

REPASANDO EN AP

Dolor articular en adolescente, ¿cuándo prestarle atención?

Simão Aiex L¹, Atienza López SM²,
Daryani Lachhman P³

¹Médico de Familia. Centro de Salud San Miguel,
Torremolinos. Distrito Sanitario Costa del Sol

²Médico de Familia. Centro de Salud Salobreña.
Distrito Sanitario Granada Sur

³Médico de Familia. Centro de Salud Valle de Abdalajis.
Área Sanitaria Norte de Málaga

CORRESPONDENCIA

Leticia Simão Aiex
E-mail: leticia.aiex@gmail.com

Recibido el 30-04-2018; aceptado para publicación el 30-05-2018
Med fam Andal. 2019; 2: 138-140

Acude a consulta de atención primaria varón de 18 años de edad sin antecedentes personales de interés ni alergias medicamentosas conocidas por dolor e inflamación de muñeca derecha y pie izquierdo de una semana de evolución a la que se había añadido en los últimos días gonalgia e impotencia funcional de miembro inferior izquierdo, acompañado de fiebre de hasta 38°C que no responde a tratamiento con analgésicos ni antiinflamatorios no esteroideos. Unos quince días antes había sido diagnosticado y tratado por una balanitis tras empezar con dolor abdominal, molestias urinarias con quemazón y escozor peniano acompañado con fiebre y cefalea.

A la exploración se objetiva aumento de temperatura y diámetro del carpo, primer dedo de pie derecho y rodilla. No derrame articular. Hemograma normal; PCR 72, VSG 32. Serología: CMV IgG, VEBg y *Mycoplasma pneumoniae* IgG positivos; *Yersinia enterocolitica* 0:3 1/160; *Yersinia enterocolitica* 0:9 1/40. Parvovirus B19, VHB, VHC, VIH negativos. Antígeno HLA B27 positivo. Radiografías articulares sin alteraciones.

Se diagnostica de Poliartritis Migratoria Reactiva (Síndrome de Reiter) y es ingresado en Unidad

de Enfermedades Infecciosas para tratamiento conjunto con reumatología. Se administra una dosis de azitromicina y corticoides a los que responde favorablemente; es dado de alta con naproxeno y prednisona.

Un mes después vuelve a acudir por otro episodio de flogosis con eritema en articulaciones metacarpo-falángicas proximales bilaterales de pies, tarso izquierdo, cervicalgia y disminución de agudeza visual. Se consulta con reumatología que indica mantener tratamiento con prednisona y naproxeno, además de añadir solazapirina, que posteriormente es sustituido por metotexate y ácido fólico.

Actualmente el paciente mantiene tratamiento con etanercept, metotrexate y ácido fólico presentando molestias en 4º dedo mano derecha esporádicos. En seguimiento por su médico de familia y reumatólogo.

La artritis reactiva, también conocida como Síndrome de Reiter, fue descrita por primera vez en 1916 por Hans Reiter, aunque anteriormente, en 1776 Stoll ya publicó la primera asociación entre artritis, uretritis secundaria a diarrea y conjuntivitis.

Se describe como una enfermedad reumatológica del grupo de las espondilopatías seronegativas asociada al antígeno de histocompatibilidad HLA-B27 que será positivo en hasta el 90% de los casos, y puede definirse como un grupo de afecciones relacionadas con las articulaciones (artritis inflamatoria), ojos y aparato urinario, que se manifiestan, en general, después de alguna infección genital o intestinal y consiste en la inflamación de la membrana sinovial, entesis y, con menos frecuencia, de mucosas y de la piel.

El cuadro aparece entre 1-4 semanas después de una infección genitourinaria o gastrointestinal, pero en algunos casos ciertos síntomas pueden tardar años en manifestarse. Sin embargo, en un 25% de los casos no se puede detectar la infección previa, ya que ésta es asintomática. La forma más frecuente de artritis reactiva en EEUU y Europa Occidental debida a una infección genitourinaria postrasmisión sexual es producida por la *Chlamydia trachomatis*. Las formas reactivas a infección disintérica están producidas principalmente por *Yersinia enterocolitica*, *Salmonella typhimurium*, *Salmonella enteritidis* y *Shingella flexneri*.

La duración media del primer ataque es de unas 19 semanas, pudiendo durar hasta 12 meses, habiendo siempre riesgo de recidivas. En aproximadamente la mitad de los casos empieza como una enfermedad crónica que acaba por cronificarse (síntomas duran más de seis meses).

Es considerada una enfermedad rara que afecta a 3-5/100000 habitantes, siendo más frecuente en varones de raza blanca entre 20-40 años, y puede persistir varios meses o años. Pese a ser una enfermedad rara, es la causa más frecuente de artritis en varones jóvenes.

