrosis de articulaciones periféricas.
  - Artrosis coxofemoral.
  - Artrosis interfalángica.
  - Artrosis de rodilla.

Reumatología en Urgencias

- Artritis
- Fracturas Osteoporóticas
- Enfermedades Autoinmunes sistémicas

Artritis en urgencias

- Monoartritis
- Oligoartritis
- Poliartritis

Paciente con diagnóstico previo

- Comprobar diagnóstico (AR, EA, APs, etc)
- Aumento de sintomatología habitual (brote)
- Aparición de nueva sintomatología (articular o extraarticular)
- Sospecha de infección

DEFINICIÓN

Artritis deriva del término arthros (“articulación”) y del sufijo “itis” (“inflamación”).

Presencia de signos inflamatorios a nivel articular (calor, dolor, tumefacción, rubor e impotencia funcional).

Artritis verdadera: sinovitis.

Hay que diferenciarla de procesos que puedan simularla, como brotes inflamatorios de la artrosis, desgarros meniscales o ligamentosos, celulitis, bursitis, tendinitis, atrapamientos nerviosos o dolor referido.

CLASIFICACIÓN

- **Monartritis**: afecta una única articulación.
- **Oligoartritis**: afectación de 2 o 3 articulaciones.
- **Poliartritis**: afectación de 4 o más articulaciones.

- **Aguda**: duración menor de 2-6 semanas

- **Crónica**: duración mayor de 6 semanas.

Artritis en urgencias

- Paciente con diagnóstico conocido
- Paciente sin diagnóstico previo

Artritis conocida
Actitud diagnóstica

- Causas del brote (propio de la enfermedad, sde gripal, etc)

- No practicar analítica ni RX si no son necesarios

Artritis conocida
Actitud diagnóstica

- Puede no ser necesario el practicar una artrocentesis
- Descartar infección (en muchas ocasiones se puede descartar clínicamente)
- La poliartritis séptica es una entidad rara, grave y que cursa con MEG importante

Artritis sin diagnóstico

- ARTRITIS DE INICIO: plan nacional de diagnóstico precoz de la AR y otras artritis
- Derivación rápida al especialista para realizar un tto precoz que conllevará una mejor evolución y pronóstico
- Gran importancia de la asistencia primaria y de los servicios de UCIAS

Artritis sin diagnóstico

- Mono-oligo-poliaratritis (por HC y EF)
- Siempre practicar artrocentesis
- SIEMPRE DESCARTAR INFECCIÓN

ENFOQUE DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS

- Descartar artritis séptica.
- Anamnesis y exploración física.
- Pruebas complementarias: artrocentesis, Rx, analítica...

- Diferenciar monoartritis verdadera de otros procesos articulares o periarticulares.

- Datos orientativos de ausencia de sinovitis:
  - Falta de dolor o limitación en la movilización pasiva
  - No existencia de derrame articular
  - Presencia de puntos dolorosos concretos, especialmente extraarticulares.

  - Dolor con ausencia de signos inflamatorios orienta hacia dolor referido.

DIAGNÓSTICO (I)

- **Anamnesis**
- Antecedentes personales y familiares: episodios previos, factores de riesgo, enfs. (hiperuricemia, **psoriasis**, colitis ulcerosa, enf de Crohn...), antecedentes de enfs reumáticas propio o en la **familia** (espondiloartropatías inflamatorias, **gota**...).
- **Episodio actual**:
- Localización del **dolor**
- Inicio: **agudo orienta a artritis microcristalinas y séptica**
- Factores **desencadenantes de artritis**: traumatismos, infecciones, trangresiones dietéticas o de alcohol...

DIAGNÓSTICO (II)

- **Características del dolor**:
  - **Mécánico**: empeora con el movimiento y cede o calma con el reposo
  - **Inflamatorio**: no calma o incluso empeora con el reposo, frecuente rigidez matutina mayor de 30mins.
- Tiempo de evolución.
- Tipo de evolución: primer episodio, brotes anteriores...
- **Síntomas extraarticulares**: SIEMPRE DESCARTAR **FIEBRE**, Sdme constitucional y manifestaciones sistémicas.
- Tratamientos previos realizados y respuesta

DIAGNÓSTICO (III)

- **Exploración física:**
- **Inspección:** signos inflamatorios, alteraciones del alineamiento o deformidades articulares, tofos gotosos en zonas cartilaginosas, tendones o bolsas serosas...
- **Palpación:** derrame articular, puntos dolorosos concretos...
- **Valoración de la movilidad articular:**

➢ Activa: propia de enfs. musculares y neurológicas.

➢ Pasiva: enfs. articulares.

➢ Movilización contra resistencia: patologías tendinosas, tendinitis del hombro, epicondilitis, tenosinovitis de De Quervain.

DIAGNÓSTICO (IV)

- **Valoración SISTÉMICA global del paciente:**

- **Fiebre**
- **Adenopatías**
- **Sdme metabólico: HTA, DL, DM, hiperuricemia...**
- **Orofaringe, parótida, ocular, tiroides**
- **Cardiopulmonar**
- **Abdominal**

DIAGNÓSTICO (V)

Lesiones digestivas

- Úlceras orales: enfermedad de Behçet, síndrome de Reiter, LES
- Diarrea: EII, Whipple, reactiva
- Disfagia: esclerosis sistémica
- Xerostomía: síndrome de Sjögren

Lesiones oculares

- Uveítis: EA, AP, MII, enfermedad de Behçet, ACJ, sarcoidosis
- Queratoconjuntivitis: síndrome de Sjögren, LES, AR seca
- Epiescleritis: AR
- Visión borrosa: arteritis temporal
- Xeroftalmía: síndrome de Sjögren

DIAGNÓSTICO (VI)

