Artritis reactiva. A propósito de un caso

M. M^a. GARCÍA CARBALLO, J. L. MIRAFLORES CARPIO*, Y. GARCÍA PAREJO**
*Residente 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria del Área 10 de Madrid. Centro de Salud Juan de la Cierva. Getafe. Área 10 de Madrid. **Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudades. Getafe. Área 10 de Madrid*

Reactive arthritis. A case report

RESUMEN

La patología inflamatoria articular puede suponer la forma de inicio de cualquier enfermedad inflamatoria oligo o poliarticular. La artritis reactiva es una inflamación articular que acontece tras un proceso infeccioso que tiene lugar en otra localización. Presentamos el caso de un varón de 39 años que tras una infección gastrointestinal desarrolló un cuadro de oligoartritis. Se requirieron varias pruebas complementarias como analítica de sangre con reactantes de fase aguda, radiografía y coprocultivo. El tratamiento consistió en reposo funcional y la administración de antiinflamatorios no esteroideos.

Palabras clave: Artritis reactiva. Salmonella. Diarrea. Atención Primaria.

ABSTRACT

Any inflammatory joint condition can become the beginning of an oligoarticular or polyarticular inflammatory rheumatologic disease. Reactive arthritis is the inflammation of a joint that follows an infection occurring in another localization. We present the case of a 39 years old male with oligoarthritis after an episode of gastrointestinal infection. A full blood cell count with serum acute reactants, x-ray and stool culture were performed. Treatment was with rest and non-steroidal anti-inflammatory drugs.

Key words: Reactive arthritis. Salmonella. Diarrhea. Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

La patología articular inflamatoria que afecta a una sola articulación puede suponer la forma de inicio de cualquier enfermedad inflamatoria oligo o poliarticular. El diagnóstico diferencial debe establecerse entre los siguientes grupos: artritis por microcristales (gota, condrocalcinosis, hidroxipatita), artritis infecciosas (piógena, brucelar, tuberculosa), enfermedades inflamatorias del tejido conectivo, espondiloartropatías y artritis reactivas. La existencia de fiebre, manifestaciones extraarticulares como alteraciones cutáneas, uretritis o un “ojo rojo”, el inicio brusco o larvado, los antecedentes familiares así como posibles desencadenan-

tes, constituyen datos de enorme interés para orientar la etiología del cuadro.

La artritis reactiva es una inflamación articular que acontece tras un proceso infeccioso que tiene lugar en otra localización. Aunque la infección sea conocida, hasta ahora no se ha podido aislar el germen causal en la articulación afecta. Este cuadro puede tener un origen enterocolítico o genitourinario.

CASO CLÍNICO

Varón de 39 años, sin alergias medicamentosas conocidas, fumador de 10 cigarros al día y con un

diagnóstico reciente de hernia de hiato, que consulta por cuadro de instauración brusca de 4-5 días de evolución, consistente en dolor y tumefacción localizados en la segunda y tercera metacarpofalángica de mano derecha. El paciente refiere haber permanecido afebril durante este tiempo y no presentar otra sintomatología añadida. Al interrogarle sobre posibles desencadenantes, niega antecedente traumático pero refiere que aproximadamente 15 días antes había contraído, estando de vacaciones en la costa, un cuadro de gastroenteritis aguda con fiebre que también afectó a su hijo pequeño quien, por otra parte, estaba en estudio por su pediatra por intenso dolor en la cadera. A la exploración física se objetiva tensión arterial de 130/70, temperatura de 36,6 °C y tumefacción dolorosa a la palpación de segunda y tercera metacarpofalángica de mano derecha así como limitación funcional sin aumento de calor local ni eritema. El resto de la exploración general y centrada en aparato locomotor fue normal. Se solicitó analítica de sangre con hemograma, bioquímica y reactantes de fase aguda, así como un coprocultivo y una radiografía de mano derecha, y se inició tratamiento con indometacina y reposo. Entre los resultados destaca: hemograma y bioquímica dentro de la normalidad excepto una proteína C reactiva (PCR) de 16, coprocultivo positivo para *Salmonella enteritidis* y radiografía de mano derecha con discreto aumento de partes blandas. Ante estos resultados se deriva a consulta de Reumatología para completar estudio de artritis reactiva, confirmándose el diagnóstico de oligoartritis reactiva secundaria a gastroenteritis por *Salmonella*. El paciente evolucionó favorablemente manteniéndose tratamiento con indometacina 50 mg/8 horas y reposo funcional hasta la desaparición de la afectación articular.

DISCUSIÓN

La artritis reactiva se define como una inflamación aséptica mono-poliarticular que aparece después de una infección localizada a cualquier nivel tras una latencia de aproximadamente un mes¹. Este amplio concepto engloba una gran cantidad de procesos muy diferentes, por lo que en la actualidad se tiende a ser más restrictivo, quedando reservado el término de artritis reactiva para referirnos al síndrome de Reiter. Éste tiene dos formas de presentación: la venérea o genitourinara, más frecuente en Norteamérica y la disintérica o secundaria a gastroenteritis que predomina en Europa.

