

Carlos Isasi<sup>a,\*</sup>, Eva Tejerina<sup>b</sup>, Natalia Fernandez-Puga<sup>c</sup>  
y Juan Ignacio Serrano-Vela<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España

<sup>c</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España

<sup>d</sup> Asociación de celíacos y sensibles al gluten de Madrid, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [carlosmaria.isasi@salud.madrid.org](mailto:carlosmaria.isasi@salud.madrid.org), [cisasi.hpth@salud.madrid.org](mailto:cisasi.hpth@salud.madrid.org) (C. Isasi).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2014.06.005>

## ¿Cuál es la evolución de las artritis indiferenciadas?



### What is the outcome of undifferentiated arthritis?

Sr. Editor:

El uso de un sistema de codificación en reumatología permite mejorar el rendimiento y la calidad de la atención al paciente<sup>1</sup>. En el servicio de reumatología de nuestro hospital, con un área de referencia de 850.000 habitantes, se lleva a cabo una tarea de codificación desde 1984. Varios reumatólogos recogen prospectivamente, a los 6 meses de la primera visita, la filiación y el diagnóstico de los pacientes atendidos en la consulta externa, los ingresados en camas propias y los ingresados en otros servicios de los que se solicita interconsulta. Se utiliza la nomenclatura del Colegio Estadounidense de Reumatología (ACR, por sus siglas en inglés) de 1983<sup>2</sup> convenientemente modificada para incluir un apartado de *artritis no diagnosticadas* en el que se incluyen las mono, oligo y poliartritis sin una causa identificada<sup>1</sup>. Entre 2006 y 2011 se realizaron 13.767 primeras consultas y se clasificaron 154 pacientes con *artritis no diagnosticadas* (1,12%). Se revisaron de manera retrospectiva las historias clínicas de dichos pacientes y se recogió la localización de la artritis, el seguimiento y el diagnóstico final al que se había llegado en diciembre de 2013, transcurrido un mínimo de 2 años y medio desde la primera visita (intervalo de 2,5 a 5 años). La distribución de la artritis fue: 36 (23,3%) monoarticular, 71 (46,1%) oligoarticular y 47 (30,5%) poliarticular. Las formas monoarticulares afectaron a las siguientes articulaciones: en 21 casos (58,3%) rodilla; 4 (11,1%) metatarsofalángica; 3 (8,3%) interfalángica proximal; 2 (5,5%) tibioperoneoastragalina; 2 (5,5%) carpo; 2 (5,5%)

metacarpofalángica; 1 (2,7%) tarso, y 1 (2,7%) codo. La evolución de las artritis se resume en la [tabla 1](#).

Cabe mencionar que de los 36 pacientes con monoartritis, 4 evolucionaron a oligo o poliartritis seronegativa y 3 de los pacientes con oligoartritis indiferenciada evolucionaron a una forma poliarticular, también indiferenciada.

Se puede concluir que una artritis indiferenciada puede evolucionar a una enfermedad inflamatoria clasificable, autolimitarse o persistir indiferenciada, por lo que supone un reto para el reumatólogo<sup>3-5</sup>. El porcentaje de resolución espontánea en nuestra serie de casos es de 44,4, 9,8 y 14,9% para las mono, oligo y poliartritis, respectivamente. Las primeras son más declives a resolverse espontáneamente, mientras que las formas de inicio oligoarticular y poliarticular tienden más a la cronicidad. En la presente serie se llegó a un diagnóstico establecido en 57 pacientes (65%), en una media de 8 meses; en su mayoría tuvieron un origen oligoarticular (65%). Se diagnosticaron 11 pacientes (19%) con espondiloartritis, cuyo inicio se caracterizó por ser mono u oligoarticular; por el contrario, los 9 pacientes (16%) con diagnóstico posterior de artritis reumatoide (AR) tuvieron un inicio oligo o poliarticular. Además, 10 pacientes (17,5%), se diagnosticaron de artritis por microcristales, con un inicio mono, oligo o poliarticular.

La mayoría de las poliartritis no diagnosticadas en los primeros 6 meses continuaron sin causa filiada tras el seguimiento. Es interesante destacar que el porcentaje de pacientes que continúan en seguimiento es mayor en las artritis clasificables que en las indiferenciadas (66,6 frente al 32,9%).

