

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**Monoartritis en Niños y Adultos. Suprevalencia en el Hospital
Escuela-Materno Infantil, 1980-1988**

TESIS

PRESENTADA POR

Br. Nicolás Sabillón Vallecillo

PREVIA OPCION AL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

616.72
221 mo
C.2

01142

TEGUCIGALPA, D. C.

-1989-

HONDURAS, C. A

C.2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**Monoartritis en Niños y Adultos. Suprevalencia en el Hospital
Escuela-Materno Infantil, 1980-1988**

TESIS

PRESENTADA POR

Br. Nicolás Sabillón Vallecillo

PREVIA OPCION AL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR: LIC. JORGE OMAR CASCO
SECRETARIO GENERAL LIC. ALFREDO HAWIT BANEGAS

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO: DR. ANTONIO NUÑEZ
VICE DECANO: LIC. EVA LUZ DE ALVARADO
SECRETARIO: DR. RUBÉN PALMA CARRASCO
PRO-SECRETARIO: DR. HUMBERTO RIVERA M.
VOCAL: DR. MÁXIMO LÓPEZ
VOCAL: DR. CESAR A. CASTELLANOS

VOCALES ESTUDIANTES

PROPIETARIOS	SUPLENTES
BR. JORGE EDUARDO QUIN	BR. RUTH GOMEZ
BR. DENIS CHIRINOS	BR. FELIX CASTILLO
BR. NELSON E. SALINAS	BR. ELMER XAYES
BR. IVAN E. TREJO	BR. JENNY PAREDES

TRIBUNAL EXAMINADOR

DR. SALVADOR PINEDA (COORDINADOR)

DR. MARIO MELARA

DR. RAMÓN ALVARENGA

ASESOR

DR. CARLOS GARCÍA CASANOVA

SUSTENTANTE

Br. NICOLÁS SABILLON VALLECILLO.

PADRINOS

LIC. MANUEL ANTONIO RAMÍREZ

LIC. DELIA MARÍA ORDOÑEZ

DEDICATORIA

Acto que dedico al Divido Creador del Universo. Con mucho cariño a mi padre, hermanos y amigos. A la memoria de mi madre: PAULA VALLECILLO.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero agradecimiento al Dr. CARLOS GARCÍA CASANOVA por su Asesoría.

A MANUEL ANTONIO RAMÍREZ y LOURDES MARÍA por su valiosa colaboración.

TITULO; MONOARTRITIS EN NIÑOS Y ADULTOS: SU PREVALENCIA EN EL
HOSPITAL-ESCUELA-MATERO INFANTIL. 1980-1988

Í N D I C E

PAG. NO.

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
III.	OBJETIVOS	3
IV.	MARCO TEÓRICO	4
A.	Conceptos Anatómicos	4
1.	Origen de las articulaciones	4
2.	Estructura de las articulaciones	4
a.	La capsula articular	4
b.	El cartílago articular	5
c.	La membrana Sinovial	6
d.	El Líquido Sinovial	6
3.	Clasificación de las Articulaciones	7
8.	Consideraciones Generales sobre Monoartritis	3
1.	Etiología	8
2.	Cuadro Clínico	9
3.	Diagnóstico	9
4.	Tratamiento	10
5.	Pronostico	10

C.	Consideraciones Genéreles sobre	
	causa de Monoartritis.	11
1.	Artritis Séptica	11
2.	Artritis Tuberculosa	23
3.	Artritis Micótica	24
4.	Artritis Traumática	24
5.	Osteoartritis	24
6.	Gota	25
7.	Seudogota.	26
8.	Espondilitis Anquilosante	27
9.	Síndrome de Reiter	28
10.	Artritis Reumatoide	2B
11.	Artritis Crónica Juvenil	31
12.	Sinovitis transiente de la Cadera	33
13.	Sinovitis por Cuerpo Extraño	33
V.	HIPÓTESIS	35
VI.	MATERIAL Y MÉTODOS	36
VII.	RESULTADOS	40
VIII.	DISCUSIÓN	57
IX.	CONCLUSIONES	67
X.	RECOMENDACIONES	69
XI	RESUMEN	70
XII	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
XIII	ANEXOS	75

ÍNDICE DE CUADROS

	PAG. NO.
CUADRO NO. 1: DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR EDAD	40
CUADRO NO.2: DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR SEXO	41
CUADRO NO.3: OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES	42
CUADRO NO.4: LUGAR DE PROCEDENCIA	43
CUADRO NO.5: PACIENTES INTERNADOS POR AÑO	44
CUADRO NO.6: FACTOR PREDISPONENTE	45
CUADRO NO.7: TIEMPO DE EVOLUCIÓN AL MOMENTO DE INGRESO	46
CUADRO NO.8: SIGNOS Y SÍNTOMAS AL INGRESO	47
CUADRO NO.9: ARTICULACIONES AFECTADAS	48
CUADRO NO. 10: TIEMPO DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA	49
CUADRO NO. 11: EXAMENES LABORATORIALES REALIZADOS	50
CUADRO NO. 12: RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO SEGÚN EDAD DEL PACIENTE	51
CUADRO NO. 13: HALLAZGOS RADIOLÓGICOS	52
CUADRO NO. 14: DIAGNOSTICO DE INGRESO-EGRESO TIEMPO INTRA-EXTRA HOSPITALARIO	53
CUADRO NO. 15: TIPO DE TRATAMIENTO INSTAURADO	54
CUADRO NO. 16: SIGNOS Y SÍNTOMAS AL EGRESO	55
CUADRO NO. 17: CONDICIÓN AL EGRESO	56

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades articulares constituyen un problema de salud, cuyo estudio cada día cobra mayor importancia, debido a la necesidad imperativa de realizar diagnósticos precisos, a fin de instaurar terapéutica específica, disminuyendo con ella el porcentaje de secuelas e incluso la muerte.

Esta observación, cobra mayor relevancia en la monoartritis, en donde el conocimiento de una serie de variables tanto sociales, clínicas y laboratoriales es imprescindible para proporcionar un manejo adecuado.

Desafortunadamente, en nuestra formación como médicos generales, este conocimiento es relativamente ínfimo, repercutiendo esto en gran medida en la calidad de asistencia médica que le brindamos a la población.

Además, en nuestro medio, los estudios hechos sobre artritis son relativamente escasos y específicamente sobre monoartritis se desconoce la prevalencia que existe en el Hospital Escuela-Materno Infantil. Esta es la razón que nos motiva a realizar el presente trabajo de investigación. Se toma desde 1990 ya que es a partir de éste año que el departamento de estadística, clasifica esta entidad.

II. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La artritis monoarticular es una entidad cuya etiología es variable, por lo tanto el diagnóstico conlleva el realizar una integración clinico-laboratorial, siendo esto último fundamental.

El abordaje de la monoartritis en la población pediátrica, difiere al del adulto y el hacer un diagnóstico temprano influye marcadamente en el pronóstico.

Lo anterior, reviste gran importancia en nuestro medio ya que debido a diversas circunstancias el paciente algunas veces llega al centro asistencial en un periodo avanzado de la enfermedad, agregándosele a lo anterior el manejo inadecuado que algunos trabajadores de la salud prestan a los trastornos articulares.

Se pretende en éste estudio conocer, determinar y analizar los factores relacionados con el manejo del paciente pediátrico y adulto cuyo diagnóstico es monoartritis en el H.M.I.-H.E. haciéndolo como ya se anotó desde un punto retrospectivo

III. OBJETIVOS

Hacer un estudio retrospectivo de parientes, que se han atendido en el hospital Escuela-Materno Infantil, a los cuales se les ha diagnosticado monoartritis, durante el periodo comprendido 1980-1988

ESPECIFICOS

1. Determinar la frecuencia por edad de los pacientes con monoartritis.
2. Conocer el factor pre disponente mas frecuente en monoartritis.
3. Conocer la(s) especifica(s) de monoartritis en niños y adultos.
4. Identificar los signos y síntomas en artritis monoarticular
5. Determinar los estudios laboratoriales realizados para hacer el diagnostico y conocer los resultados
6. Conocer el tratamiento instaurado a los pacientes con monoartritis.
7. Comentar y sugerir un protocolo del manejo de monoartritis.

III. MARCO TEÓRICO

A. Conceptos Anatómicos

1. ORIGEN DE LAS ARTICULACIONES

La articulación en su carácter embriológico se origina de un esbozo esquelético y pertenece al mesodermo intercisional en cuyo espesor se distinguen tres zonas; la más extensa, esta formada por dos capas condrogénas que cubren la epífisis y el hueso subyacente, y que después se convierten en el cartílago articular que por su parte externa forma el pericondrio; y la pequeña caja intermedia que es la que se va vaciando poco a poco hasta constituir la cavidad articular. La capsula articular tiene origen mesodérmico. La membrana sinovial deriva del mesodermo sinovial. (12).

2. ESTRUCTURA DE LAS ARTICULACIONES

- a. LA CAPSULA ARTICULAR: Esta formada principalmente por el tejido colágeno fibroso con unas pocas fibras elásticas.

Esta reforzada en diversas zonas por ligamentos.

3. Se fusiona con el periostio del hueso por encima y por debajo de la articulación y con estructuras peri articulares tendinosas y ligamentosas.

Cuando la cápsula articular está debilitada, quedan amenazadas o desaparecen la estabilidad y la función de la articulación.

- b. EL CARTILAGO ARTICULAR: Es un tejido conectivo duro, elástico, formado por células incluidas en una matriz extracelular resistente, constituida por una red de fibras de colágena de tipo II, en la cual estén estrechamente empacados proteoglicanos.
- Las células cartilaginosas tienen escasa tendencia a la reproducción por lo cual la capacidad de este tejido para repararse o regenerarse después de una lesión es prácticamente nula.
- El cartílago articular carece de riego sanguíneo y se considera que su alimentación procede de tres fuentes: La red vascular de la membrana sinovial; el líquido sinovial y los vasos sanguíneos de los espacios subyacentes. (31)
- c. LA MEMBRANA SINOVIAL: Reviste la superficie interna de la cápsula articular, pero no cubre el cartílago. La sinovial está ricamente provista de vasos sanguíneos, linfáticos y algunas fibras nerviosas.

La red capilar y linfática son vecinas de la cavidad articular y tiene lugar rápidamente difusión entre estos vasos y la cavidad de la articulación. La mayor parte de las substancias de la sangre penetran fácilmente en la cavidad articular y muchas inyectadas en esta van a parar fácilmente a la sangre.

Como la sinovial es muy celular y tiene un riesgo sanguíneo muy rico, no debe sorprender su gran capacidad de regeneración. Después de la extirpación quirúrgica, vuelve a formarse a partir de restos de tejido sinovial o de la capsula articular. (31).

d. EL LÍQUIDO SINOVIAL: El líquido dentro de la cavidad es muy viscoso y espeso. Es ligeramente alcalino e incoloro o amarillo pálido. Contiene relativamente pocas células predominantes mono nucleares, provenientes de la membrana sinovial. El líquido normalmente contiene 95 por 100 de agua y densidad alrededor de 1.010. En articulaciones normales el volumen de líquido existente es pequeño, debe obtenerse por aspiración solo 1 a 2 ml. De líquido de una rodilla normal.

La viscosidad del líquido sinovial depende del contenido de ácido hialurónico, que en promedio, es de 3.5 mg. Por gramo líquido.

El contenido de electrolitos, es comparable al del plasma sanguíneo. La cantidad de sustancias nitrogenadas no proteínicas y de ácido úrico es superior a la del plasma.