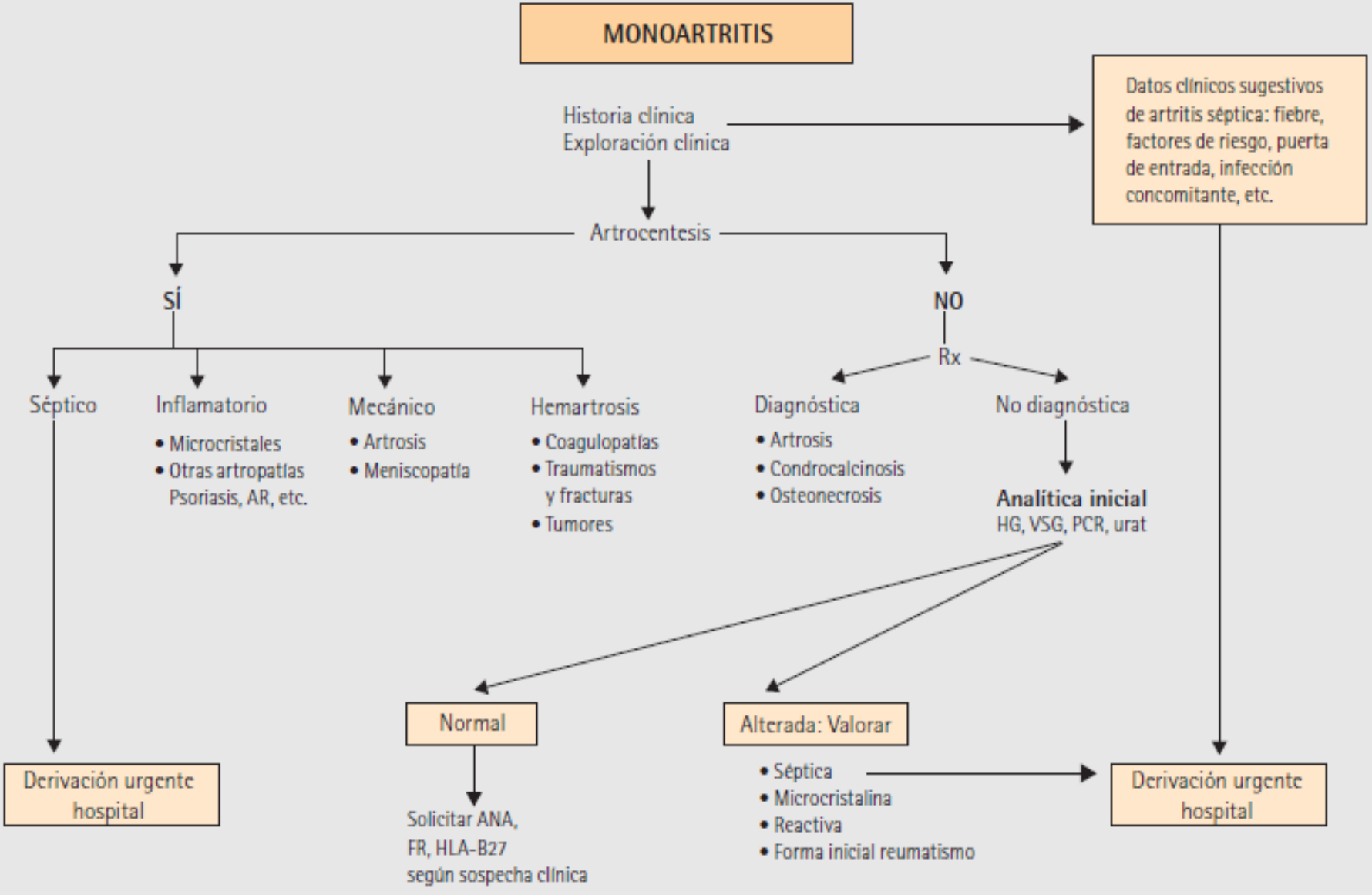
Lesiones cutáneas

- Psoriasis cutánea: AP
- Eritema nudoso: infecciones, fármacos, sarcoidosis, enfermedad de Behçet, MII
- Nódulos subcutáneos: AR
- Tofos: gota tofácea
- Eritema heliotropo: dermatomiositis
- Pápulas de Gottron: dermatomiositis
- Síndrome de Raynaud: ES, LES, AR, EMTC
- Esclerodactilia: ES
- Dactilitis o «dedo en salchicha»: espondiloartropatías
- Exantema en alas de mariposa: LES
- Lesiones fotosensibles: LES subagudo
- Cicatrices y alopecia cicatricial: LES discoide crónico

Lesiones urogenitales

- Úlceras genitales: enfermedad de Behçet, síndrome de Reiter, LES
- Uretritis/cervicitis: síndrome de Reiter
- Queratodermia blenorrágica: síndrome de Reiter, AP

Algoritmo diagnóstico de monoartritis



Líquido articular

- Gram y cultivo. Z-N, cultivo micobacterias
- Recuento celular, bioquímica, cristales

DIAGNÓSTICO (VII)

