



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 482/168 - CURSO EVOLUTIVO A PARTIR DE UN ENANTEMA PENEANO

N. Martín Salvador<sup>1</sup>, C. García Iglesias<sup>2</sup>, A. González Celestino<sup>3</sup> y C. Martínez Badillo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid. <sup>2</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla I. Valladolid. <sup>3</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid. <sup>4</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Circunvalación. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 45 años de edad, sin alergias medicamentosas. Fumador 12 cigarrillos/día. Alcohol 2-3 UBE/día. Trabaja como repartidor. No presenta antecedentes médicos de interés. Aparición de una lesión eritematosa, no dolorosa, en pene, hace 2 meses, que se autolimitó en unas semanas. Hace 1 mes aparición de vesículas que evolucionaron a costras en región anterior de ambas rodillas, a lo que se suma hace 10 días hinchazón y dolor de rodilla derecha, sin rubor ni calor, por lo que consulta en el momento actual. Niega ojo rojo doloroso o clínica miccional. Afebril.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes normales. Buen estado de nutrición e hidratación. Auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal normales. Extremidades inferiores: ampollas de líquido claro pruriginosas en región pretibial derecha. Genitales: enantema en región balanoprepucial con pequeña placa en región anterior de prepucio. Hemograma y coagulación: dentro de límites de normalidad, VSG 44. Bioquímica: PCR 67,3, procalcitonina 0,05, ferritina 480. TSH 1,46. Serología: *screening* lúes positivo. Exudado uretral: negativo para bacterias. Rx tórax: no se aprecian alteraciones. Rx rodilla derecha: claridad de interlínea articular. Interconsulta a los Servicios de Medicina Interna y Dermatología: ANA, factor reumatoide, Ac antipéptido citrulinado, HLA-B27 negativos. Proteinograma: aumento de proteínas de fase aguda. Biopsia de lesiones cutáneas: patrón espongiótico con signos puntuales de liquenificación. RMN rodilla derecha: derrame articular con engrosamiento sinovial en relación con artritis de origen inflamatorio/reactiva. Análisis líquido articular rodilla derecha: células inflamatorias.

**Orientación diagnóstica:** Sífilis primaria. Artritis postinfecciosa en rodilla derecha. Probable balanitis circinada.

**Diagnóstico diferencial:** Artritis gotosa, artritis reumatoide, artritis psoriásica, artritis séptica, enfermedad de Lyme, brucelosis, uretritis no gonocócicas.

**Comentario final:** Se trató con penicilina G benzatina intramuscular, indometacina y prednisona. La presencia de artritis monoarticular aséptica seronegativa en extremidades inferiores, con posible queratodermia blenorragica y balanitis circinada, hace pensar en una artritis reactiva o síndrome de Reiter incompleto. El diagnóstico puede ser complejo, debido a la variedad de cuadros clínicos posibles, tríada incompleta, disparidad temporal entre la aparición de los síntomas o la falta de un

examen diagnóstico específico. Es importante el seguimiento y tratamiento de los compañeros sexuales, muchas veces asintomáticos, para evitar nuevos brotes o reinfecciones.

### **Bibliografía**

1. Borges-Costa J. Síndrome de Reiter (artritis reactiva). *Piel*. 2012;27(7):284-389. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-piel-formacion-continuada-dermatologia-21-articulo-sindrom-e-reiter-artritis-reactiva>

**Palabras clave:** Sífilis primaria. Artritis reactiva. Balanitis circinada.