El contenido de glucosa varía según la glicemia, con cambios en la concentración de azúcar del líquido articular que siguen por debajo de las fluctuaciones de la glicemia.

El contenido proteínico total es menor que el del plasma, varia entre 1 y 2 g. por 100 ml. En líquidos articulares normales, la proteína es principalmente albúmina, con proporción entre albúmina y globulina, tan elevada como 20: 1.

Así pues, el líquido sinovial aparte de su contenido de ácido hialurónico, puede considerarse como dializado del plasma. Se considera que las funciones del líquido sinovial, son el suministro de un medio ambiente líquido, con una escala estrecha de PH para las superficies articulares: ser una fuente nutritiva para los cartílagos articulares, discos y meniscos y poseer claras propiedades lubricantes. (24).

3- CLASIFICACION DE LAS ARTICULACIONES

Articulaciones Fibrosas: (Articulaciones fijas, Uniones fibrosas ó sinartrosis)

Articulaciones Cartilaginosas: (Articulaciones ligeramente móviles, Uniones Cartilaginosas o Anfiartrosis)

Articulaciones Sinoviales: (Articulaciones libremente móviles, Uniones sinoviales o diartrosis).

El término monoartritis se usa cuando la inflamación afecta a una sola articulación; el de oligoartritis cuando afecta a dos o tres articulaciones y el de poliartritis cuando están afectadas más de tres articulaciones al mismo tiempo o sucesivamente.

B. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE MONOARTRITIS

1. ETIOLOGÍA: La etiología de la artritis monoarticular es de suma importancia, ya que del conocimiento de ésta dependerá el manejo.

A continuación se da una lista de causas de monoartritis (M.A) las cuales se desarrollan en el presente trabajo:

- Artritis Séptica
- Artritis Micótica
- Osteoartritis
- Artritis Tuberculosa
- Artritis Traumática

- Gota y Seudogota
- Espondilitis Anquilosante
- Síndrome de Reiter
- Artritis Reumatoide
- Artritis Crónica Juvenil
- Sinovitis Transitoria
- Sinovitis por Cuerpo Extraño -Monoartritis
de causa indeterminada

2. CUADRO CLINICO: El cuadro clínico varía de acuerdo a la edad del paciente y a la causa. En los pacientes pediátricos se debe buscar sintomatología de cuadro séptico, además que los signos cardinales de inflamación a veces pueden faltar, especialmente en el recién nacido. Los estudios demuestran que la articulación más afectada en el adulto es la rodilla (9.13); mientras que en el recién nacido es la cadera (8) (1).

4. DIAGNOSTICO: Las posibilidades de diagnosticar son diversas, y la etiología correcta puede ser alcanzada después de investigaciones prolongadas, no obstante existe un sub-grupo de pacientes en quienes la causa precisa de M.A. permanece desconocida.

En un estudio prospectivo donde se evaluaron 59 pacientes con M.A. los autores hicieron un diagnóstico en el 64% del grupo estudiado, refiriendo series donde un diagnóstico correcto ha sido realizado en 29% a 68% de los casos. (13)

Es importante señalar que hay trabajos sobre M.A. crónica, en donde no obstante el seguimiento realizado -2 años- hay un 68% de pacientes en quienes la etiología permanece desconocido. (9).

4. TRATAMIENTO: El tratamiento depende de una serie de variables, entre las cuales se destacan la edad y la etiología. En general existen criterios uniformes; habiendo discrepancia entre algunos autores en lo que respecta al tipo de drenaje en artritis séptica, -ver más adelante.-

5. PRONÓSTICO: El Diagnóstico oportuno y la demora en la instauración del tratamiento son fundamentales para tener buenos resultados. Las investigaciones han establecido que los pacientes que son adecuadamente evaluados y que persisten con M.A. de etiología desconocida tienen buen pronóstico. Rasmussen en un estudio sobre M.A crónica encontró que 76% de los pacientes con artritis no específica, al cabo de 3 años de seguimiento no presentaban síntomas.

En otro estudio, también sobre M.A. crónica, Fletcher y Scott notaron una recuperación completa en 75% de pacientes con sinovitis de causa desconocida a los 2 1/2 años de seguimiento. (13).

C. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE CAUSAS DE MONOARTRITIS

1. ARTRITIS SEPTICA

El término artritis séptica incluye todas las infecciones articulares causadas por bacterias piógenas, con la excepción de tuberculosis (27), constituye una emergencia en reumatología, ya que no diagnosticarla ni tratarla precoz y oportunamente significa la destrucción y pérdida de la articulación afectada y aun la posibilidad de muerte del enfermo. (26).

En relación a la incidencia se señala que es un problema relativamente frecuente. En la clínica " Mayo" en el lapso de 1939 a 1957 se reportó 77 casos; mientras que en el Hospital General de Massachusetts en un período de 10 años se reportaron 24 casos. (3)

ETÍOLOGIA: Diferentes organismos prevalecen como los mas frecuentes dependiendo de la edad del paciente. En la edad pediátrica es S. Aureus, en tanto en el adolescente N. Ganorrhoeae. (17)

En los siguientes cuadros se presenta la distribución por Edad:

TABLA NO. 1

EDAD	ORGANISMO
0-6 meses	Staphylococcus Aureus. E.Coli
6 Meses a 2 años	H. Influenzae
2 años-Adolescencia	Cocos Gram (+)
Adolescentes	N. Gonorrhoeae
Mayor de 40 años	Staphylococcus Aureus

TOMADO DE: CLÍNICAS MEDICAS DE NORTE AMERICA

Vol. 65, No.1, Enero, 1981,

TABLA NO. 2

ORGANISMO	ADULTOS %	NIÑOS *%.
N. Ganorrhoeae	50	Menos de 1
S. Aureus	25	40
D. Neumoniae	10	25
H. Influenzae	Menos de 1	10
B. Gram (-)	Menos de 5	Menos de 15

FUENTE: CLÍNICAS MÉDICAS DE NORTE AMERICA

Vol. 61, No.2, Marzo, 1977

- b. FACTORES PREDISPONENTES: Ciertos factores parecen predisponer a la artritis séptica, y además pueden alterar el curso de la infección. Entre estos tenemos:
- b.1. Foco Infeccioso Extra-articular: A continuación se presentan los focos primarios más frecuentes en relación a los agentes etiológicos.

TABLA NO. 3

- S.Aureus: Cutáneo (absceso, forúnculo, herida operatoria) Osteomielitis, Neumonía, Endocarditis, Prostatitis.
 - N. Gonorrhoeae: Uretritis, Cervicitis, proctitis, Faringitis.
 - S. Haemolyticus Grupo A: Amigdalitis, otitis media, infección puerperal, arisipela y otras lesiones cutáneas.
 - Neumococo: Otitis Media, Neumonía, Sinusitis.
 - Bacilos gram(-); ITU, Vía biliar, Tracto digestivo, herida Operatoria, plebitis
-

FUENTE: REVISTA MEDICA DE CHILE. 109:969-976, 1981.

b.2 Traumatismo-Articular: Crea un locus de menor resistencia por trastornos circulatorios.

b.3 Enfermedades Subyacentes: Tales como:

- Diabetes Mellitus: Con trastornos neurocirculatorios de las extremidades inferiores, con frecuentes infecciones de ellas, como también de las vías urinarias. Se ha demostrado que la hiperglicemia disminuye la fagocitosis de los neutrófilos.

- Alcoholismo y Cirrosis: Además del trastorno metabólico general, se ha demostrado la presencia de un inhibidor sérico de la quimiotaxis de leucocitos.

- Mesenguimopatias: Costo artritis reumatoidea, LES u otra habitualmente con tratamiento cortico-esteroidal sistémico prolongado y ocasionalmente con inmunodepresores o que reciben tratamiento local intra-articular frecuente.

Neoplasias: Como linfomas, leucemias, mieloma múltiple, que por si tienen mayor susceptibilidad a las infecciones; además reciben tratamientos prolongados con inmunodepresores y corticoides.

b.4. Abuso de Drogas Intravenosa: Es un factor predisponente, ya que un drogadicto puede infectarse fácilmente al recibir repetidos "pinchazos" con material séptico. (4).

b.5. Penetración de cuerpo extraño a la articulación:
Habitualmente espinas de varias plantas (2:17).

c. CUADRO CLÍNICO

El Infante: En el infante, especialmente el recién nacido, el cuadro puede ser dado por una septicemia. Puede haber irritabilidad, aprehensión, déficit en la ganancia de peso, ocasionalmente fiebre, taquicardia, anemia.

El involucramiento de la articulación de la cadera debe ser sospechoso en cualquier infante con una septicemia. (27-1).

Niño y Adulto: En contraste al recién nacido, aquí el paciente presenta enfermedad fulminante aguda. La articulación habitualmente esté edematosa, eritematosa, con calor, dolor y marcada impotencia funcional, la temperatura puede estar francamente elevada. La articulación más comúnmente afectada es la rodilla. (20).

- d. DIAGNOSTICO: La asociación de la clínica (anamnesis, antecedentes personales, familiares; examen físico) con el laboratorio es básico para hacer un buen diagnóstico. Se recomienda realizar los siguientes exámenes:

d.1. LIQUIDO SINOVIAL

Examen Citoquímico: Las características macroscópicas desde que el liquido va llenando la jeringa son importantes en la presunción diagnóstica. El color amarillo o amarillo verdoso; su aspecto turbio, purulento, debe ser observado.

El recuento celular es elevado (10.000 a más de 100,000 leucocitos /mm.3) con un gran predominio de PMns (sobre 80% en el 95% de los casos).

La determinación de glucosa, paralelamente a la glicemia, estando el paciente en ayunas, muestra característicamente un descenso en el líquido sinovial (menos del 50% del valor de la glicemia).

- Gram: Revela los organismos en alrededor de 60% de los líquidos examinados (25- 14).

Cultivo: El rendimiento no es tan alto. Hay estudios que reportan un 53% de positividad en los adultos y un 74% en los niños (17-26)

- d.2 HEMOCULTIVOS: Es un método útil que permite muchas veces identificar el germen, cuando no ha sido posible hacerlo en Líquido sinovial.
- d.3. CULTIVOS DE POSIBLES FOCOS: Cuando existan o se sospechen de acuerdo al enfoque clínico del paciente (piel, vías respiratorias, tracto urinario, ginecológico, (etc.)).
- d.4. V.E.S Y P.C.R.: Prácticamente siempre se encuentran elevados. Hay estudios en niños que han encontrado el VES arriba de 20 mm/h. Otros estudios sobre artritis infecciosa muestran que 83% de los pacientes tienen un VES sobre 60 mm/h.
- d.5 Hemograma: Es de valor relativo, un buen número de pacientes no tienen alteraciones significativas. Leucocitosis moderada puede encontrarse en cerca de un 50% de los pacientes con desviación a la izquierda en un bajo porcentaje de enfermos (20%).

d.6 Radiología Debe tomarse de la articulación afectada y la simétrica correspondiente. Inicialmente se puede observar distensión de la cápsula articular y aumento de partes blandas, De ayuda para evaluar la evolución y el tratamiento.

d.7. Biopsia Sinovial: Necesario en ciertos casos cuando persiste duda diagnóstica.

d.8. Otros Exámenes: Glicemia, antiestreptolisinas, PPD, Rx Tórax, etc, se harán de acuerdo al paciente. (4).

e. TRATAMIENTO: La terapia satisfactoria de artritis séptica requiere el uso apropiado de antibióticos y el drenaje de líquido purulento. No obstante el resultado dependerá de variables tales como:

Duración de la infección antes de iniciar tratamiento: Se ha observado que la instauración de terapia en los primeros 7 días de iniciada la monoartritis se acompaña de mejores resultados. (22)

-El Agente Bacteriano: Ciertas bacterias, por ejemplos bacilos gram (-), parecen causar una forma más virulenta de artritis séptica.