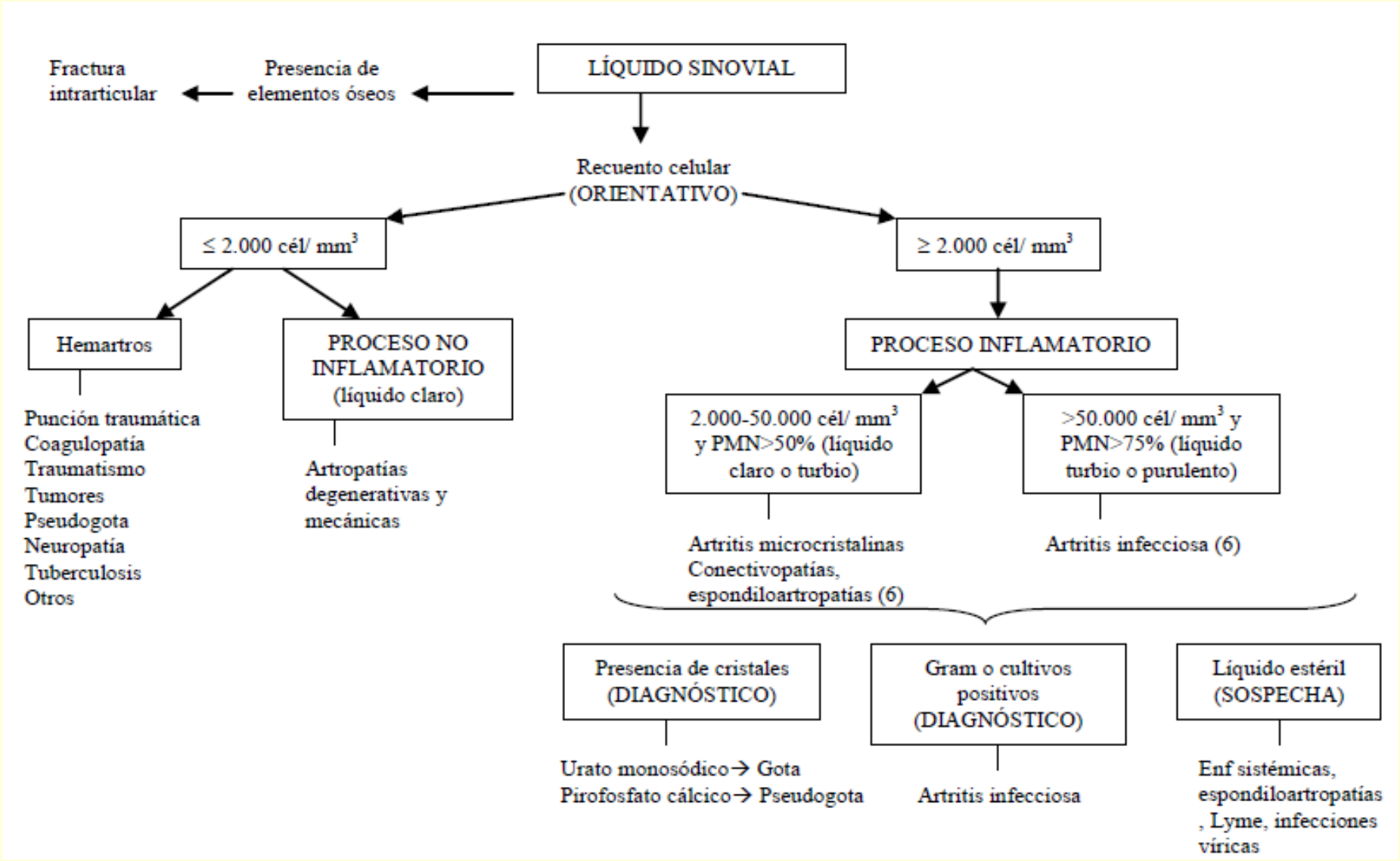
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Artrocentesis con estudio del líquido sinovial

Características del líquido articular				
Característica	Normal	No inflamatorio	Inflamatorio	Séptico
Viscosidad	Alta	Alta	Baja	Variable
Claridad	Transparente	Transparente	Translúcido	Opaco
Leucocitos	< 200	200-2.000	2.000-50.000	50.000 a 150.000
% PMN	< 25	< 25	50	> 75
Tinción de Gram y cultivo	–	–	–	+

- Rx: aumento de partes blandas, condrocalcinosis, fases avanzadas de gota, signos de artrosis, osteonecrosis…
- Analítica: inicial con hemograma, bioquímica con función renal, hepática, uricemia, PCR, VSG.
- Si hay indicación FR, HLA-B27, ANAs…

DIAGNÓSTICO (VIII)



CAUSAS MÁS FRECUENTES DE MONOARTRITIS AGUDA

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%)

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

Causa desconocida (16–36%)

ARTRITIS SÉPTICA

- URGENCIA, primera causa a descartar por su gravedad. **Dolor muy intenso,** articulación tumefacta y caliente, impotencia funcional marcada, fiebre. Se suelen afectar grandes articulaciones (caderas, rodillas...).
- **FACTORES DE RIESGO:**
- Edad >80 a
- DM
- Intervención quiruúrgica reciente
- Prótesis articular
- Infección cutánea
- Neoplasias
- Alcoholismo
- Cirrosis hepática
- Enfs. Del tejido conectivo
- Enfs. linfoproliferativas

ARTRITIS SÉPTICA

OTROS FACTORES DE RIESGO:

- Hemoglobinopatías
- Infecciones sistémicas
- Insuficiencia renal
- Inmunodeficiencias primarias y adquiridas
- Inmunosupresión por fármacos (corticoides e inmunosupresores)
- Usuarios de drogas por vía parenteral
- Cirugía de trasplante de órganos
- Afección articular previa (artrosis, artritis crónica)
- Traumatismos y heridas penetrantes
- Infiltraciones intraarticulares
- Artroscopia
- Osteomielitis contigua
- Enfermedades cutáneas como psoriasis o eccema

ARTRITIS SÉPTICA

- ETIOLOGÍA:

Gérmenes implicados en la artritis séptica según las características del paciente

Características del paciente	Gérmenes
• < 3 meses de edad	• *Staphylococcus aureus*, enterobacterias
• 3-6 meses de edad	• *Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae, Streptococcus*
• Adultos sin contactos sexuales de riesgo	• *Staphylococcus aureus, Streptococcus pneumoniae, Pseudomonas*
• Adultos con contactos sexuales de riesgo	• Gonococo
• Mecanismo de inoculación directa	• *Staphylococcus* epidermidis, *Staphylococcus aureus*, enterobacterias, etc.
• VIH	• Pensar en *Sporothrix schenckii, Cryptococcus neoformans, Salmonella, Ureoplasma urealyticum* y *Campilobacter fetus*
• Prótesis	• *Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis*

- ***TRATAMIENTO: DERIVACIÓN URGENTE AL HOSPITAL E INGRESO , TRATM ATB IV, drenaje qx de la articulación, inmovilización y rehabilitación.***

ARTRITIS POR MICROCRISTALES (I): GOTA

- La más prevalente (1-6% de la población), hombres de mediana edad, monoartritis por depósito de cristales de urato monosódico, más frec 1ª MTF o rodilla con dolor de inicio súbito de gran intensidad , con importantes signos flogóticos, eritema, edema y calor local.

- **Factores asociados: (sdme metabólico)**
  - DM
  - HTA
  - Enf. CV
  - IRC
  - Obesidad
  - Diuréticos
  - Dieta rica en purinas, carne, pescado
  - Alcohol (>10g/día)

ARTRITIS POR MICROCRISTALES (I): GOTA

- NI MODIFICAR LA DOSIS.
- **GOTA** no es igual a **HIPERURICEMIA**:
- 20% pac. con hiperuricemia desarrollan gota
- Asintomáticos: Tto.?
- Niveles de uricemia pueden ser normales en ataque de gota aguda.

