



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/1519 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA OLIGOARTRITIS

M. Campos López-Carrión^a, G. Córdoba Quishpe^b, L. Martín Fuertes^c y A. Alayeto Sánchez^a

^aMédico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Numancia. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer búlgara, 40 años. Acude a consulta por dolor y tumefacción leve en rodilla derecha de 1 mes de evolución, con tumefacción y enrojecimiento en las últimas 72h, y T^a 38,5 °C. Niega traumatismo o relaciones sexuales de riesgo. Infección dental y urinaria el mes previo, tratadas con antibiótico. Sin antecedentes familiares de enfermedades reumáticas.

Exploración y pruebas complementarias: ACP normal. Analítica CS: 11.000 leucocitos, 10.500 neutrófilos, PCR 135, VSG 63, FR y ANA negativos, serologías (VIH, VHB, VHC, sífilis, Brucella, C. burnetii, B. burgdorferi, R. conorii, toxoplasma, VEB) negativas, muestras genitales (C. tracomatis y N. gonorrhoeae) y urocultivos negativos, ligera elevación IgA y α 2-globulina. Con el diagnóstico de monoartritis de rodilla derecha se deriva a Urgencias. Se realiza artrocentesis con líquido amarillo opaco (15.100 leucocitos/ml, Gram negativo, ausencia de cristales) y RX rodilla normal. Diagnosticada de monoartritis no infecciosa ni microcristalina, es dada de alta con indometacina.

Orientación diagnóstica: 2 semanas después, comienza con tumefacción en codo derecho, dolor en hombros, lesiones costrosas en cuero cabelludo, úlceras orales y genitales dolorosas. Ante la sospecha de un trastorno sistémico, es derivada a Reumatología (complemento, serología VRS, anticuerpos anti-CCP, anti-ENA y HLA-B27 negativos, HLA-B51 positivo), diagnosticándose de síndrome Behçet (SB) y mejorando clínicamente con colchicina y prednisona.

Diagnóstico diferencial: El cuadro debutó como una monoartritis (artritis séptica, gota, condrocalcinosis), pero la artrocentesis descartó estos diagnósticos. El cuadro sistémico debe diferenciarse de otras enfermedades autoinmunes: AR, espondiloartropatías seronegativas (espondilitis anquilosante, artritis reactivas o síndrome Reiter, espondiloartropatía psoriásica, artropatía asociada a EII), LES, infección por VIH, entre otras.

Comentario final: El SB es una vasculitis leucocitoclástica en la que intervienen factores genéticos, microbianos e inmunológicos (HLA-B51 y B52) que se manifiesta como una enfermedad multisistémica, crónica y recidivante. Son características las úlceras orales, pero puede presentar afectación ocular, cutánea, neurológica, digestiva y articular. La artritis puede ser la primera manifestación de múltiples patologías, lo que obliga desde Atención Primaria a considerar las causas más frecuentes y sobre todo las graves, que requieren una rápida intervención.

Bibliografía

1. Bohórquez C. Protocolo diagnóstico de la oligoartritis. *Medicine*. 2017;12:1530-4.
2. Piñero M. Síndrome de Behçet. *Guía Fisterra* 2017.
3. Kocuturk A. Clinical and Pathological Manifestations with Differential Diagnosis in Behçet's Disease. *Pathology Res Int*. 2012;390:1-9.

Palabras clave: Artropatía. Úlceras. Behçet.