



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/1202 - Lo parece pero no es psoriasis: síndrome de reiter crónico

E. Pascual Roquet-Jalmar^a, A. Herrero Azpiazu^b, N. Juanicotena Gomollón^c, A. Nofan Maayah^d, H. Lancova^e, L. Griga^e, M. Pérez Gortari^f, N. Martín Campos^g, M. Elso Fábregas^h e I. Ezpeleta Iturraldeⁱ

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Irurtzun. Navarra. ^bMédico Residente. Centro de Salud Burlada. Navarra. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Larrainzar. Navarra. ^dMédico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Santander. ^eMédico de Familia. Centro de Salud de Echarri-Aranatz. Navarra. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Azpilagaña. Navarra. ^gMédico de Familia. Servicio de Urgencias. CHN. Pamplona. ^hMédico de Familia. Centro de Salud Mendillorri. Pamplona. ⁱMédico de Familia. Centro de Salud de Valtierra. Navarra.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 22 años. Consulta por lesiones eritematosas en glande, enrojecimiento y secreción uretral desde hace 5 días. Se puso crema de clotrimazol sin mejoría. Afirma relación sexual sin preservativo previa. Se recoge muestra de secreción-epitelio uretral para cultivo con analítica (VIH, sífilis) y orina. Iniciamos doxiciclina 100 mg/12 horas durante 7 días y crema mupirocina. En cultivo: *Chlamydia trachomatis*. 3 semanas después han desaparecido las lesiones en glande pero ha iniciado dolor articular en metacarpo-falángicas de manos, pies y ambos hombros. A la exploración, “dedos en salchicha” en pie izquierdo y dolor a la palpación y movilización de ambos hombros. Se hace diagnóstico de sd. de Reiter e iniciamos Dacortin 10 mg/día. Se deriva a reumatología. También derivamos a dermatología por las lesiones en glande que aparecen tras las relaciones sexuales, las lesiones costro-pustulosas en piel y la onicopatía pustulosa. Analíticas: HLA B27 +, FR-y PCC-. VSG y PCR elevadas. ANCAS y ANAs -. Serologías -. Cultivos de hongos genitales -. Tras 3 años en seguimiento y ser diagnosticado en varias ocasiones de psoriasis leve genital, prevalece el diagnóstico de sd. Reiter crónico con balanitis circinada, poliartritis de pequeña articulación y queratodermia blenorragica con afectación ungueal. El paciente controla parcialmente los síntomas con metrotexato y naproxeno a demanda.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica y cultivos.

Juicio clínico: Síndrome de Reiter crónico.

Diagnóstico diferencial: Psoriasis con onicopatía. Balanitis irritativa. Balanitis infecciosa (herpes, HPV, hongos anaerobios y aerobios). Liqueen con afectación genital.

Comentario final: Es menos conocida la afectación de pequeñas articulaciones en el síndrome de Reiter, así como la característica queratodermia blenorragica y la afectación mucocutánea y ungueal similar a una psoriasis pustulosa. Cuando la uretritis es causada por *Chlamydia trachomatis*, los síntomas pueden llegar a durar años (> 50%). En estos casos se recomienda el tratamiento (también de la pareja) con doxiciclina 100 mg/12 horas durante 3 meses, lo que acortaría la evolución de la artritis.

Bibliografía

1. Mark HB, Robert B. El Manual Merck, 10ªed.
2. Willis Hurst J. Medicina para la práctica clínica, 4ª ed.
3. Fistera. Guía clínica de balanitis.

Palabras clave: *Síndrome de Reiter. Psoriasis. Balanitis circinada.*