- **El tto. hipouricemiante NO DEBE INICIARSE EN BROTE AGUDO de gota**, pero si el paciente ya lo está tomando NO SE DEBE RETIRAR iar 1 o 2 sems tras resolución de brote inflamatorio

Criterios diagnósticos clínicos de gota de la American College of Rheumatology

- Más de un ataque de artritis aguda
- Máxima inflamación desarrollada en un día
- Ataque monoarticular
- Presencia de eritema
- Presencia de dolor o inflamación en la primera articulación metatarsofalángica
- Episodio unilateral en la primera articulación metatarsofalángica
- Episodio unilateral en el conjunto del tarso
- Tofos (demostrado o sospecha)
- Hiperuricemia
- Radiografía con aumento de partes blandas unilateral a nivel articular
- Quistes subcorticales sin erosiones en la radiografía
- Cultivo de líquido negativo para artritis séptica

Se necesitan ≥ 6 criterios para el diagnóstico

TRATAMIENTO DE LA GOTA

Tratamiento farmacológico de la gota		
Fármaco	Dosis habituales	Efectos adversos frecuentes
a) Tratamiento de la artritis gotosa aguda		
Ibuprofeno	400-2.400 mg/día, vía oral	Toxicidad gastrointestinal, insuficiencia renal
Naproxeno	500-1.000 mg /día, vía oral	Toxicidad gastrointestinal, insuficiencia renal
Diclofenaco	50-150 mg/día, vía oral	Toxicidad gastrointestinal, insuficiencia renal
Colchicina	1 mg dosis inicial y 0,5 mg cada 2 horas hasta conseguir respuesta terapéutica o aparición de efectos secundarios. 0,5 mg cada 8 horas	Diarrea o vómitos, mielosupresión, miopatía
Corticoides oral o intraarticulares	Prednisona 30-35 mg/día durante 5 días, oral Triamcinolona 10-40 mg intraarticular	Toxicidad gastrointestinal, osteoporosis, HTA, DM, síndrome de Cushing yatrogénico, alteraciones psiquiátricas, miopatía
b) Tratamiento profiláctico		
Ibuprofeno	400-800 mg/día, vía oral durante 4-6 semanas	Toxicidad gastrointestinal
Naproxeno	500-1.000 mg/día, vía oral durante 4-6 semanas	Toxicidad gastrointestinal
Diclofenaco	50-150 mg/día, vía oral durante 4-6 semanas	Toxicidad gastrointestinal
Colchicina	0,5 mg-1 mg/día durante 3-6 meses	Diarrea o vómitos, mielosupresión, miopatía
c) Tratamiento de la gota crónica, hipouricemiante		
Alopurinol	50-300 mg/día, vía oral	Síndrome de hipersensibilidad grave Ataque agudo de gota, cutáneas, gota, cefalea, hematológicas

ARTRITIS POR MICROCRISTALES (II): CONDROCALCINOSIS (PSEUDOGOTA)

- Depósito de cristales **PPCD sobretodo en rodillas, en sínfisis de pubis y muñecas .**
- Afecta a **partir de los 50a, más frec en mujeres**. En jóvenes descartar causas 2 º :
  - hemocromatosis
  - hiperparatiroidismo
  - hipomagnesemia
  - hipofosfatasemia
- Puede presentar **fiebre**. Es autolimitada.
- Se puede desencadenar por traumatismos, cirugía ...estress

- Hallazgo Rx característico: **calcificación de los cartílagos** hialinos y fibrosos.

- Trat: similar a la artritis gotosa aguda para controlar el brote y prevención.

ARTRITIS POR MICROCRISTALES (III): ENF. POR DEPÓSITO DE HIDROXIAPATITA CÁLCICA

- Depósito de fosfato cálcico básico (HA) en región periarticulares.
- aguda del **hombro (70%),** trocánter mayor, epicóndilo y manos.
- Puede originar una artropatia destructiva de hombro ("hombro de Milwaukee") o rodilla que predomina en mujeres mayores de 60 años.
- Dx: Rx puede mostrar calcificaciones intra o periarticulares, erosiones, destrucción o hipertrofia. Dx definitivo: cristales en ME.
- Tratamiento episodios agudos: AINEs, colchicina o esteroides inflitrados.

OSTEOARTRITIS = ARTROSIS

- Inflamación aguda que se presenta en pacientes con **artrosis.**
- Localización más frec es la **rodilla**.
- Suele presentarse con signos leves de inflamación articular.
- Como factor predisponente destaca la **sobrecarga articular.**
- Dx: signos de artrosis en Rx con clínica inflamatoria.
- Tto: antiinflamatorios o analgésicos.

ARTRITIS SECUNDARIA A TRAUMATISMO

- **Producidas por fx, lesiones ligamentosas y meniscales, artrosis y necrosis avascular.**
- Causan derrame articular agudo con líquido articular no inflamatorio o hemartros.
- Puede aparecer **edema, eritema y equimosis local**.
- Dx: antecedentes de traumatismo en anamnesis, exploración física y Rx.
- Tratamiento: AINEs y tto propio de la lesión: (contusión, esguince, fx...)

Artritis reumatoide

ARTRITIS REUMATOIDE –CRITERIOS DIAGNOSTICOS 2010-

PX CON MAS DE UNA ARTICULACION INFLAMADA QUE NO PUEDA SER EXPLICADA POR OTRA CAUSA	
A. Compromiso articular	
1 articulación grande.	0
2-10 articulaciones grandes	1
1-3 articulaciones pequeñas (con o sin compromiso de articulaciones grandes)	2
4-10 articulaciones pequeñas (con o sin compromiso de grandes articulaciones)	3
> 10 articulaciones (al menos 1 articulación pequeña)**	5
B. Serología (al menos 1 resultado de la prueba es necesaria para la clasificación)	
FR negativo y Anti-PCC negativo	0
FR débil positivo o débil Anti-PCC positivo	2
FR fuerte positivo o Anti-PCC fuerte positivo	3
C. Reactantes de fase aguda (al menos 1 prueba es necesaria para la clasificación)	
PCR Normal y VSG normal	0
PCR anormal o VSG anormal	1
D. Duración de los síntomas	
<6 semanas	0
>/= 6 semanas	1

Una puntuación de >/= 6/10 es necesaria para la clasificación de un paciente con AR definitiva. y se justifica el inicio de metotrexate de forma temprana.