-Factores de Huésped: Los factores predisponentes -ya señalados- también pueden alterar el curso de la respuesta terapéutica.

USO_DE ANTIBIOTICOS: Los antibióticos usados deben ser apropiados en tipo, dosis y duración,

Un conocimiento de la historia natural de la enfermedad, la edad del paciente y el tipo de organismo identificado por el gram-constituyen la mejor guía para iniciar los antibióticos) posteriormente, al tener los resultados del cultivo y la sensibilidad del organismo se harán las correcciones necesarias.

La vía de administración recomendada es la IV (27); aunque hay estudios que han demostrado la eficacia de la vía oral, como continuación de la terapia IV, especialmente en niños (7). En relación a la duración de la antibioticoterapia, ésta debe ser individualizada de acuerdo a la respuesta del paciente, algunos autores recomiendan de 4-6 semanas, siendo las primeras dos semanas por vía parenteral y luego continuar la V.O (4-331. No se aconseja la administración directa de antibióticos dentro de la articulación. (29).

DRENAJE: Es la medida fundamental que permite eliminar el exudado purulento, causa principal del daño al cartílago articular, Hay dos maneras de realizarlos las funciones articulares repetidas y el drenaje quirúrgico abierto.

Existen controversias en cuanto al método a utilizar, pero todos coinciden en que en la artritis séptica de la cadera debe realizarse drenaje quirúrgico abierto (14),

A continuación se presenta los resultados de un análisis retrospectivo, comparando el tipo de drenaje utilizado inicialmente en pacientes con artritis séptica.

TABLA No.4

<u>MODO DE DRENAJE</u>		
	Aspiración con Aguja	Drenaje Abierto
Pacientes	37	16
Art. Afectadas	46	17
Resultados:		
Recuperación		
Completa	37 (80%)	8 (47%)
Resultados		
Pobres	9 (20%)	9 (20%)

FUENTES: The American Journal of Medicine

Vol. 60, Marzo, 1976

En un estudio retrospectivo realizado en el Hospital Materno-Infantil sobre artritis séptica en niños, se encontró, que todos los casos fueron tratados con drenaje quirúrgico abierto, independientemente de la articulación afectada (8).

REPOSO ARTICULAR: Debe ser en posición adecuada, evitando posiciones viciosas.

REHABILITACION Se iniciará cuando exista una franca disminución del dolor y los signos inflamatorios.

Medidas complementarias: Tratamiento de la enfermedad de base, cuando exista.

ARTRITIS GONOCICA

Es la causa más común de artritis infecciosa en el adulto joven. De 70% a 80% de casos documentados ocurren en mujeres.

En cuanto a la edad, 70%. ocurren en personas de 20-30 años; 16% en la edad 10-19 años y 14% en mayores de 30 años.

El embarazo y la menstruación son factores predisponentes para la bacteremia y la artritis.

Se considera que cursa con dos etapas:

-Fase bacteriémica: Fiebre, escalofríos, lesiones cutáneas, hemocultivo positivo.

Fase de articulación Séptica: Generalmente monoarticular, hemocultivo negativo.

La rodilla es involucrada en mes del 50% de los casos, seguida en frecuencia por tobillos, muñecas y articulaciones pequeñas.

El diagnóstico se confirmará con hemocultivos positivos, cultivos de liquido sinovia!, los cuales son positivos en alrededor 1/3 de los casos. También se deben cultivar posibles focos primarios (5). En general, responde bien al tratamiento antimicrobiano.

2. ARTRITIS TUBERCULOSA

Es una loma crónica y destructiva de artritis causada por M. Tuberculosis. Aproximadamente 1% de los pacientes con tuberculosis tienen afección esquelética. Se presenta con mayor frecuencia en el varón de raza no blanca y tiende a afectar la población entre los 50-60 años de edad. Sin embargo, puede presentarse a cualquier edad. Tiene un inicio insidioso y en general es monoarticular (20).

Ciertos factores predisponentes se han asociado entre estos la drogadicción, traumatismo, punción articular, diabetes (6). Las articulaciones más comúnmente afectada es la cadera y las rodillas. Puede haber hipertemia leve, con sudoración nocturna, pero la mayoría de pacientes carecen de síntomas constitucionales importantes.

El diagnóstico se confirma al aislar el Microorganismo. En el gram; es observado en 20-25% de los casos, el cultivo de líquido sinovial es positivo en alrededor de 80% y el estudio histológico revela el microorganismo en más del 90% . El manejo con drogas antituberculosas es efectivo (33).

6. ARTRITIS MICOTICA

La afección articular por hongos es rara. En la coccidioidomicosis y esporotricosis puede haber compromiso monoarticular, El resultado de la infección dependerá del microorganismo involucrado, de la extensión de la diseminación y de si existe o no enfermedad seria subyacente.

La mayoría de casos resultan de diseminación hematógica con anfotericina B se obtienen buenos resultados, pero suele necesitarse el desbridamiento quirúrgico. (33).

4. ARITRITIS TRAUMATICA

El daño inmediato posterior al trauma, incluye desgarros capsulares, desprendimiento de los meniscos, laceración y fractura articular. Como resultado de estos danos los derrames hemorrágicos son frecuentes.

El producto de tales derrames se transforma en un lapso de 2-3 semanas, en un líquido seroso color ámbar.

El diagnóstico de artritis traumática deberá reservarse para los pacientes en quienes:

Una lesión traumática específica fue lo bastante grave para producir dolor agudo, inflamación, derrame y disfunción de la articulación afectada.

Solo la articulación afectada muestra las anormalidades mencionadas.

Estas anormalidades, no existían antes del traumatismo.

El tratamiento deberá incluir reposo y remoción de los derrames hemorrágicos. Fisioterapia. Valoración Ortopédica. (20)

5. OSTEOARTRITIS

Desde el punto de vista histopatológico o radiológico, se le define por la pérdida del cartílago articular, esclerosis ósea y presencia de osteofitos.

Se clasifica en primaria o idiopática, sino puede definirse una causa subyacente y secundaria si es consecuencia de diversos padecimientos pre-existentes localizados o generalizados.

Los mecanismos exactos de la pérdida del cartílago no han sido definidos, pero el stress y los cambios del hueso subcondral contribuyen al daño.

Las articulaciones más comúnmente afectadas son las rodillas, caderas, articulación de las manos y los pies. (32).

En un estudio sobre monoartritis aguda, de 38 pacientes evaluados, 10 tuvieron un diagnóstico de osteoartritis. (13)

6. GOTA

Es una enfermedad caracterizada por crisis aguda de artritis inducida por cristales de urato monosódico, depósito crónico de estos cristales en o alrededor de las articulaciones, cartílago o perenquina renal y nefrolitiasis Úrica.

La hiperuricemia es un requisito para la aparición de la enfermedad, pero no es indispensable para su diagnóstico.

La definición exacta de la hiperuricemia es difícil dependiente de múltiples variables. Una definición útil es aquella que se basa en la saturación físico-química del suero con urato, que a 37 grados C es de 7 mg%.

Hay algunos aspectos del cuadro clínico o de laboratorio que pueden sugerir el diagnóstico, como la hiperuricemia, una historia de artritis monoarticular en un hombre, alrededor de los 40 años,

con compromiso articular distal de extremidades inferiores, de rápida evolución y que se resuelve sin dejar secuelas; asimismo una buena respuesta terapéutica al tratamiento de prueba con colchicina. Sin embargo, el diagnóstico definitivo solo se realiza demostrando la presencia de los cristales de Urato en el líquido articular, en lo que respecta al tratamiento es esencial el aspecto educativo; el manejo de la crisis aguda se realiza con colchicina, otros prefieren la fenilbutazona o la indometacina. En el periodo intercrítico se busca mantener una uricemia plasmática alrededor de 6 mg%.

Por último, se maneja la Hiperuricemia asintomática.

SEUDOGOTA

Es la segunda forma mas común de artritis inducida por cristales.

Es producida por el depósito de cristales de hidrato de pirofosfato de calcio en la articulación.

Se presenta en personas de cualquier sexo, en general mayores de 50 años.

Más del 50% de ataques agudos ocurren en la rodilla, muñecas, codos y espalda.

8 Ha sido asociada con hiperparatiroidismo,
- osteoartritis, hemocromatosis y hipotiroidismo.

En el tratamiento se ha utilizado la fenilbutazona, indometacina la colchicina es moderadamente efectiva. (25). Es una enfermedad inflamatoria que causa a veces sacroileitis y espondilitis, así como artritis periférica.

Suele afectar a las personas de los 15-29 años de edad. Hay una proporción masculino-femenino de 2:1

Entre los primeros síntomas están, dolor en la porción baja del dorso y en los glúteos, que a veces irradia a la porción posterior de los muslos. El dolor se acompaña de rigidez y los síntomas tienden a empeorar en las primeras horas de la mañana y con el reposo.

La artritis periférica ataca las articulaciones de mediano y gran tamaño, como caderas, rodillas y tobillos. La iritis se identifica en el 33% de los sujetos.

En 1% de los pacientes a veces aparece insuficiencia aórtica (18). Los test para F.R. y A.N.A son generalmente negativos. El antígeno de Histocompatibilidad HLA-B27 esta presente en el 90% de todos los afectados.

El manejo requiere de anti-inflamatorios y fisioterapia.

El mantenimiento de una buena postura es esencial. (30).

9. SINDROME DE REITER

Incluye la triada de artritis, conjuntivitis y uretritis.

Ataca con mayor frecuencia entre los 16-35 años de edad.

El trastorno tiene una predisposición genética, estos es, la positividad del antígeno HLA-B27.

Entre los microorganismos que a veces ocasionan la enfermedad están Chlamydias asociadas con uretritis inespecíficas e infecciones por Salmonella, Shigella o Yersinia.

No se ha precisado el mecanismo por el cual la uretritis o la diarrea son seguidas de artritis.

La enfermedad suele comenzar en forma aguda y febril. Lo hace una a tres semanas después de la uretritis o la diarrea. La artropatía puede presentarse en los pies, tobillos o rodillas. (10-18).

10. ARTRITIS REUMATOIDE

Es una enfermedad sistemática crónica de etiología desconocida, que se manifiesta principalmente por artritis inflamatoria de las articulaciones periféricas.

Se ha encontrado una relación femenino-masculino de 2:1 a 3:1. El pico máximo de ataque se presenta en el grupo de 20-40 años de edad. Se sugiere que un factor genético puede influenciar la susceptibilidad a ésta enfermedad, ya que se ha demostrado que en un 70% de pacientes con artritis reumatoide se encuentra el antígeno HLA-DRW4.

Aproximadamente en 1/3 de pacientes, la enfermedad al principio puede estar confinada a algunas articulaciones, con frecuencia una ó ambas rodillas, antes de diseminarse a otras articulaciones en un patrón simétrico. (32).

Estudios sobre monoartritis refieren que la artritis reumatoide puede permanecer monoarticular por muchos años. (28). Aunque puede afectarse cualquier articulación, las mas comprometidas son las interfalangicas proximales; metacarpofalangicas, el hombro, las muñecas, rodillas, codos y tobillos.

Las manifestaciones extra articulares, revisten importancia especial.

En el siguiente cuadro se presentan, las manifestaciones extra articulares encontradas en 127 pacientes hospitalizados con A.R. en Canadá.