Con base en lo descrito, podemos concluir que, debido a los cambios durante la evolución de las enfermedades inflamatorias articulares, los sistemas de codificación en reumatología deben ser dinámicos<sup>1</sup>. En general, los criterios de clasificación del ACR para las

Tabla 1

	Artritis indiferenciadas n = 154		
	Monoarticular 36 (23,3%)	Oligoarticular 71 (46,1%)	Poliarticular 47 (30,5%)
<b>Evolución</b>			
Indiferenciadas 67 (43,5%)	9	27	31
	5 siguen controles	16 siguen controles,	11 siguen controles
	4 no siguen controles	11 no siguen controles	20 no siguen controles
Autolimitadas 30 (19,5%)	16	7	7
Diagnóstico establecido 57 (65%)	11	37	9
	3 espondiloartritis	8 espondiloartritis	2 artritis reumatoide
	2 microcristalina	7 artritis reumatoide	2 microcristalina
	2 artritis idiopática juvenil	6 microcristalina	Un lupus
	4 otras <sup>a</sup>	3 reumatismo palindrómico	Un reumatismo palindrómico
		2 sarcoidosis	Una artritis psoriásica
		Una enfermedad de Still	2 otras <sup>c</sup>
		Un lupus	
		9 otras <sup>b</sup>	

<sup>a</sup> Lipoma arborescente, sinovitis granulomatosa indiferenciada y causas mecánicas.

<sup>b</sup> Paraneoplásicas, TBC, distrofia simpática refleja, síndrome de SAPHO, vasculitis y artrosis

<sup>c</sup> Polimialgia reumática y artrosis.

distintas enfermedades reumáticas tienen poco valor discriminatorio en las fases iniciales de evolución de la enfermedad, por lo que es necesario modificarlos para que así nos permitan diferenciar estas formas de artritis temprana<sup>3,6</sup>. Dichos criterios deberían poder clasificar las artritis que permanecerán como indiferenciadas, en las que se ha demostrado que el tratamiento precoz es primordial, aunque no cumplan criterios de una enfermedad establecida<sup>7,8</sup>. En la práctica, los nuevos criterios de AR y espondiloartritis ya han sido elaborados bajo esta óptica<sup>9,10</sup>.

## Bibliografía

- Guma M, Olive A, Holgado S, Casado E, Lafont A, Tena X. Un sistema de codificación en reumatología. Experiencia de 15 años. *Rev Esp Reumatol*. 2000;27:88-92.
- Decker JL. American Rheumatism Association nomenclature and classification of arthritis and rheumatism. *Arthritis Rheum*. 1983;26:1029-32.
- Narváez García F. Treating undifferentiated arthritis. What, when, how and how long? *Reumatol Clin*. 2009;5 Suppl 1:S31-9.
- Verpoort KN, van Dongen H, Allaart CF, Toes RE, Breedveld FC, Huizinga TW. Undifferentiated arthritis—disease course assessed in several inception cohorts. *Clin Exp Rheumatol*. 2004;5 Suppl 35:S12-7.
- Sampaio-Barros PD, Bortoluzzo AB, Conde RA, Costallat LT, Samara AM, Bértolo MB. Undifferentiated spondyloarthritis: A longterm followup. *J Rheumatol*. 2010;37:1195-9.
- Banal F, Dougados M, Combescurie C, Gossec L. Sensitivity and specificity of the American College of Rheumatology 1987 criteria for the diagnosis of rheumatoid arthritis according to disease duration: a systematic literature review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis*. 2009;68:1184-91.
- Wiles NJ, Lunt M, Barrett EM, Bukhari M, Silman AJ, Symmons DP, et al. Reduced disability at five years with early treatment of inflammatory polyarthritis: Results from a large observational cohort, using propensity models to adjust for disease severity. *Arthritis Rheum*. 2001;44:1033-42.
- Wendling D, Claudepierre P, Prati C. Early diagnosis and management are crucial in spondyloarthritis. *Joint Bone Spine*. 2013;80:582-5.
- Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO 3rd, et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis*. 2010;69:1580-8.
- Rudwaleit M, Landewé R, van der Heijde D, Listing J, Brandt J, Braun J, et al. The development of assessment of spondyloarthritis international society classification criteria for axial spondyloarthritis (part I): Classification of paper patients by expert opinion including uncertainty appraisal. *Ann Rheum Dis*. 2009;68:770-6.