*Ann Rheum Dis 2010;**69:1580–1588. doi:10.1136/ard.2010***

Síndrome polimiálgico

- Enfermedades reumáticas inflamatorias:
- – AR de inicio en el anciano
- – ACG
- – S3RPE
- – Espondiloartropatía de inicio tardío
- – Condrocalcinosis
- – Otras vasculitis distintas de la ACG
- – Enfermedades del tejido conectivo de inicio
- tardío
- – Miositis (inflamatorias o por fármacos)
- Enfermedades reumáticas no inflamatorias:
- – Bursitis, tendinitis
- – Fibromialgia
- Enfermedades endocrinológicas:
- – Hipotiroidismo
- – Hiperparatiroidismo
- Enfermedades infecciosas:
- – Virales
- – Endocarditis infecciosa
- – Tuberculosis
- Depresión
- Tumores:
- – Sólidos
- – Hematológicos
- Enfermedad de Parkinson

Raquialgias

Mecánicas

Inflamatorias

Lumbalgia mecánica e inflamatoria

Características	LUMBALGIA MECÁNICA	LUMBALGIA INFLAMATORIA
Tipo de dolor	○ Empeora con la actividad ○ Mejora con reposo ○ No suele interferir el sueño ○ No presenta rigidez matutina significativa (< 30 minutos)	○ Mejora con la actividad ○ Empeora con reposo ○ Inferfiere el sueño ○ Con rigidez matutina significativa (< 30 minutos) ○ Mejora con AINEs
Edad habitual de inicio	Mayores de 45 años	Menores de 45 años, especialmente en las espondiloartritis
Sexo	Indiferente	Predominio en varones, sobre todo en espondiloartritis
Síntomas Generales	No	Si (psoriasis, alteraciones mucosas, genitales, gastrointestinales, fiebre, deterioro general, etc.)

DIFERENCIAS CLÍNICAS

Características	LUMBALGIA MECÁNICA	LUMBALGIA INFLAMATORIA
Analítica	○ No suele alterarse	○ Aumento de reactantes de fase aguda ○ HLA-B27 en espondiloartritis
Rx	Osteofitos, alteraciones inespecíficas	Sacroileitis, sindesmofitos, etc.
Diagnóstico	○ Espondiloartrosis ○ Estenosis de canal ○ Lumbalgia crónica inespecífica ○ Lumbociatalgia	○ Espondiloartritis (espondilitis anquilosante y enfermedades relacionadas) ○ Infecciones ○ Tumores

Lumbalgia inflamatoria

Lumbalgia inflamatoria(≥ 3 de)

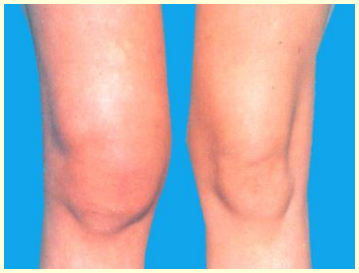
- **Edad inicio < 40 años**
- **Inicio insidioso**
- **Mejora con ejercicio**
- **No mejora con reposo**
- **Mejora con AINE**

Concepto de espondiloartritis (EsA)

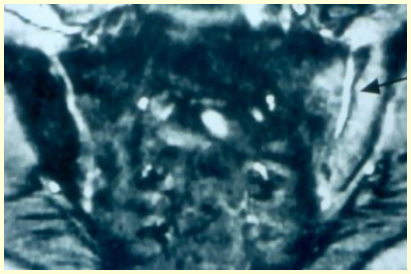
Espondiloartritis:
Parámetros característicos utilizados para el diagnóstico I

Síntomas

Dolor lumbar inflamatorio



Técnicas de imagen



Laboratorio

VSG/PCR

Historia del paciente

Buena respuesta a los AINE

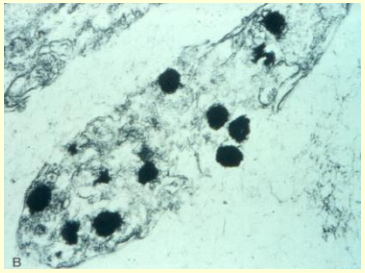
Espondiloartritis:
Parámetros característicos utilizados para el diagnóstico II