TABLA NO. 5

8

Nódulos Subcutáneos	53
Fibrosis Pulmonar	20
Vasculitis	15
Ulceraciones en Piel	13
Linfadenopatías	12
Neuropatía	10
Esplenomegalia	9
Episcleritis	9
Pericarditis	2

FUENTE; the American Journal of Medicine.

Vol. 54, Abril 1973.

Los pacientes pueden presentar anemia normocítica-normocrómica o Hipocrómica, las células LE están presentes en +- 10% de los casos. Los A.N.A. en un 25%-50% y el F.R. en aproximadamente 75%.

El líquido sinovial suele tener aspecto turbio, coagula espontáneamente; hay PMns que contienen complejos inmunitarios ingeridos; se forma un pobre coagulo de mucina.

El propósito del tratamiento es el de mantener la capacidad del paciente para funcionar. Para lograrlo deben hacerse todos los esfuerzos posibles para disminuir la inflamación articular y el dolor, así como prevenir las deformidades. (32).

11. ARTRITIS CRONICA JUVENIL

Es una enfermedad o grupo de enfermedades caracterizada por sinovitis crónica, asociada a un grupo de manifestaciones extra articulares; sobreviene antes de los 16 años de edad y lleva evolucionando como mínimo 3 meses. (16-30).

Se desconoce la etiología. Algunos creen que resulta de la infección por microorganismos todavía no identificados; otros mencionan una reacción de lupersensibilidad o autoinmune a un estímulo desconocido. (35).

-Mono y oligoartritis de Comienzo Precoz Comienza precozmente, entre los doce meses y cuatro años de edad; con un acentuado predominio femenino (tres niñas por cada niño). Los primeros signos aparecen como norma, de manera insidiosa, en forma de hinchazón articular poco dolorosa, que casi no estorba las actividades del niño y no cursa con alteraciones del estado general.

Afecta la articulación de la rodilla en el 70%. de los casos, frecuentemente desarrollan iridociclitis crónica; tienen anticuerpos antinucleares positivos.

Mono y Oligoartritis de comienzo Tardío: Comienza entre los ocho y los doce años de edad; principalmente en varones; la articulación de la rodilla sigue siendo la afectada, además de la cadera. También tiene un comienzo insidioso; no tienden a desarrollar iridociclitis crónica; los A.N.A son negativos. (21). En un estudio retrospectivo realizado en el Hospital-Escuela en el lapso de 1969-1983, la artritis crónica juvenil, tuvo una presentación monoarticular en el 15.2%. de la muestra. (11).

Mientras que Cassidy (1967) reportó un ataque monoarticular en 31% de sus casos. (2).

El objetivo del tratamiento inmediato y a largo plazo es doble: 1) Conservar una buena función articular y cuidar adecuadamente las manifestaciones extra-articulares y 2) Apoyar a la familia y al niño para que logren un ajuste psicosocial óptimo. (35).

12. SÍNOVITIS TRANSIENTE DE LA CADERA

Es una alteración de Etiología desconocida, con cadera dolorosa y signos de inflamación leve. Se presenta en el lactante.

El episodio puede seguir a una infección respiratoria alta de origen vírico, pasados unos días a dos semanas.

El mayor significado de ésta enfermedad es la posibilidad que oculte una infección bacteriana . (2).

En un estudio sobre artritis en niños, la sinovitis transitoria de la cadera fue la condición más común entre los 4-9 años de edad, teniendo una presentación monoarticular en el 96% de los casos.

(23).

El tratamiento es el reposo en cama. En ocasiones, el dolor puede ser tan intenso como para requerir la tracción en el hospital con la cadera flexionada. (35).

Ocasionalmente algunos cuerpos extraños pueden entrar a la articulación, produciendo una sinovitis reactiva severa. Varios de estos cuerpos extraños son espinas de plantas. En ocasiones estas espinas pueden producir una verdadera artritis séptica, pero más comúnmente causan una sinovitis reactiva severa que puede tomar varias semanas o más tiempo para desarrollarse.

La historia es típica de un niño con dolor articular leve y signos de inflamación.

El diagnóstico es realizado al identificar el cuerpo extraño, pero esto frecuentemente requiere microscopio de luz polarizada no obstante a veces es necesario considerar la artrotopia y la biopsia para confirmarlo. (2).

Ya que, el diagnóstico a veces se demora, una sinovectomía, con la remoción del cuerpo extraño, se hace necesario para curar la sinovitis. Si el diagnóstico es realizado tempranamente la remoción simple de la espina puede usualmente prevenir una sinovitis progresiva. (17).

VII. HIPÓTESIS

1. Las causas mas frecuentes de monoartritis son la artritis séptica. Osteoartritis, artritis inducida por cristales y sinovitis transitoria de la cadera.
2. El organismo que mas frecuentemente produce monoartritis séptica en niños es S.aureus, mientras que en adolescentes es N.gonorrhoeae.
3. La articulación más afectada con monoartritis es la rodilla.
4. Existe un porcentaje de pacientes con monoartritis cuyo diagnostico definitivo se obtiene después de un seguimiento extra hospitalario.
5. La artritis monoarticular tuberculosa se presenta con mayor frecuencia en adultos que en niños.

VI. MÉTODOS, MATERIAL Y PROCEDIMIENTOS.

A. POBLACION

La población la comprenden todos los expedientes con diagnóstico de monoartritis, presentes en el Departamento de Estadística, en el período de 1980-1988

B- MUESTRA

En el presente estudio la muestra la constituiré el Universo

C. TIPO DE INVESTIGACION

La investigación será de tipo retrospectivo y descriptivo, en base a expedientes clínicos.

D- FUENTE DE DATOS

La fuente de Datos la constituye el Departamento de Estadística del Hospital Escuela-Materno Infantil.

E. RECOLECCION DE DATOS

La recolección de datos se hará mediante el uso de un formulario, el cual contiene las variables a estudiar. Los datos obtenidos personalmente por el investigador.

F. DURACIÓN.DEL.ESTUDIO

Se considera que la investigación tendrá una duración de 3 meses, bajo el siguiente calendario de actividades:

- a. Planeación: 15 Días
- b. Ejecución: 1 Mes
- c. Procesamiento de Datos: 15 días
- d. Análisis de Datos: 7 Días
- e. Publicación: 15 Días

VARIABLES A UTILIZAR

A. Variable Dependiente:

Monoartritis

B. Variables Independientes:

1. Edad: Tiempo cronológico del paciente desde el nacimiento hasta el momento de ser ingresado. Se describirá como se distribuye por edad la monoartritis.
2. Sexo: Femenino
Masculino
3. Ocupación: Se indicará en pacientes adultos que trabajadores son los afectados por artritis monoarticular
4. Lugar de Procedencia: Se estudiará para determinar de que lugar provienen más frecuentemente los pacientes.
5. Motivo de la consulta: Motivo por el cual el paciente solicita asistencia médica.
6. Tiempo de evolución de la enfermedad al momento de ser ingresado: Es el lapso transcurrido desde que se inicia el cuadro hasta que es hospitalizado.
7. Factores Predisponentes: Se consignarán los factores que predisponen a la monoartritis

8. Manifestaciones clínicas y Resultados de Laboratorio:

Se anotarán en base a los datos consignados en los expedientes y de acuerdo al instrumento de trabajo.

9. Tratamiento Instaurado: Se consignará la terapia con drogas, el tratamiento quirúrgico y su eficacia. Así como el seguimiento proporcionado.

10. Complicaciones y Mortalidad: Se consignará de acuerdo a lo anotado en los expedientes.

VII. RESULTADOS

CUADRO NO. 1
 MONOARTRITIS EN NIÑOS Y ADULTOS: SU PREVALE. EN
 HOSPITAL-ESCUELA-MATERNO INFANTIL
 1980-1988 N: 27
 DISTRIBUCIÓN POR EDAD

AÑOS	NUMERO	%
Menos de 5	1	3.7
5-9	7	25.9
10-14	5	18.5
15-20	5	18.5
21-25	2	7.4
26-30	1	3.7
31-35	2	7.4
36-40	1	3.7
Mas de 40	3	11.1
T O T A L	27	100.0

Este cuadro nos muestra que 13 (48.1%) de los pacientes son menores de 15 años; 5 (18.5%) están comprendidos entre 15-20 años, mientras que 9 (33.3%) son mayores de 20 años de edad.

El promedio de edad del grupo es de 18.7 años.

CUADRO NO.2
 MONOARTRITIS EN NIÑOS Y ADULTOS: SU PREVALENCIA
 EN HOSPITAL-ESCUELA MATERNO INFANTIL
 1900-1988 N: 27

S E X O

S E X O	NUMERO	%
F	16	59.3
M	11	40.7
T O T A L	27	100.0

Se observa, que de los 27 pacientes, 16(59.2%) corresponden al sexo Femenino, mientras que 11 (40.7%) son masculinos.

CUADRO NO.3
 MONOARTRITIS EN NIÑOS Y ADULTOS: SU PREVALENCIA
 EN HOSPITAL ESCUELA-MATERNO INFANTIL.
 1960-1988 N: 27
 OCUPACION DE LOS PACIENTES

DESCRIPCION	NUMERO	%
OFICIOS DOMESTICOS	5	18.5
ESTUDIANTE	6	22.2
MOTORISTA	1	3.7
MILITAR	1	3.7
CARPINTERO	1	3.7
AGRICULTOR	2	7.4
PANADERO	1	3.7
NINGUNO	10	37.0

En este cuadro se observa que las ocupaciones mas encontradas en la muestra, es la de estudiantes (22.2%) y oficios domésticos (18.5%).

En tanto 10 pacientes (37%) no tienen ninguna ocupación.

CURDRO NO. 4

MONOARTRITIS EN NIÑOS Y ADULTOS: SU PREVALENCIA

EN HOSPITAL-ESCUELA-MATERNO INFANTIL

1980-1988 N: 27

LUGAR DE PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	NUMERO	%
DISTRITO CENTRAL	9	33.3
FRANCISCO MORAZAN	5	18.5
EL PARAISO	3	11.1
VALLE	5	18.5
CHOLUTECA	3	11.1
OLANCHO	1	3.7
SANTA BARBARA	1	3.7
TOTAL	27	100.0

De los 27 pacientes estudiados, 14 (51.8%) procedían de Francisco Morazán, de los cuales 9 (33.3%) eran del Distrito Central. Mientras que 8 (29.6%) procedían de la Zona Sur del país (Valle, Choluteca).

CUADRO NO. 5

MONOARTRITIS EN NIÑOS Y ADULTOS: SU PREVALENCIA EN
 HOSPITAL ESCUELA-MATERNO INFANTIL
 1980-1988 N: 27
 PACIENTES INTERNOS POR AÑO

AÑO	NUMERO	%
1985	3	11.1
1985	6	22.2
1986	6	22.2
1987	5	18.5
1988	7	25.9
T O T A L	27	100.0

Este cuadro nos ilustra que en el lapso de 1960-1984 se ingresaron 3 pacientes, 1985 y 1986, 6 en cada uno, en tanto en 1987 y 1988, se ingresaron 5 y 7 pacientes respectivamente.

CUADRO NO. 6

MONOARTRITIS EN NIÑOS Y ADULTOS: SU PREVALENCIA
 EN HOSPITAL-ESCUELA-MATERNO-INFANTIL
 1980-1988 N: 27
 FACTOR PREDISPONENTE

DESCRIPCION	NUMERO	%
INFECCION RESPIRATORIA	5	18.5
INFECCION GENITAL	2	7.4
INFECCION CUTANEA	3	11.1
TRAUMATISMO	3	11.1
CUERPO EXTRAÑO	1	3.7
DIABETES MELLITUS	2	7.4
ARTRITIS REUMATOIDE	1	3.7
NINGUNO	10	37.0
TOTAL	27	100.0

Aquí observamos, que los 27 pacientes estudiados en 17 se encontró algún factor predisponente, siendo el mas frecuente la infección respiratoria; 10 pacientes no presentaron ningún factor.