Samantha Rodríguez-Muguruza\*, Melania Martínez-Morillo, Anne Riveros-Frutos y Xavier Tena

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.  
Correos electrónicos: Sam63100@hotmail.com,  
sami\_rodriguez@hotmail.com (S. Rodríguez-Muguruza).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2014.05.006>

## Parvovirus B19 chronic monoarthritis in a patient with common variable immunodeficiency



### Monoartritis crónica por parvovirus B19 en un paciente con inmunodeficiencia común variable

Sir,

Human parvovirus B19 infection is mainly associated with erythema infectiosum or fifth disease in children and arthralgia/arthritis in healthy adults.

We describe the case of a patient who presented with chronic monoarthritis of the wrist due to parvovirus B19 and was found to have common variable immunodeficiency (CVID). A 48-year-old man was referred to the hospital because of right wrist monoarthritis lasting six months. Physical examination showed swelling of the right wrist not associated with erythema, warmth or skin lesions. Laboratory analyses showed a white blood cell count of 8300/mm<sup>3</sup> (91% granulocytes, 4% lymphocytes), an erythrocyte sedimentation rate (ESR) of 67 mm/h and a C-reactive protein (CRP) of 9.4 mg/l. Serum electrophoresis demonstrated hypogammaglobulinemia: 0.06 g/dl (IgG < 8.6 mg/dl, IgA < 7.8 mg/dl, IgM < 29.8 mg/dl). Rheumatoid factor and antinuclear antibodies were negative. Low values of C3 and C4 were found (64 mg/l and 1.5 mg/l, respectively). Serologic tests for *Borrelia burgdorferi*, hepatitis B and C, rubella and mumps virus, enterovirus, cytomegalovirus, Epstein Barr virus, human immunodeficiency virus and parvovirus B19 were negative. A bone gammagraphy showed marked fixation of the tracer in the right carpus, suggestive of arthritis. A magnetic resonance displayed diffuse synovitis of the right distal radio-cubital joint, with no signs of necrosis or osteomyelitis. A synovial biopsy was performed; histopathological studies showed chronic nonspecific inflammatory changes and polymerase chain reaction (PCR) detected the presence of parvoviral B19 DNA in synovial tissue. PCR of parvovirus B19 DNA in blood was positive.

A diagnosis of parvoviral B19 monoarthritis in the setting of CVID was made, and prompt treatment with intravenous immunoglobulin (0.4 g/kg every 4 weeks) was administered with complete resolution of articular symptoms after the second infusion. Because of hypogammaglobulinemia, treatment with intravenous immunoglobulin was continued indefinitely. Human parvovirus B19 infection is detected in 3.3% of patients examined for acute reactive arthritis.<sup>1</sup> Joint symptoms usually resolve within two weeks; however, 0-17% of patients has chronic arthritis,<sup>2</sup> generally a symmetric polyarthritis that can resemble rheumatoid arthritis. Chronic monoarthritis is much less frequent. To our knowledge, five cases of parvovirus B19 chronic monoarthritis have been described: three children<sup>3,4</sup> and two adults.<sup>5</sup> Diagnosis of B19 infection in immunocompetent individuals is made by detection of B19 specific antibodies in blood. Caution should be made when interpreting serology for parvovirus B19 in immunodeficient patients and pregnant women because of their decreased capacity to mount an antibody response. In these patients, serology should be complemented by PCR analyses of B19 DNA.

In our patient, serologic tests for parvovirus B19 were negative and diagnosis was made by PCR of blood serum and synovial tissue. Even though the presence of parvovirus B19 DNA in synovial tissue does not allow a definite diagnosis, the absence of other causes and the rapid response to intravenous immunoglobulin, led us to assume the viral aetiology of the arthritis.<sup>6</sup>

CVID is a primary immune deficiency characterized by reduced levels of immunoglobulins of all classes despite normal numbers of circulating B cells. The deficiency in IgG production may lead to recurrent infections with encapsulated organisms, such as *Streptococcus pneumoniae* and *Haemophilus influenzae*, causing otitis, sinusitis, bronchitis and bronchiectasis. Septic arthritis with usual bacterial pathogens such as *Staphylococcus aureus*, *S. pneumoniae* and *H. influenzae* and unusual bacteria such as mycoplasma and ureaplasma species, have been described in these patients. Viral arthritis are uncommon; the main causes are adenovirus type I and echovirus 11 and a few cases related to parvovirus B19 have