Genética

HLA-B27 positivo

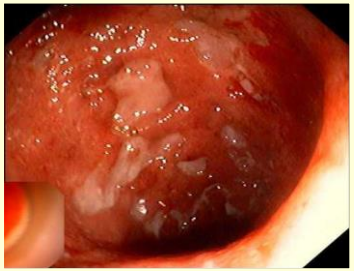
antecedentes familiares

Enfermedades predisponentes/concomitantes



Infección*

Psoriasis



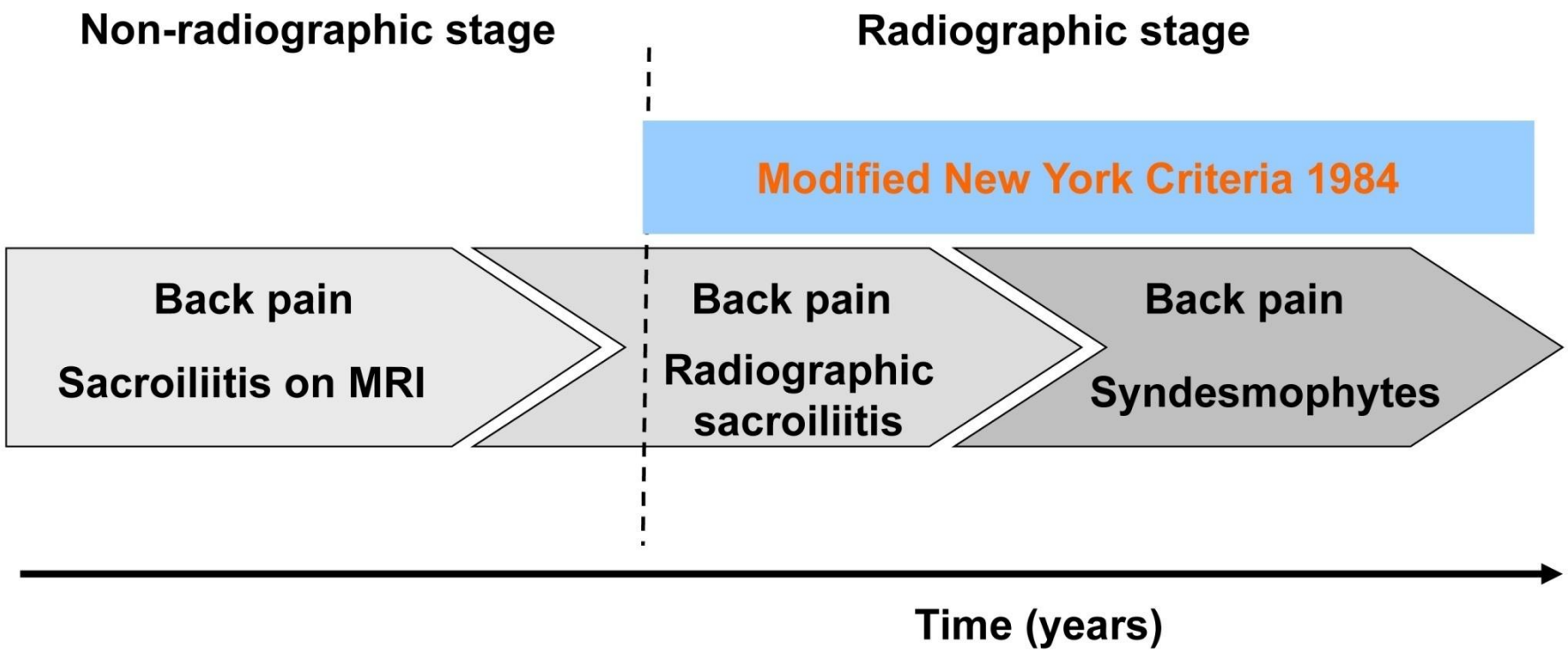
Crohn

Uveítis

*tinción positiva a clamidias en membrana sinovial[1]

[1]Schumacher HR et al. Arthritis Rheum 1988; 31:937-46

Axial Spondyloarthritis



Rudwaleit M et al. Arthritis Rheum 2005;52:1000-8 (with permission)

Concept of Spondyloarthritides (SpA)

Non-radiographic axial SpA

Ankylosing Spondylitis

Predominantly Axial SpA

Reactive arthritis

Psoriatic Arthritis

Arthritis with inflammatory bowel disease

Undifferentiated SpA

Predominantly Peripheral SpA

ASAS Classification Criteria for Axial Spondyloarthritis (SpA)

In patients with ≥3 months back pain and age at onset <45 years

Sacroiliitis on imaging* **plus** **≥1 SpA feature#**

OR

HLA-B27 **plus** **≥2 other SpA features#**

#SpA features

- inflammatory back pain
- arthritis
- enthesitis (heel)
- uveitis
- dactylitis
- psoriasis
- Crohn's/colitis
- good response to NSAIDs
- family history for SpA
- HLA-B27
- elevated CRP

*Sacroiliitis on imaging

- active (acute) inflammation on MRI highly suggestive of sacroiliitis associated with SpA
- definite radiographic sacroiliitis according to mod NY criteria

n=649 patients with back pain;
Sensitivity: 82.9%, Specificity: 84.4%
Imaging alone: Sensitivity: 66.2%, Specificity: 97.3%

Rudwaleit M et al. Ann Rheum Dis 2009;68:777-783 (with permission)

ASAS

Specification of the Variables Used for the ASAS-Criteria for Classification of Axial Spondyloarthritis I

Clinical feature of axial SpA	Definition
Inflammatory back pain (IBP)	IBP according to experts: 4 out of 5 of the following parameters present: 1. age at onset < 40 years 2. insidious onset 3. improvement with exercise 4. no improvement with rest 5. pain at night (with improvement upon getting up)
Arthritis	Past or present active synovitis diagnosed by a physician
Family history	Presence in first-degree or second-degree relatives of any of the following: (a) ankylosing spondylitis (b) Psoriasis (c) Uveitis (d) reactive arthritis (e) inflammatory bowel disease

Rudwaleit M et al. Ann Rheum Dis 2009;68:777-783 (with permission)

Specification of the Variables Used for the ASAS-Criteria for Classification of Axial Spondyloarthritis II

Clinical feature of axial SpA	Definition
Psoriasis	Past or present psoriasis diagnosed by a physician
Inflammatory bowel disease	Past or present Crohn's disease or ulcerative colitis diagnosed by a physician
Dactylitis	Past or present dactylitis diagnosed by a physician
Enthesitis	Heel enthesitis: past or present spontaneous pain or tenderness at examination of the site of the insertion of the Achilles tendon or plantar fascia at the calcaneus
Uveitis anterior	Past or present uveitis anterior, confirmed by an ophthalmologist
Good response to NSAIDs	24-48 hours after a full dose of a non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID) the back pain is not present anymore or much better

Rudwaleit M et al. Ann Rheum Dis 2009;68:777-783 (with permission)

Specification of the Variables Used for the ASAS-Criteria for Classification of Axial Spondyloarthritis III

Lab or imaging feature of axial SpA	Definition
HLA-B27	Positive testing according to standard laboratory techniques
Elevated CRP	C-reactive protein above upper normal limit in the presence of back pain, after exclusion of other causes for elevated CRP concentration
Sacroiliitis by X-rays	Bilateral grade 2-4 or unilateral grade 3-4, according to the modified New York criteria
Sacroiliitis by MRI	Active inflammatory lesions of sacroiliac joints with definite bone marrow edema/osteitis suggestive of sacroiliitis associated with spondyloarthritis

Rudwaleit M et al. Ann Rheum Dis 2009;68:777-783 (with permission)

ASAS Classification Criteria for Peripheral Spondyloarthritis (SpA)

Arthritis or enthesitis or dactylitis

plus

≥ 1 SpA feature
- uveitis
- psoriasis
- Crohn's/colitis
- preceding infection
- HLA-B27
- sacroiliitis on imaging

OR

≥ 2 other SpA features
- arthritis
- enthesitis
- dactylitis
- inflammatory back pain (ever)
- family history for SpA

Sensitivity: 77.8%, Specificity: 82.2%; n=266

Rudwaleit M et al. Ann Rheum Dis 2011;70:25-31 (with permission)

Specification of the Variables Used for the ASAS-Criteria for Classification of Peripheral Spondyloarthritis I

Entry criteria	Definition
Arthritis	Current peripheral arthritis compatible with SpA (usually asymmetric and/ or predominant involvement of the lower limb), diagnosed clinically by a physician.
Enthesitis	Current enthesitis, diagnosed clinically by a physician.
Dactylitis	Current dactylitis, diagnosed clinically by a physician.