CUADRO NO.7

MONARTRITIS EN NIÑOS Y ADULTOS: SU PREVALENCIA
 EN HOSPITAL ESCUELA-MATERO INFANTIL
 1980-1968 N: 7
 TIEMPO DE EVOLUCION AL MOMENTO DEL INGRESO

TIEMPO (DIAS)	NUMERO	%
Menos de 7	6	22.2
7-14	9	33.3
15-30	3	11.1
31-90	4	14.8
91-180	4	14.8
Mas de 180	1	3.7
TOTAL	27	100.0

Este cuadro nos ilustra que al momento de ser ingresados 6 (22.2%) de los 27 parientes tenían menos de 7 días de la evolución de la monoartritis; 9(33.3%) tenían entre 7-14 días; mientras que 12(44.4%) tenían mas de 15 días.

El tiempo promedio de evolución al ingreso fue de 55 días.

CUADRO NO.8
 MONOARTRITIS EN NIÑOS Y ADULTOS: SU PREVALENCIA
 EN HOSPITAL ESCUELA-MATERO INFANTIL
 1980-1988 N.27
 SIGNOS Y SINTOMAS AL INGRESO

DESCRIPCION	NUMERO	%
! FIEBRE	16	59.2
! ARTRALGIA	27	100.0
! DISMINUCION MOVILIDAD	21	77.7
! CALOR	20	74.0
! RUBOR	11	40.7
! EOEMA	26	96.2
! SIGNO DE TECLA	5	18.5

En relación a los signos y síntomas al ingreso, se observa que la artralgia estuvo presente en el 100% de la muestra, seguido en frecuencia por edema (96.2%), disminución de la movilidad (77.7%), calor (74 %), rubor (40.7%) signo de tecla + en 18.5%.

CUADRO NO.9

MONOARTRITIS EN NIÑOS Y ADULTOS: SU PREVALENCIA
EN HOSPITAL ESCUELA-MATERO INFANTIL

ARTICULACION	NUMERO	%
RODILLA IZQUIERDA	13	48.1
RODILLA DERECHA	12	44.4
CODDO DERECHO	1	3.7
HOMBRO IZQUIERDO	1	3.7
TOTAL	27	100.0

Aquí se observa que de los 27 pacientes ingresados 25(92.5%) presentaron afectación de la articulación de la rodilla; 1 (3.7%) del codo y 1 (3.7%) del hombro

CUADRO NO. 10
 MONOARTRITIS EN NIÑOS Y ADULTOS: SU PREVALENCIA
 EN HOSPITAL-ESCUELA-MATERNO INFANTIL
 1980 - 1988 N: 27
 TIEMPO DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA

TIEMPO (DIAS)	NUMERO	%
MENOS DE 7	7	25.9
7-10	9	33.3
11-14	1	3.7
15-18	4	14.8
19-22	1	3.7
25-28	2	7.4
MAS DE 28	3	11.1
T O T A L	27	100.0

En relación al tiempo que estuvieron siendo manejados intrahospitalariamente el 59.2% de los pacientes permanecieron menos de 10 días en el hospital; el 37% estuvo más de 15 días.

El promedio de estancia fue de 14.5 días.

CUADRO NO.11
 MONOARTRITIS EN NIÑOS Y ADULTOS: SU PREVALENCIA
 EN HOSPITAL ESCUELA-MATERO INFANTIL
 1980-1988 N: 27
 EXAMENES LABORATORIALES REALIZADOS

EXAMEN	NUMERO	%
LEUCOGRAMA	25	92.5
HEMATOCRITO	25	92.5
PLAQUETAS	14	51.8
V.E.S.	12	44.4
P.C.R	14	51.8
T P	3	11.1
T P T	2	7.4
F.R	16	59.2
H.N.A	9	33.3
CS Y CA	6	22.2
R.S.O	10	37.0
ALBUMINAS	5	18.5
GLOBULINAS	5	18.5
ACIDO URICO	10	37.0
GLICEMIA	16	59.2
CREATININA	15	48.1
B U N	14	51.8
V.D.R.L.	14	51.8
P.P.D	4	14.8
LIQUIDO SINOVIAL	16	59.2
BIOPSIA SINOVIAL	5	18.5

De los 27 pacientes estudiados a 25 (92.5%) se le realizo leucograma y hematocrito: a 12 (44.4%) se les practico PCR: a 10 (37.0%) Acido Úrico.

El examen de liquido sinovial a 16 (59.2). La biopsia sinovial.

CUADRO NO.12
 MONOARTRITIS EN NIÑOS Y ADULTOS: SU PREVALENCIA
 EN HOSPITAL-ESCUELA-MATERNO INFANTIL

1980-1988

RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO SEGÚN EDAD DEL PACIENTE

PACIENTE NO.	EDAD AÑOS	HT %	LEUCOCITOS mm3	PLAQUETAS mm3	U.E.S. mm/h	P.C.P.	T.P seg	T.P.T seg	F.R	A.N.L.P	C3 mg/dl	C4 mg/dl	S.T-2 U.Ted.	ALBUMINA g/dl
1	32	58	9,800.00	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
2	11	38	6,600.00	NL	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
3	10	59	---	---	63	---	---	---	---	---	150	51	---	4.45
4	23	59	11,500.00	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
5	18	43	10,200.00	---	---	---	---	---	---	---	210	37	---	---
6	49	38	10,800.00	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
7	8	58	10,100.00	NL	30	---	13	36	---	---	160	36	---	4.1
8	8	55	5,000.00	NL	72	---	---	---	---	---	---	---	---	---
9	4	58	7,000.00	NL	65	---	---	---	---	---	---	---	---	---
10	51	42	6,200.00	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
11	9	37	6,800.00	NL	---	---	---	---	---	---	---	---	400	---
12	13	40	8,000.00	NL	51	---	---	---	---	---	---	---	200	---
13	8	42	8,000.00	NL	---	---	---	---	---	---	100	21	400	---
14	16	---	9,100.00	NL	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
15	10	52	10,600.00	NL	66	+	13	---	---	---	---	---	---	---
16	8	38	11,600.00	NL	48	---	---	---	---	---	---	---	---	---
17	30	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
18	16	---	7,800.00	---	---	+	---	---	---	---	185	35	---	---
19	44	46	8,200.00	---	66	---	---	---	---	---	---	---	---	---
20	5	---	10,900.00	NL	---	+	---	---	---	---	---	---	400	4.4
21	38	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
22	15	40	16,100.00	---	65	---	---	---	---	---	---	---	---	---
23	29	44	10,600.00	NL	65	+	---	---	---	---	---	---	400	---
24	11	---	12,200.00	---	52	---	---	---	---	---	---	---	100	---
25	5	32	5,000.00	NL	70	+	13	27	---	---	---	---	600	---
26	23	31	8,500.00	---	---	+	---	---	---	---	---	---	---	3.5
27	15	38	4,600.00	---	---	+	---	---	---	---	210	64	---	3.6

CUADRO NO.12
 MONOARTRITIS EN NIÑOS Y ADULTOS: SU PREVALENCIA
 EN HOSPITAL-ESCUELA-MATERNO INFANTIL

1980-1988

RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO SEGÚN EDAD DEL PACIENTE <CONTINUACION>

PACIENTE NO.	EDAD AÑOS	GLOBULINA g/dl	PROTEINAS TOTALES g/dl	ACIDO URICO mg/dl	GLICEMIA mg/dl	CREATININA mg/dl	S.U.N. mg/dl	P.F.O mm	V.D.R.L.
1	32	...	...	...	...	...	...	...	...
2	11	...	...	...	65	...	10	20	...
3	10	2.29	...	...	...	...	...	...	...
4	23	...	...	...	...	...	...	...	...
5	16	...	...	...	78	...	...	...	...
6	49	...	...	...	204	1.75	15	...	...
7	8	4.3	8.4	3.1	72	...	8	...	...
8	8	...	...	...	...	0.5	...	...	...
9	4	...	...	...	...	...	...	...	...
10	51	...	...	7.4	79	0.87	12	...	...
11	8	...	...	...	68	0.8	12	...	...
12	12	...	...	...	57	1	9	...	...
13	8	...	...	...	...	...	...	...	...
14	15	...	...	4 mg	119	0.6	...	...	...
15	10	...	...	...	111	0.6	...	...	...
16	8	...	...	...	70	0.6	7	...	...
17	30	...	...	9.7	...	...	...	...	...
18	16	...	...	3.5	83	0.5	14	...	...
19	44	...	...	...	303	1.0	15	...	...
20	5	3.5	7.9	3	93	0.56	9	...	...
21	38	...	...	...	...	...	...	...	...
22	15	...	...	...	...	...	...	...	...
23	29	...	...	3.4	95	...	15	...	...
24	11	...	...	...	...	...	...	20	...
25	5	...	...	...	75	0.6	6	...	...
26	23	4.4	7.9	4	68	...	7	...	...
27	15	4.7	8.3	3.8	...	0.8	8	...	...

CUADRO NO.12
 MONOARTRITIS EN NIÑOS Y ADULTOS: SU PREVALENCIA
 EN HOSPITAL-ESCUELA-MATERNAL INFANTIL

1980-1988

RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO SEGÚN EDAD DEL PACIENTE

PACIENTE NO.	EDAD AÑOS	LIQUIDO SINOVIAL									
		GRAM	CULTIVO	ASPECTO	COLOR	PROTEINAS g/dl	CELULAS	NEUTROFILOS	LINFOCITOS	GLUCOSA mg/dl	BIOPSIA SINOVIAL
1	30	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
2	11	N.O.B	---	---	---	---	---	---	---	---	---
3	10	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
4	25	N.O.B	---	TURBIO	AMARILLO	---	38160	96	4	---	---
5	16	---	---	TURBIO	---	710	INCONTABLE	---	---	110	---
6	49	N.O.B	---	---	---	---	---	---	---	---	---
7	8	N.O.B	---	---	---	1.7	36500	80	20	---	---
8	8	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
9	4	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
10	51	---	---	---	---	---	0	---	---	---	---
11	8	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
12	12	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
13	8	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
14	16	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
15	10	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
16	8	N.O.B	---	---	---	5400	2000	60	40	30	---
17	30	---	---	TURBIO	---	4580	---	95	5	89	---
18	16	N.O.B	---	TURBIO	---	---	1980	75	25	114	***
19	44	N.O.B	---	TURBIO	---	---	INCONTABLE	90	10	---	---
20	6	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
21	38	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
22	15	N.O.B	---	TURBIO	PURULENTO	1260	68	86	14	47	---
23	29	N.O.B	---	TURBIO	AMARILLO	300	1125	86	14	---	---
24	11	N.O.B	---	TURBIO	AMARILLO	4520	INCONTABLE	---	---	115	****
25	5	N.O.B	---	---	---	---	---	---	---	---	---
26	23	N.O.B	---	---	---	---	---	---	---	---	****
27	15	N.O.B	---	---	---	---	---	---	---	---	---

x REACCION GRANULOMATOSA COMPATIBLE CON TUBERCULOSIS
 xx PROCESO INFLAMATORIO CRÓNICO INESPECIFICO DE MEMBRANA SINOVIAL
 xxx PROCESO INFLAMATORIO CRÓNICO INESPECIFICO
 xxxx SINOVITIS CRONICA SEVERA INESPECIFICA
 xxxxx INFECCIÓN AGUDA Y CRÓNICA SEVERA EN TEJIDO ADIPOSE

CURORO NO. 13
 MONOARTRITIS EN NIÑOS Y ADULTOS: SU PREVALENCIA
 EN HOSPITAL ESCUELA MATERNO INFANTIL
 1980-1988.
 HALLAZGOS RADIOLOGICOS

DESCRIPCION	NUMERO	%
AUMENTO ESPACIO INTRAARTICULAR	7	25.9
DESMINERALIZACION	2	7.4
AUMENTO PARTES BLANDAS	9	33.3
EROSIONES	1	3.7
RAREFACCION OSEA	1	3.7
OSTEOPENIA	1	3.7
OSTEOLISIS Y ESCLEROSIS	1	3.7
NO CONSIGNADO	5	18.5
TOTAL	27	100.0

Los hallazgos radiológicos mas frecuentemente encontrados fueron, aumento de partes blandas y aumento del espacio intraarticular, con 33.3% y 25.5%. respectivamente.

