



160/2376 - POLIARTRITIS REACTIVA EN ADOLESCENTE

L. Simao Aiex^a, S.M. Atienza López^a y C. Lorenzo Peláez^b

^aMédico de Familia. Distrito Sanitario de Jaén. Jaén. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Mancha Real. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 17 años, sin antecedentes personales de interés, ni alergias medicamentosas conocidas. En noviembre-2014 consulta con médico de familia por cuadro de dolor e inflamación de muñeca y primer dedo de pie derechos, de 24 horas de evolución. No traumatismo previo; empieza tratamiento con ibuprofeno y metamizol. Ante la persistencia del cuadro, y aparición de fiebre, vuelve a acudir a su centro de salud (aporta radiografías normales) y, tras una anamnesis más detallada, cuenta que 10 días antes comenzó con fiebre 37,5-38 °C, dolor abdominal y cefalea autolimitadas; una semana después presentó molestias urinarias, quemazón y escozor en pene (balanitis) y tres días después dolores articulares. Se realiza analítica de orina (leucocitos y proteínas +), y analítica sanguínea urgente (reactantes de fase aguda aumentados, actividad de protrombina 68%) y se pauta tratamiento con paracetamol, prednisona y cefditoreno. Cuadro días después vuelve a acudir por persistencia de dolor en pie y aparición de gonalgia e impotencia funcional de miembro inferior izquierdo; se deriva a urgencias, con diagnóstico de sospecha, para completar estudio. Es ingresado en Enfermedades Infecciosas en dos ocasiones. Recibe una dosis de azitromicina respondiendo favorablemente; es dado de alta con naproxeno y prednisona. Al mes siguiente vuelve a acudir por episodio diarreico previo y ligera flogosis con eritema en primeras articulaciones metatarsofalángicas de los pies, 5 dedo de pie derecho, tarso izquierdo al apoyo, además de dolor en carpos a la presión y cervicalgia, así como disminución de agudeza visual. Se consulta con reumatología que indica mantener tratamiento con prednisona y naproxeno, además de añadir solazapirina 500/12h, que posteriormente es sustituido por metotexate y ácido fólico.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración se objetiva aumento de temperatura y diámetro del carpo, primer dedo de pie derecho y rodilla. No derrame articular. Hemograma normal en diversas analíticas; 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. Serología bacteriana, Parvovirus B19, VHB, VHC, VIH negativos. Antígeno HLA B27 positivo. Radiografías articulares sin alteraciones.

Juicio clínico: Poliartritis migratoria reactiva (síndrome de Reiter).

Diagnóstico diferencial: Artritis psoriásica, síndrome de Behçet, espondilitis anquilosante, fiebre reumática, enfermedad de Lyme, infección gonocócica diseminada y artritis reumatoide.

Comentario final: Actualmente el paciente se encuentra bien, presentando molestias (dolor y

edema) en 4º dedo mano derecha. Sigue tratamiento con etanercept 50, metotrexate 15 mg/0,3 ml y ácido fólico 5 mg semanales. En seguimiento por su médico de familia y reumatólogo. La artritis reactiva, es una enfermedad rara que afecta a 3/100.000 habitantes, principalmente entre 20-40 años, y puede persistir varios meses. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico, así, pese a ser rara, el médico de familia, desde su consulta y con los medios que dispone, puede sospecharla y hacer un diagnóstico precoz certero y empezar con el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pila Peláez R, Holguín Prieto VA, López Peláez L. Síndrome de Reiter: una observación infrecuente. AMC. 2009.
2. Herdy Guerra JE, Alves Squeff F, Alves Teixeira Lima O. Síndrome de Reiter, como diagnosticar e tratar. RBM. 2003;59(10).