Rudwaleit M et al. Ann Rheum Dis 2011;70:25-31 (with permission)

Specification of the Variables Used for the ASAS-Criteria for Classification of Peripheral Spondyloarthritis III

Features of peripheral SpA	Definition
Uveitis	Past or present uveitis anterior, confirmed by an ophthalmologist.
Dactylitis	Past or present dactylitis, diagnosed by a physician.
Psoriasis	Past or present psoriasis, diagnosed by a physician.
Inflammatory bowel disease	Past or present Crohn's disease or ulcerative colitis diagnosed by a physician.
Preceding infection	Urethritis / cervicitis or diarrhoea within one month before the onset of arthritis / enthesitis / dactylitis.

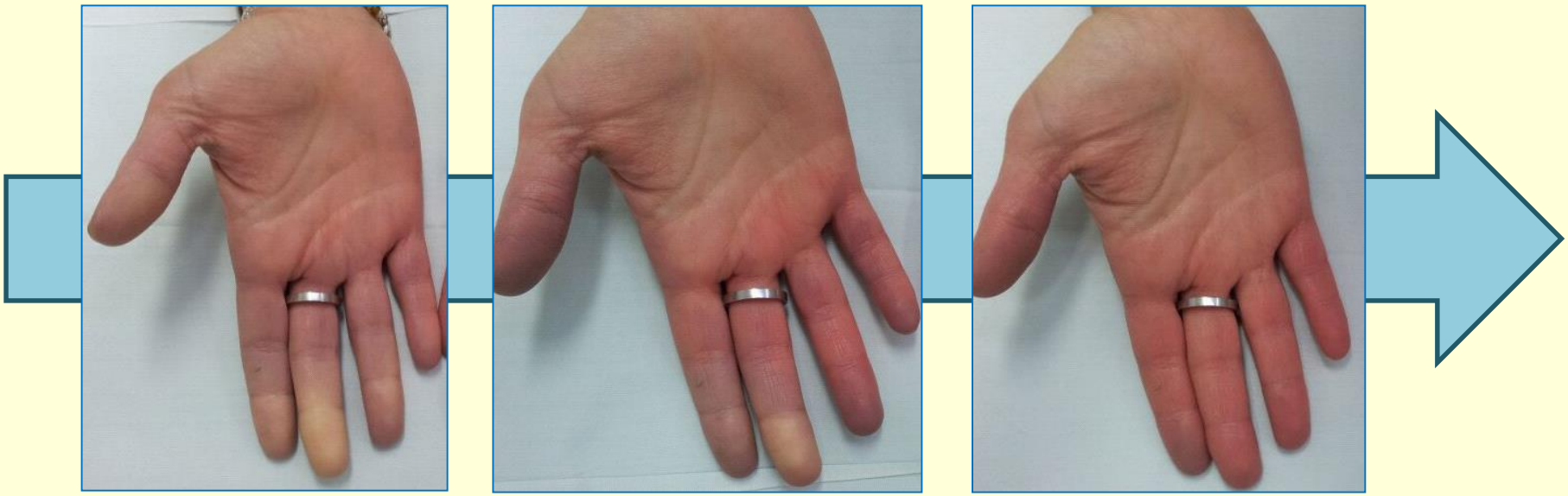
Rudwaleit M et al. Ann Rheum Dis 2011;70:25-31 (with permission)

Specification of the Variables Used for the ASAS-Criteria for Classification of Peripheral Spondyloarthritis II

Features of peripheral SpA	Definition
Inflammatory back pain (IBP) in the past	IBP in the past according to the rheumatologist's judgement. Here, only IBP in the past is considered. In patients with current IBP (and concomitant peripheral manifestations), the ASAS classification criteria for axial SpA should be applied.
Arthritis	Past or present peripheral arthritis compatible with SpA (usually asymmetric and/ or predominant involvement of the lower limb), diagnosed clinically by a physician.
Enthesitis	Enthesitis: past or present spontaneous pain or tenderness at examination of an enthesis. Any site of enthesitis can be affected whereas in the ASAS classification criteria for axial SpA only enthesitis of the heel is considered.

Rudwaleit M et al. Ann Rheum Dis 2011;70:25-31 (with permission)