En 5 pacientes Rx. no estaban consignados.

CUADRO NO.14
MONOARTRITIS EN NIÑOS Y ADULTOS: SU PREVALENCIA
EN HOSPITAL-ESCUELA-MATERNAL INFANTIL

1980-1988 N: 27

DIAGNOSTICO DE INGRESO-EGRESO
TIEMPO INTRA-HOSPITALARIO

NO.	DIAGNOSTICO DE INGRESO	DIAGNOSTICO DE EGRESO	TIEMPO IH. (DÍAS)	TIEMPO EH. (MESES)
1	MA. SEPTICA	MA. SEPTICA	7	..-
2	MA. A ESTUDIAR	MA. RODILLA DERECHA	17	..-
3	MA. RODILLA DERECHA	SINOVITIS CRONICA INESP.	7	12
4	MA. INFECCIOSA AGUDA	MA. INFECCIOSA AGUDA	8	..-
5	MA. GONOCOCICA	MA. GONOCOCICA	10	..-
6	MA. SEPTICA	MA. SEPTICA	15	..-
7	MA. A ESTUDIAR	MA. RODILLA IZQUIERDA	19	AUN AUN EN CO.
8	MA. A ESTUDIAR	MA. TIPO REUMATICO	35	3
9	OSTEOARTRITIS POS-TRAUMA	MA. ORIGEN REUMATICO	7	4
10	MA. ETIOL. A INVESTIGAR	MA. RODILLA DERECHA	4	..-
11	MA. ETIOL. A DETERMINAR	MONOARTRITIS	9	5
12	MA. ETIOL. A DETERMINAR	MA. RODILLA IZQUIERDA	8	..-
13	MA. ETIOL. A INVESTIGAR	MA. ETIOL. INVESTIGAR	6	..-
14	MA. SEPTICA	MA. HOMBRO IZQUIERDO	5	..-
15	MA. ETIOL. A DETERMINAR	MA. ETIOL. INDETERMINADO	15	3
16	COLECCION ARTICULAR ROD.	MA. RODILLA IZQUIERDA	4	..-
17	MA. INFECCIOSA	MA. METABOLICA	6	12
18	MA. ETIOL. A INVESTIGAR	MA. ETIOL. A INVESTIGAR	25	96
19	MA. SEPTICA	MA. INDETERMINADA	12	96
20	MA. RODILLA IZQUIERDA	MA. INDETERMINADA	16	36
21	MA. ETIOL. INVESTIGAR	MA. ETIOL. INVESTIGAR	1	..-
22	PIEBRE REUMATICA	PIEBRE REUMATICA		
		MA. INDETERMINADA	4	36
23	ARTRITIS REUMATOIDE A INVES.	MA. ETIOL. INDETERMINADA	10	..-
24	MA. TUBERCULOSA	SINOVITIS CRONICA POR CUERPO EXTRAÑO	46	..-
25	MA. SEPTICA PRES. PEUR.	MA. NO DIAGNOSTICADA	28	..-
26	MA. ETIOL. A DET.	MA. INDETERMINADA	7	12
27	MA. ETIOL. A INVESTIGAR	MA. ETIOL. INV.	61	..-

MA: MONOARTRITIS
IH: INTRAHOSPITALARIO
EH: EXTRAHOSPITALARIO

Aquí observamos que 12(44.4%) pacientes ingresaron con un diagnostico de MA. Séptica 2(7.4%) MA. De rodilla: 22(7.4%) MA. Infecciosa Aguda.

Otros diagnósticos de ingreso fueron: MA. Gonocócica. Osteoartritis colección articular, fiebre reumática, artritis reumatoide a investigar, MA, tuberculosa, con (3.7%) cada uno.

En cuanto al diagnostico de egreso los mas frecuentes MA. Indeterminada 6(22.2%) MA. De rodilla 5(18.5%). MA. Etiológica a investigar 5(18.5%). Otros diagnósticos: MA. séptica 2(7.4%) MA. Tipo reumático 2(7.4%), MA. Infecciosa Aguda, MA. Gonocócica, MA. Metabólica y MA. Hombro.

CUADRO NO.15
 MONOARTRITIS EN NIÑOS Y ADULTOS SU PREVALENCIA
 EN HOSPITAL - ESCUELA-MATERO INFANTIL
 1980-1988
 TIPO DE TRATAMIENTO INSTAURADO

TERAPIA	NUMERO	%
MEDICAMENTOS	7	25.9
MEDICAMENTOS + ARTROCENTESIS	16	59.2
MEDICAMENTOS + CIRUGIA	3	11.1
SOLO ARTROCENTESIS	1	3.7
FISOTERAPIA (N:27)	19	48.1

En este cuadro observamos que el tipo de terapia mas utilizada fue la utilización de medicamentos + la artrocentesis (59.2%); ha 7(25.9%) pacientes únicamente se les dio medicamentos, mientras que ha 3 (11.1%) se les practicó cirugía.

CUADRO NO.16
 MONOARTRITIS EN NIÑOS Y ADULTOS: SU PREVALENCIA
 EN HOSPITAL-ESCUELA-MATERNAL INFANTIL
 1980-1988 N: 27
 SIGNOS Y SINTOMAS AL EGRESO

N O M B R E	N U M E R O	%
DISMINUCION DE LA FUNCION	7	25.9
ARTRALGIA LEVE	2	7.4
NINGUNO	18	66.7
T O T A L	27	100.00

Al Egreso del hospital, 7 pacientes tenían disminución leve de la función de la articulación afectada, 2 con artralgia leve y 18 no presentaban ningún síntoma.

CUADRO NO. 17

MONOARTRITIS EN NIÑOS Y ADULTOS: SU PREVALENCIA EN
HOSPITAL-ESCUELA-MATERNAL INFANTIL

1980-1988 N: 27

CONDICIÓN AL EGRESO

EGRESO	NUMERO	%
IGUAL	2	7.4
MEJORADO	25	92.6
CURADO	-	-
MUERTO	-	-
TOTAL	27	100.0

De los 27 pacientes, 25 (92.5) egresaron mejorados y 2 (7.4%) en el mismo estado que ingresaron.

VIII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Es conveniente aclarar, que en un inicio en el departamento de estadística, se nos había informado que el número de expedientes en el lapso estudiado-ascendía a 35; sin embargo al realizar la revisión se encontró que 4 expedientes no correspondían a 13 patología en estudio, además que 4 fichas no fueron encontradas; por lo que la muestra, se redujo a 27, Si relacionamos este dato con los ingresos totales habidos en el área pediátrica-bloque Médico quirúrgico en el lapso de 1980-1988 encontramos que de cada 10.000 ingresos, 2 son por monoartritis.

En cuanto a la edad, se obtuvo un rango de 4 a 51 años; de los cuales (18.66%) pacientes tenían una edad igual o menor a 16 años; siendo el promedio de todo el grupo 18.7 años. Reflejándose que la población pediátrica estuvo más comprometida.

Estos datos difieren de otro estudio realizado en 45 pacientes en donde, 40 de éstos fueron mayores de 21 años (28).

Freed James y Cols. estudiando solo pacientes adultos encontraron un rango de edad de 16 a 75 años, con un promedio de 41 años (13).

El sexo femenino fue mas frecuentemente afectado, hallándose una relación femenino-masculino de aproximadamente 3:2. Otros trabajos también refieren una mayor tendencia de la monoartritis hacia el sexo femenino (9). En lo que respecta al lugar de procedencia, el 92.5% procedían de los departamentos de Francisco Morazán, El Paraíso, Valle y Choluteca, lo cual puede estar relacionado con la accesibilidad de estos lugares hacia el centro asistencial.

En el presente trabajo se encontraron 7 factores predisponentes (ver cuadro No.6) presentes en 17(62.9%) pacientes. Los mas frecuentes fueron infección respiratoria, infección cutánea y traumatismo. Algunos estudios sobre artritis infecciosa han descubierto factores predisponentes en el 50% de los casos; siendo los focos sépticos mas frecuentes, el cutáneo, genitourinario y de las vías respiratorias (4).

El tiempo mínimo de evolución de la enfermedad al momento del ingreso fue de 1 día, el máximo 2 años. De los 27 casos 6(22.2%) tenían una evolución menor de 7 días; 9(33.3%) entre 7-14 días; siendo el promedio de 55 días. Este aspecto es de suma importancia, ya que, tal como se señalo en el marco teórico-La instauración de terapia en los primeros 7 días de iniciada la monoartritis, se acompaña de mejores resultados, principalmente en las de etiología infecciosa.

Geldemberg y Cohen refieren que en 11 casos con monoartritis infecciosa, en las cuales el tratamiento fue decorado, el restablecimiento completo ocurrió en 3 de los 11 pacientes (27%).

Esto contrasta con todos los otros pacientes de la serie, en quienes la terapia específica fue establecida en los primeros 7 días de inicio de los síntomas, en estos casos, el restablecimiento completo ocurrió en 32 de los 48 pacientes (67%) (14).

Otro aspecto importante a considerar es la signología y sintomatología presentada al ingreso (Cuadro No.8), el 100% cursó con artralgia, seguido en frecuencia por edema, disminución de la movilidad, calor, fiebre, rubor y signo de tecla (+).

Estos datos concuerdan con otro estudio en donde también la artralgia estuvo presente en el 100% de la muestra, seguido por limitación de movimientos. (84.4%) , edema (66.6%) y calor (53.3%.) (2B).

Además encontramos que las articulaciones afectadas fueron la rodilla (92.5%). el codo (3.7%) y el hombro (3.7%). En la literatura revisada también se refiere, que la articulación más afectada es la rodilla, dando porcentaje; que van de 58%, a 60%. de todos los casos (28) (4) (9).

Apuntando además, que en el recién nacido la articulación más afectada es la cadera, hecho que en ésta investigación no podemos comparar ya que-como ya se anotó-la menor edad encontrada fue de 4 años.

Otra variable importante que se debe discutir, es la relacionada con los exámenes 1 laboratoriales; a 25 pacientes se les realizó leucograma, de estos, 4 (16%) se reportaron aumentados; la literatura nos dice que en cerca de un 50% de los pacientes puede haber leucocitosis (4). La V.E.S. se practicó en 12 (44,4%) pacientes, resultando aumentada en todos los casos, 8 de estos estaban sobre 60 mm/h. Esto coincide con otras investigaciones, en donde la V.E.B, prácticamente siempre se encuentra elevada; reportando que en un 83% de los casos esté sobre 60 mm/h. (4) (23).