La artritis reactiva afecta al 1-3% de los pacientes con una infección gastrointestinal o genitourinaria. En la artritis reactiva postdisintérica o enterocolítica los microorganismos más frecuentemente involucrados son: *salmonella*, *shigella*, *yersinia* y

campylobacter^{2,3}. La identificación del microorganismo causal se realiza mediante métodos indirectos (serología, coprocultivo, cultivo de exudado uretral), ya que no ha sido posible aislar el germen causal en las articulaciones afectas, sin embargo actualmente pueden detectarse antígenos microbianos en líquido sinovial mediante el uso de anticuerpos monoclonales y la técnica de la PCR. Hay que tener en cuenta que hasta en un 25% de casos no es posible identificar el proceso infeccioso previo. Afecta de forma similar a ambos sexos cuando se trata de una artritis de origen enterocolítico, sin embargo en la forma genitourinaria existe un claro predominio en los varones. Suele aparecer en torno a los 26-30 años, pero también se ha descrito en niños y ancianos. En cuanto a su patogenia aún no está aclarada, se cree que existe una interacción entre un factor externo (infección) y un factor genético que regula la respuesta del huésped ya que hasta en un 80% de casos se ha observado la positividad del factor HLA B27⁴. La intensidad del proceso infeccioso causal no guarda correlación con la gravedad de la artritis. Este tipo de artritis afecta a las extremidades inferiores en el 90-95% de los casos y a las superiores en el 60-65%. Se localiza sobre todo en rodillas, tobillos y articulaciones metatarsofalángicas e interfalángicas de dedos de pies y manos. Aunque puede aparecer una monoartritis, lo más frecuente es que se presente como una oligoartritis o una poliartritis. Desde el punto de vista clínico se distingue una fase pre-reactiva que se corresponde con la infección intestinal y que en muchas ocasiones es subclínica. Y una fase aguda en la que aparece, tras un periodo de latencia entre 1-3 semanas, como síntoma principal una oligoartritis. El primer episodio de artritis reactiva tiene una duración variable entre 2 semanas y 12 meses. Hasta un 80% de los pacientes pueden presentar recurrencias⁵. La duración y severidad de los síntomas se ha asociado con la presencia del factor HLA-B27 en algunos estudios, aunque es algo aún discutido. Las pruebas complementarias pueden poner de manifiesto unos reactantes de fase aguda elevados, leucocitosis moderada y anemia propia de los procesos inflamatorios, hipergammaglobulinemia e incremento de inmunocomplejos circulantes. Es necesario investigar la presencia del germen causal mediante un coprocultivo en este caso. El líquido articular es de tipo inflamatorio con un predominio de polimorfonucleares. La radiología puede poner de manifiesto desde aumento de partes blandas hasta erosiones y pinzamiento de la interlínea articular. En cuanto al tratamiento puede resultar útil el reposo, calor local, antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) fundamentalmente indometacina y fenilbutazona, y en casos más graves metotrexate y azatioprina. Aún no está aclarado el valor del uso de antibioterapia en esta enfermedad. Se considera

que el tratamiento de la infección desencadenante no influye en la evolución de la artritis. En algunos casos de infecciones de corta duración como la salmonelosis o la yersiniosis se emplean antibióticos si hay diarrea sintomática, fiebre y coprocultivo positivo.

Una vez más, resulta de gran utilidad que el médico de Atención Primaria realice una detallada anamnesis que incluya antecedentes familiares y personales.

CORRESPONDENCIA:

José Luis Miraflores Carpio
C.S. Juan de la Cierva
Avda. Juan de la Cierva, s/n
28902 Getafe
Madrid
Telf.: 91 695 51 98
Fax: 91 695 51 60
e-mail: mmgcarballo@terra.es

Bibliografía

1. Povedano Gómez J, García López A. Síndrome de Reiter. Artritis reactivas. En: Andreu Sánchez JL, Barceló García P, Figueroa Pedrosa M, Herrero-Beaumont G, Martín Mola E, Olivé Marqués A, et al (eds). Manual de enfermedades reumáticas. 2ª ed. Madrid: Sociedad Española de Reumatología, 1998; 461-67.
2. Ekman P, Nikkari S, Putto-Laurila A, Toivanen P, Granfors K. Detection of salmonella infantis in synovial fluid of a patient with reactive arthritis. J Rheumatol 1999; 26 (11): 2485-8.
3. Barth WF, Segal K. Reactive arthritis (Reiter's syndrome). Am Fam Physician 1999; 60 (2): 499-503, 507.
4. Glennas A, Kvien T, Melby K. Reactive arthritis: A favorable 2 year course and outcome, independent of triggering agent and HLA-B27. J Rheumatol 1994; 21: 2274.
5. Thomson GT, DeRubeis DA, Hodge MA, Rajanayagam C, Inman RD. Post-salmonella reactive arthritis: late clinical sequelae in a point source cohort. Am J Med 1995; 98 (1): 13-21.