Fenómeno de Raynaud



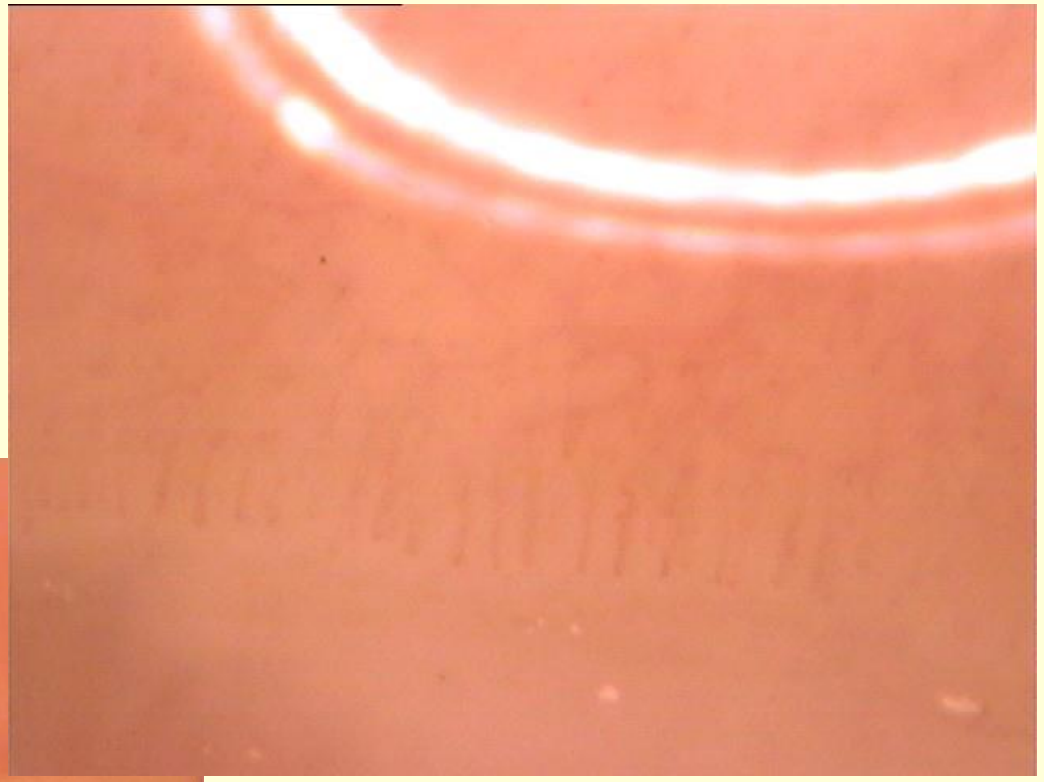
PALIDEZ **CIANOSIS** RUBOR

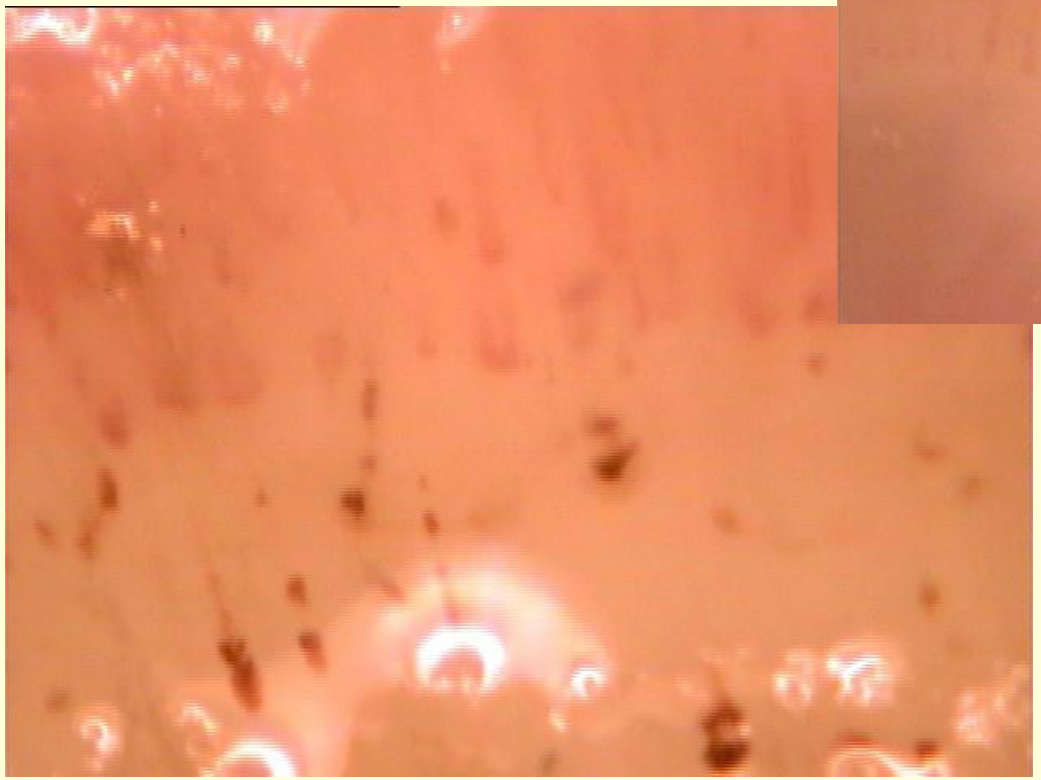
¿PRIMARIO O SECUNDARIO?

	FR Primario	FR Secundario
Prevalencia	2.5-4%	0.4%
Sexo M:V	20:1	4:1
Edad de Inicio	< 15 - 20 años	**> 25-30 años**
Isquemia	**Simétrica con parestesias**	**Asimetrica con dolor intenso**
Lesiones tisulares	Ausencia de necrosis, úlceras o gangrena	**Lesiones isquémicas UDI**
Frecuencia/día	>10 episodios /día < intensidad	**< 10 episodios > intensos**
Precipitante	Frío Estrés	Frío Espontáneo
Autoanticuerpos	Negativos	**Positivos (90%)**
Laboratorio	VSG normal	
Capilaroscopia	**Normal**	**Patológica (90%)**
Tratamiento	**Ocasional, estabilización**	**Frecuente, empeoramiento**

capilaroscopia

- Sensibilidad: 85%
- Especificidad: 95%
- VPP: 69%
- VPN: 98%





Exploraciones complementarias

- Analítica de sangre y orina
- Estudio líquido articular
- Radiología

Analítica

- SANGRE: hemograma, bioquímica, reactantes de fase aguda?, ácido úrico?
- SANGRE: hemocultivos si sospecha de infección
- ORINA: sedimento

Radiología

- Siempre bilateral
- Siempre si la clínica es superior a 2 semanas
- Objetivaremos signos degenerativos, inflamatorios, condrocalcinosis, etc

Tratamiento

- No administrar glucocorticoides
- Valorar analgesia-antiinflamación
- Medidas generales

Tratamiento

- Analgesia: paracetamol-codeina-tramadol
- Antiinflamación: AINE

Artritis conocida
Actitud terapeútica

- No hacer cambios terapeúticos de fondo
- Retirar únicamente el tto de fondo si hay sospecha de efectos secundarios y agilizar la visita
- Cambiar el AINE?

Artritis conocida
Actitud terapeútica

- No practicar infiltraciones en UCIAS
- No administrar glucocorticoides en UCIAS a los pacientes con artritis

AINE

- Conocer las características de varios
- Administrar a dosis plenas (pauta ascendente?)
- No administrar nunca 2 AINE
- Cambiar los AINE cuando no son efectivos, existe variabilidad personal

AINE

- Indometacina 50 mg/8 horas
- Diclofenaco 50 mg/8h
- Etoricoxib 90 mg./24h.
- Naproxeno 500/8-12h
- Ibuprofeno 600/6-8h

AINE

- Conocer efectos secundarios
- Prevención de la gastropatía por AINE en los pacientes con factores de riesgo
- COLCHICINA

Tratamiento

- No administrar tratamientos de fondo desde UCIAS
- Ingreso del paciente si se trata de una artritis séptica, de una artritis invalidante, o de manifestaciones extraarticulares importantes contactando con reumatólogoo, internista o traumatólogo de guardia

Conclusión