El estudio de líquido sinovial se realizó en 16 (59.2%) de los 27 casos, en ninguno de ellos se observó bacteria, ni hubo crecimiento en el cultivo, solamente en 1 se reportaron cristales de uratos, estando negativos. Aquí, debe considerarse que al cultivar el líquido sinovial, deben tomarse en cuenta varios factores con el fin de obtener el mayor rendimiento, por la labilidad de algunos gérmenes (Neisserias, Haemophilus, Neumococo; Anaerobios); los cuales están, además en condiciones metabólicas especiales, dadas por las características de la infección articular (4).

La biopsia sinovial, se practicó en 5 pacientes, 1 reveló reacción granulomatosa compatible con tuberculosis, mientras que las otras 4 reportaron procesos inflamatorios crónicos inespecíficos. Algunos autores recomiendan realizar la biopsia sinovial a las 4-6 semanas en una monoartritis persistente, (13),

Los hallazgos radiológicos más frecuentes fueron, aumento de partes blandas 9 (33.3%) y aumento del espacio intracapsular 7 (25.9%).) Otros autores han encontrado como hallazgos, Osteoporosis, Erosión y cambios hipertróficos (26), estando esto en relación a las patologías por ellos observadas, las que difieren de las nuestras.

Los diagnósticos de ingreso más frecuentes fueron monoartritis de etiología a estudiar 12(44.4%) y monoartritis de etiología infecciosa 9 (33.3%) de estos últimos, 5 ingresaron como monoartritis séptica, 2 monoartritis infecciosa, 1 monoartritis gonocócica y 1 monoartritis tuberculosa. (Cuadro No. 14)

Mientras que 11 (40.7%) egresaron con diagnóstico de monoartritis de etiología a investigar o indeterminada, 6(22.2%) como monoartritis de rodilla, 1 (3.7%) monoartritis de hombro; por tanto se observa que de los 27 pacientes, 18 egresaron sin un diagnóstico etiológico preciso.

Otros 4 egresaron con diagnóstico de monoartritis infecciosa, sin embargo en ninguno se identificó el agente causal, por tanto, este diagnóstico no fue confirmado; de los 5 casos restantes, 2 egresaron como monoartritis de tipo reumático, 2 como sinovitis crónica-biopsia- y 1 como monoartritis metabólica (Gota), en ésta ultima patología el diagnóstico definitivo se realiza al identificar los cristales de urato en líquido sinovial (19). lo cusí no se practicó.

Así vemos, que de los 27 pacientes en estudio, al momento de egreso, solamente en 2 casos, se obtuvo un diagnóstico definitivo, confirmado por laboratorio. Sin embargo, tal como lo referimos anteriormente y que constituye una de las hipótesis de este trabajo, existe un porcentaje de pacientes cuyo diagnostico definitivo se realiza después de un seguimiento extrahospitalario (13). De los 27 casos, a 11 se les hizo control en consulta externa, no obstante que a todos se les sugirió que asistieran a este servicio (Cuadro No. 14). De estos 11 en 5 se obtuvo un diagnóstico.

A continuación se presentan los diagnósticos definitivos, alcanzados, incluyendo los 2 intrahospitalarios; comparándolos con el diagnóstico de ingreso inicial.

CASO NO.	DIAGNOSTICO INGRESO	DIAGNOSTICO DEFINITIVO
	MA. Rodilla derecha	MA. Tuberculosa
	MA. a Estudiar	Sinovitis Crónica Inesp,
17	MA. Etiol. a Investigar	Artritis Reumatoide Juvenil
18	MA. Séptica	Artritis Reumatoide
19	MA. Tuberculosa	Sinovitis Crónica x Cuerpo Ext.
24	MA. Etiol. a Det.	Sinovitis Crónica Inesp.
26	MA. Etiol. a Inv,	Artritis Reumatoide Juvenil
27	MA. Infecciosa	MA. Metabólica (Gota)

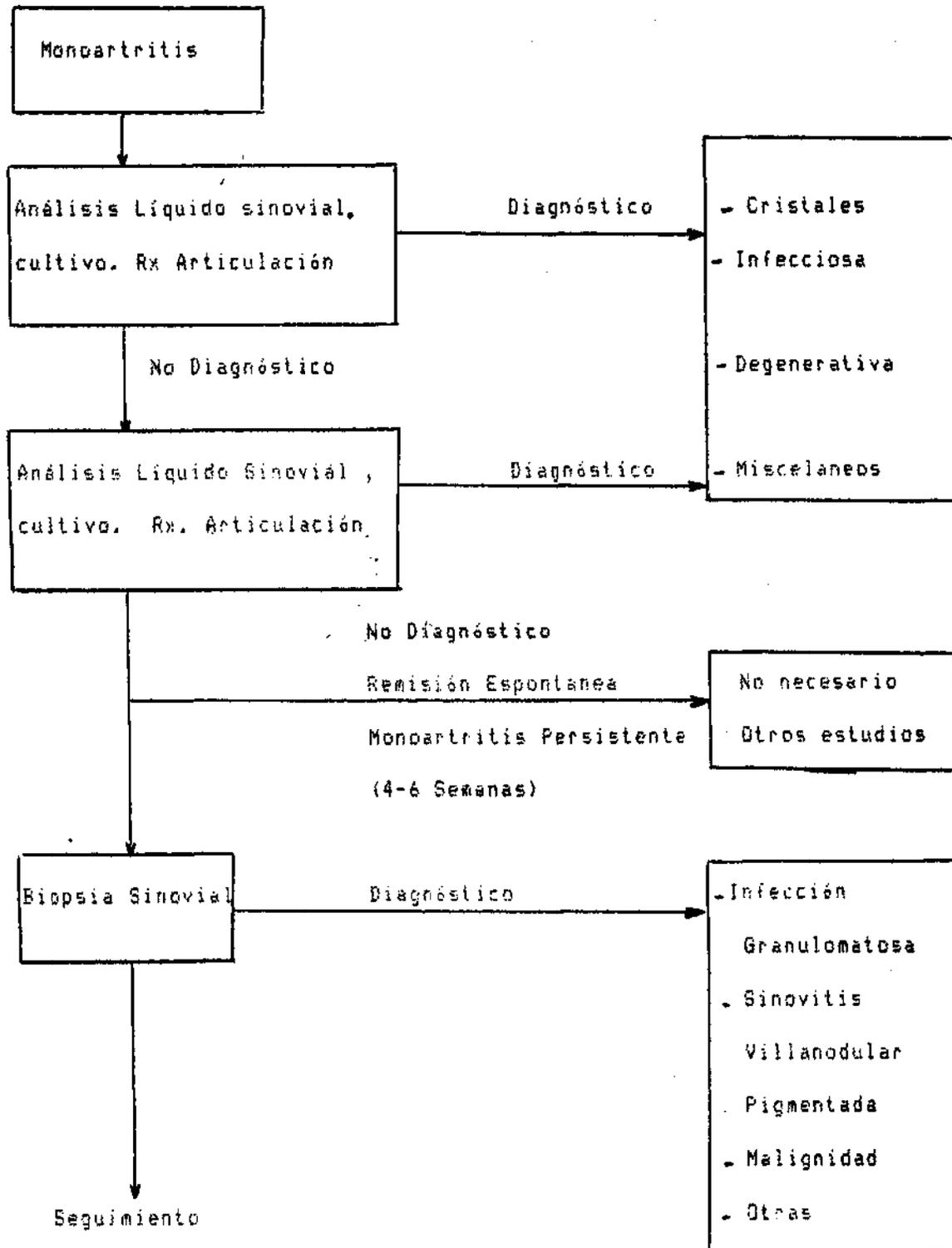
MA. MONOARTRITIS

Así observamos que un diagnóstico definitivo se obtuvo en 8 pacientes (29.6%) de los 27 estudiados. Otros estudios han hecho un diagnóstico en el 64% de la muestra (13), Blocka y Sibley hicieron un diagnóstico definitivo en 31.5% de sus casos, quienes tenían un diagnóstico inicial de monoartritis crónica de origen indeterminado (9).

En nuestra serie, solamente se encontró un caso con monoartritis tuberculosa, por ende no podemos discernir sobre la hipótesis señalada, sobre ésta patología, 3 pacientes (11.1 fueron manejados durante su seguimiento como Artritis reumatoide (2 de Tipo Juvenil); en trabajos sobre monoartritis, se apunta que la artritis reumatoide puede permanecer monoarticular por muchos años, antes de comprometer otras articulaciones. (28).

En lo que concierne al tratamiento, a 7 se les administró únicamente medicamentos; a 15 se les practicó artrocentesis más terapia con drogas; la fisioterapia se les realizó a 13 pacientes) como medida coadyuvante; en tanto 3 requirieron cirugía, siendo estas sinovectomía + Menicectomía y exploración quirúrgica de la rodilla. AL momento del egreso, 25 egresaron mejorados, mientras que 2 salieron en igual estado, ya que se fugaron del hospital. Es de hacer notar que durante el seguimiento extrahospitalario, 1 paciente desarrolló contractura en flexión del miembro afectado, llegando al Hospital 11 meses después de la fecha citada, desconociéndose el motivo.

A continuación presentamos un esquema elaborado por Freed James y colaboradores, para hacer una aproximación diagnóstica en los pacientes con artritis monoarticular.



Ellos sugieren que a todo paciente se le debe tomar una placa de Rx. de la articulación afectada y examinar el líquido sinovial, investigando cristales y patología infecciosa.

Si la artritis persiste y los test realizados, no nos inducen a un diagnóstico, la articulación puede ser re-evaluado y el líquido sinovial re-estudiado.

Después de 4 a 6 semanas de sintomatología persistente en un paciente aun no diagnosticado, ellos recomiendan realizar la biopsia sinovial.

Las pacientes a los cuales no se les hace un diagnóstico definitivo se recomienda tratarlos sintomáticamente, hasta que la resolución de los síntomas sea espontáneamente, o hasta que la enfermedad forme parte de un síndrome reconocible, (Ejemplos monoartritis aguda como primera manifestación de artritis reumatoide. (13).

IX. CONCLUSIONES

1. El 66.6% de los pacientes con monoartritis, fueron menores de 20 años de edad. La edad promedio del grupo fue de 18.7 años.
2. El Sexo femenino fue el más afectado con monoartritis, representando el 59.2% de todos los casos.
3. El 51.8% de los pacientes procedieron del Departamento de Francisco Morazán.
4. En 17 pacientes. (62.9%) se encontraron factores predisponentes. Los más frecuentes fueron: infecciones respiratorias, cutáneas y traumatismo.
5. De los 27 pacientes, 15 (55.5%) tenían una evolución al momento del ingreso, menor de 14 días. El promedio de evolución al ingreso fue de 55 días.
6. La articulación más frecuentemente afectada-92.5% de los casos fue la rodilla.

7. El 59.2% de los casos estuvo hospitalizado menos de 10 días. El tiempo promedio de estancia intrahospitalaria fue de 14.5 días.

8. Los hallazgos radiológicos ;más comúnmente encontrados fueron, aumento de tejidos blandos y aumento del espacio intracapsular.

9. El 44.4% ingresó con diagnóstico de monoartritis de etiología a estudiar, mientras que el 33% lo hizo como monoartritis infecciosa.

10. El 66.6% egresó sin un diagnóstico etiológico preciso, en tanto el 14.8% egresó como monoartritis infecciosa, no confirmado laboratorialmente.

11. El diagnóstico confirmado laboratorialmente se obtuvo en 8 (29.6%) pacientes.

12.- El tipo de tratamiento mas utilizado fue la atrocentesis mas la terapia medicamentosa (55.5%). En 3 pacientes (11. 1%) se practicó cirugía.

