



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/3249 - AFTAS EN EL GIMNASIO DE BEHÇET

G. Monasterio López^a, E. Espejo Marchante^b, A. Urbina Juez^a y J. Capetillo Serra^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Sopela. Bizkaia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Las Arenas. Getxo.

^cMédico de Familia. Centro de Salud Plentzia Bizkaia.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 23 años. Aqueja inflamación bilateral de rodillas y tobillos con escasa mejoría tras toma de ibuprofeno y aplicación de frío. Instauración repentina hace 1 semana, acompañándose de gran afta oral dolorosa y molestias gastrointestinales inespecíficas desde hace semanas que relaciona con su dieta y “sus nervios”. Realiza musculación de alta intensidad. Niega contactos de riesgo, heridas recientes u otra sintomatología acompañante. Pautamos deflazacort 6 mg/día en pauta descendente y ác. hialurónico para las aftas. Acude a control al mes completamente asintomático, por lo que se decide suspender el tratamiento. Reconsulta a las 2 semanas por reaparición de la artritis, asociando mialgias en hombros, brazos y muñecas, nuevas lesiones aftosas, erupción exantemática/purpúrica autolimitada de 4 días, tenesmo rectal y rectorragia (episodio similar hace 2 años). Se reinstaura el tratamiento y se deriva a Reumatología. Reumatología diagnóstica de poliartritis reactiva juvenil vs otras, pide nueva analítica y sube deflazacort a 6 mg/12 horas con pauta descendente hasta control en 4 semanas. A las 6 semanas vuelve a consulta tras ser dado de alta por reumatología por mejoría clínica.

Exploración y pruebas complementarias: ORL: afta de 15 mm y base necrótica/amarillenta, asocia dos lesiones satélites menores de 5 mm. Rodillas: tumefacción con flogosis sin derrame articular con flexoextensión dolorosa. Pruebas meniscales negativas. Tobillos: tumefacción sin derrame articular. Analítica: PCR 10 mg/L; FR 19,8 U/ml; VitD 16 nm/ml; IgA 526 mg/dL, serologías y CPK: normal.

Orientación diagnóstica: Poliartritis (rodillas y tobillos), aftosis oral. Probable síndrome de Behçet.

Diagnóstico diferencial: Artropatía psoriásica; esclerodermia; síndrome de Reiter; rabiomiolisis; artropatías asociadas a proceso autoinmune (enteropatías).

Comentario final: Las poliartralgias reactivas en edades juveniles plantean varias posibilidades diagnósticas, siendo la concomitancia de otros síntomas y signos los que puedan ayudar en una aproximación diagnóstica más certera, si bien la evanescencia temprana y/o la escasa consistencia e inespecificidad de algunos de ellos puedan dificultar el diagnóstico. En esta ocasión, dada la evolución del paciente y la respuesta al tratamiento, se decidió no completar el estudio y descartar enfermedad inflamatoria intestinal vs otros trastornos autoinmunes.

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012.

Palabras clave: Artritis. Afta. Behçet.