Su diagnóstico es fundamentalmente clínico, y clásicamente se ha conocido por una triada que incluye **uretritis/cervicitis** (90% de casos - 78% asintomático), acompañado de síndrome miccional; molestias oculares compatibles con **conjuntivitis** (30-60% bilateral) y dolores articulares - **artritis**. Sin embargo, sólo un tercio de los pacientes van a debutar con esta triada típica lo que retrasará el diagnóstico ya que podrá simular muchos tipos de oligoartritis.

40-60% de los casos suele manifestarse con entesitis con dolor de talón por inflamación de

tendón de Aquiles. La artropatía es generalmente una oligoartropatía de grandes articulaciones, predominantemente de miembros inferiores, pudiendo afectarse también columna lumbar o articulaciones sacroilíacas y dactilitis.

Además de la triada también puede aparecer de fiebre baja, pérdida de peso durante la fase aguda de la enfermedad. Entre 9-40% de los casos se pueden observar úlceras indoloras en cavidad oral glositis, lengua geográfica, erosiones palatales. Cambios del pliegue ungueal como eritema, tumefacción y lesiones tipo psoriásicas con depresiones puntiformes opacidad y engrosamiento de lámina ungueal así como pústulas periungueales pueden verse en hasta el 30% de los pacientes. La queratodermia está presente solamente en el 10% de los casos y se manifiesta en palmas de manos y plantas de pies similares a las lesiones psoriásicas, en algunos casos pustulosas. La balanitis circinada es la manifestación cutánea más frecuente de la enfermedad y se caracteriza por la presencia de vesículas en glande que al romperse dejan vesículas serpiginosas confluyentes bien delimitadas no dolorosas que forman un arco coronal.

En los casos crónicos la conjuntivitis puede evolucionar a uveitis, queratitis, iritis o escleritis.

En raras ocasiones pueden encontrarse alteraciones similares a otras espondiloartropatías o afecciones de la conducción cardíacas reactivas así como pericarditis e insuficiencia aórtica en casos crónicos. Se han descrito casos de mielopatía y nefropatía por inmunoglobulina A. En los casos secundarios a enteropatía se puede desarrollar diarrea crónica y cambios colonoscópicos como ocurre en las enfermedades inflamatorias intestinales.

El diagnóstico diferencial se deberá realizar con diversas entidades como artritis psoriásica, síndrome de Behçet, espondilitis anquilosante, fiebre reumática, enfermedad de Lyme, infección gonocócica diseminada y artritis reumatoide.

El tratamiento es fundamentalmente clínico visando aliviar los síntomas además de tratar la infección que ha dado lugar a la enfermedad. Las terapias físicas como natación han dado muy buen resultado para aliviar el dolor, debiendo evitar los deportes de contacto. Los analgésicos

y AINEs como indometacina, diclofenaco sódico y naproxeno son los antiinflamatorios de elección para tratar los síntomas. Otra alternativa es la sulfasalazina para los casos reactivos. También se está tratando con metotrexate, azatioprina, anti-TNFalfa, etretinato, ciclosporinas por su similitud con otras enfermedades reumáticas.

Para la clínica cutánea se pueden emplear corticoides tópicos y si esta es muy significativa asociar a ácido salicílico además de los antirreumáticos ya nombrados anteriormente según la gravedad. Las lesiones orales y conjuntivitis no suelen requerir tratamiento específico, solo sintomático en el caso de las conjuntivitis.

Las infecciones se tratarán con antibióticos. Cuando se confirma infección por *Chlamydia* se debe tratar con dosis única de azitromicina 1G, y en fase crónica se ha visto beneficio en pacientes tratados durante 9 meses con doble terapia doxiciclina y rifampicina o azitromicina y rifampicina.

Así, por todo lo expuesto anteriormente, pese a ser una enfermedad rara, el médico de familia

debe sospecharla para hacer un diagnóstico precoz, certero y empezar con el tratamiento lo más pronto posible.

Bibliografía

- Pila Peláez R, Holguín Prieto VA, López Peláez L. Síndrome de Reiter: una observación infrecuente. AMC. 2009.
- Morris D, Inman Rd. Reactive arthritis: developments and challenges in diagnosis and treatment. Curr Rheumatol Rep. 2012;14(5).
- Herdy Guerra JE, Alves Squeff F, Alves Teixeira Lima O. Síndrome de Reiter, como diagnosticar y tratar. RBM. 2003; 59(10).
- Gargallo Moneva V, Guerra Tapia A. Artritis reactiva (síndrome de Reiter). Más Dermatol. 2013;21:6-12.
- Torres Molina A, Urrutia Mora O. Síndrome de Reiter en la infancia. Reporte de un caso. Medisur. 2011;9(4).
- González-Beato Merino MJ, Lecona Echeverría M, Monteagudo Sáez I, Lázaro Ochaíta P. Síndrome Reiter. Actas Dermosifiliogr. 1999;90:479-486.