13. De los 27 casos, 25 egresaron bajo la condición de mejorados y 2 en igual estado. Posteriormente 1 paciente desarrolló contractura en flexión del miembro.

X. RECOMENDACIONES

1. Encontrar mecanismos, para que los diversos especialistas que participan en el manejo del paciente con monoartritis, elaboren un protocolo común de manejo de estos pacientes.
2. Mantener una comunicación más amplia con el personal de laboratorio, a fin de hacer más efectiva la interrelación clínico-laboratorial, de capital importancia en esta patología.
3. Concientizar al paciente y sus familiares de la importancia que reviste el seguimiento, en la consulta externa.
4. Continuar los estudios sobre monoartritis, con el propósito de conocer mejor esta patología en nuestro medio.

XI. RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo-descriptivo, sobre monoartritis tomando como área de estudio, el departamento de estadística del Hospital-Escuela-Materno-Infantil; se revisaron 27 casos. El período estudiado fue de 1980-1988.

Entre los datos obtenidos están los siguientes:

La edad estuvo comprendida en el rango de 4 a 51 años; siendo el promedio 18.7 años. El sexo femenino fue el más afectado (59.3%) el factor predisponente se encontró en el 62.9% de la muestra, el más frecuente fue la infección respiratoria.

De los 27 pacientes, 6 (22.2%) tendrían una evolución al momento del ingreso, menor de 7 días; 9 (33.3%) entre 7 y 14 días.

La articulación más comúnmente afectada fue la rodilla (92.5%), un diagnóstico definitivo-confirmado laboratorialmente se alcanzó en 8 pacientes (29.6%). El tipo de terapia más usada fue la medicamentosa + artrocentesis solamente el paciente desarrolló complicación, el cual descuidó el seguimiento extra hospitalario.

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Ansell, Barbara M. "Arthritis in Young Children". British Medical Journal. 286 (63232): 1917-1918. Junio, 1983
 2. Ansell, Barbara M, "Rheumatic Disorders in Childhood". Londres. Editorial Butterworth y Co. 1980.
 3. Argén Ralph J. Y Col, "Suppurative Arthritis". Arch. Inter. Med. 117:661-666. Mayo, 1966.
 4. Aris, Hernán. Carvallo Aurelio, Pinto Maria "Artritis Infecciosa". Revista Médica de Chile. 109: 969-976. 1981
 5. Bayer, Arnolds "Gonococcal Arthritis Syndrome", Infectious Arthritis. 67 (3): 200-207. Marzo, 1980.
 6. Berney Steven. Goldstein Michael. Bishko Frederic. "Clinical and Diagnostic Features of Tuberculous Arthritis". The American Journal of Medicine. 53:36-42. Julio, 1972.
- Black Jimmy y Col. "Oral Antimicrobial Therapy for Adults with osteomyelitis or Septic Arthristis". The Journal of Infectious Diseases. 155(5): 968-972. Mayo, 1987
8. Blanco German. Artritis Séptica no Tuberculosa en la población Pediátrica del Hospital Materno Infantil. 1972-1982
- Tegucigalpa D.C. 1983 (Tesis)

9. Blocka Kenneth. Sibley John T. "Undiagnosed Chronic Monoarthritis." Arthritis and Rheumatism, 30(12); 1357-61. Diciembre, 1987.

10. Butler Michael J. y Col. "A follow-up Study of 48 patients with Reiter's Syndrome". The American Journal of Medicine. 67:808, Noviembre, 1979.

11. Dubon, Rubén D. "Artritis Reumatoide Juvenil en Hospital Escuela. 1969-1933. Tegucigalpa. D.C. 1984 (Tesis),

12. Fernández, Cruz A. "Fisiopatología Clínica y Diagnostico Semiológico. Barcelona, España. Editorial Científico-médico. 1968.

13. Freed., James y Col. "Acute Monoarticular Arthritis". JAMA. 243(22):2314:2316. Junio, 1980.

14. Goldenberg, Don L. Cohen Alan. "Acute Infectious. Arthritis". The American Journal, of medicine. 60:369-376. Marzo, 1976.

15. Gordon, Duncan. Stein Jack. Broder Irvin. "The Extra-articular Features of Rheumatoid Arthritis". The American Journal of Medicine. 54:445-451. Abril, 1973.

16. Granberry W. Malcolm. Brewer Earl. "The Combined Pediatric Orthopedic Approach to the Management of Juvenile Rheumatoid Arthritis". Orthopedic Clinics of North America, 9 (2):481. Abril, 1978.

17. Green, Neil E. Edward Kathryn. "Bone and Joint Infection in Children". orthopedic Clinics of North America. 18(4); 555-576. Octubre, 1987.
18. Grennan, David, Manual de Reumatología. México. Editorial interamericana, 1987,
19. Guzmán, B. Leonardo. "Diagnóstico y Tratamiento de la Gota y la Hiperuricemia. Revista Médica de Chile. 109: 1191-97, Agosto, 1981.
20. Harrison. Principios de Medicina Interna, 10 Edición. U.S.A, Edit. McGraw-Hill. 1986.
21. Hayem F. "Mono y Oligoartritis Crónica Juvenil". Tribuna Médica. 460:9-13, Diciembre, 1986.
22. Ho. George. Su Eugene. "Therapy for Septic Arthritis". JAMA. 247 (6): 797-800. Febrero, 1992.
23. Kunnamo, Ilka y Col. "Clinical Signs and Laboratory Test in the Differential Diagnosis of Arthristis in Children". AJDC. 141:34-40. Enero, 1987.
24. Manicourth, Daniel H, Orloff Serge. "Gonococcal Arthritis-Dermatitis Syndrome ". Arthritis and Rheumatism. 25(5):574-578. Mayo, 1982.
25. Marino Catherine T. Greenwald Robert A. "Acute Arthritis". Medical of Clinics of North America, 65 (1: 177- 188. Enero,1981.

26. Morrissy Raymonf T. Shore Steve L. "Bone and Joint Sepsis", *Pediétric Clinics of Nort America*. 33(6) > 1551-63. Diciembre, 1986,
27. Nade Sydney. "Acute Septic Arthritis in Infancy and Childhood". *The Journal of bone and Joint Surgery*. 65: (3):234-241. Mayo, 1933.
28. Pitkeathly, D.A. Griffiths, H.E.D. Cato M. "Monoarthritis". *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 46(4): 685-696. Noviembre, 1964.
29. Scoles, Peter B. y Col. "Current Concepts Review Antimicrobial Therapy of Childhood Skeletal Infections". *The Journal of Bone and Joint Surgery*. 66(9): 1487-1492. Diciembre, 1984,
30. Schaller, Jane G. "Arthritis in Children". *Pediatrics Clinics of North America*. 33(6) ; 1565-1578. Diciembre, 1986.
31. Sodeman y Sodema. *Fisiopatología Clínica*, México. Editorial Interamericana, 1984,
32. Talbot, John, *Clinical Rheumatology*, 2a, Edición, Editorial Talbot. 1991.
33. Ward. John R. Atcheson Steve G. "Infectious Arthritis". *Medical Clinic of North America*. 61(2): 313-27, Marzo, 1977.
34. William Peter, Warwick Roger", *Anatomía Gray*. Edic. España. Editorial Salvat, 1986.
35. Behrman R.E. Vaughan V.C. Nelson. *Tratado de Pediatría*. 12. Edic. México. Editorial Interamericana. 1987.

VIII. ANEXOS

MONOARTRITIS EN NIÑOS Y ADULTOS

PREVALENCIA EN HOSPITAL ESCUELA-MATERNO INFANTIL

PERIODO 1980-1988

ENCUESTA

1.- NOMBRE: _____

2.- EDAD: _____

3.- SEXO: _____

4.- OCUPACION: _____

5.- LUGAR DE PROCEDENCIA: _____

6.- FECHA QUE LLEGA A CONSULTA: _____

7.- MOTIVO DE LA CONSULTA: _____

8.- SIGNOS VITALES AL INGRESO:

8,1 PA _____

8,2 FC _____

8,3 FR _____

8,4 TO _____

8.5 PESO _____

9.- TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD AL MOMENTO DE SER INGRESADO:

10.- ARTICULACION AFECTADA:

	IZQ.	DER.
10.1 RODILLA	()	()
10.2 TOBILLO	()	()
10.3 CODO	()	()
10.4 CADERA	()	()
10.5 MUÑECA	()	()
10.6 HOMBRO	()	()
10.7 OTRO: _____		

11.- SINTOMATOLOGIA Y SIGNOLOGIA

11.1 FIEBRE	SI ()	NO ()
11.2 DOLOR	SI ()	NO ()
11.3 DISMINUCION DE MOVILIDAD	SI ()	NO ()
11.4 CALOR	SI ()	NO ()
11.5 RUBOR	SI ()	NO ()
11.6 EDEMA	SI ()	NO ()
11.7 OTROS _____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

12.- ANTECEDENTES PERSONALES DE:

12.1 TRAUMATISMO	SI ()	NO ()
12.2 FUNCION DE ARTICULACION	SI ()	NO ()
12.3 CIRUGÍA	SI ()	NO ()

12.4 ESPINA SI () NO ()

13.- ENFERMEDAD CONCOMITANTE:

13.1 DIABETES MELLITUS SI () NO ()

13.2 CIRROSIS SI () NO ()

13.3 ARTRITIS REUMATOIDE+ESTEROIDES SI () NO ()

13.4 NEOPLASIA SI () NO () CONSIGNAR_____

13.5 INFECCION CUTANEA SI () NO () CONSIGNAR_____

13.6 INFECCION RESPIRATORIA SI () NO () CONSIGNAR_____

13.7 INFECCION GENITO-URINARIO SI () NO () CONSIGNAR_____

13.8 Otros: _____

14.- EXAMENES LABORATORIALES:

14.1 RECUENTO GLOBULAR _____

14.2 HEMOGLOBINA _____

14.3 HEMOCULTIVO _____

14.4 V.E.S _____

14.5 P.C.R _____

14.6 A.N.A _____

14.7 FACTOR REUMATOIDE _____

14.8 PROTEINAS TATALES _____

14.9 GLECEMIA _____

14.10 RAYOS "X" _____

14.11 LÍQUIDO SINOVIAL: ASPECTO

GRAM _____

CULTIVO _____

GLUCOSA _____

PROTEINA _____

RECUESTO CELULAR _____

14.12 SENSIBILIDAD A LOS ANTIBIOTICOS DEL MICROORGANISMO:

14.12 a SENSIBLE A:

14.12 b RESISTENTE A:

14.13 ARTROSCOPIA _____

14.14 BIOPSIA _____

14.15 OTROS _____

15.- TRATAMIENTO INSATURADO:

15.1 MEDICAMENTO:

15. 1a NOMBRE 15.1b DOSIS 15.1c TIEMPO 15.1d VIA

15.2 DRENAJE ABIERTO SI () NO ()

15.3 DRENAJE CERRADO SI () NO ()

15.4 DRENAJE X ASPIRACIÓN SI () NO ()

15.4a ESPECIFICAR CADA CUANTO _____

OTRO _____

16.- COMPLICACIONES:

17.- DIAGNOSTICO DE INGRESO

18.- DIAGNOSTICO DE EGRESO

19.- TIEMPO DE MANEJO INTRAHOSPITALARIO

20.- TIEMPO DE MANEJO EXTRAHOSPITALARIO

21.- SECUELAS DE LA ENFERMEDAD

22.- CONDICION AL EGRESO

- | | |
|-------------------|-----|
| 22.1 MISMO ESTADO | () |
| 22.2 MEJORADO | () |
| 22.3 CURADO | () |
| 22.4 MUERTO | () |