

Diarrea crónica y poliartritis: a propósito de dos casos clínicos

María José Nadal Blanco^a, A. Sánchez Fernández^b, E. Thomas Carazo^a y J. Guinea Jaime^c

^aMédico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ^bMédico general. Centro de Salud Jazmín. INSALUD Área IV. Madrid.
^cDiplomado en Enfermería. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

INTRODUCCIÓN

El grupo de las espondiloartropatías incluye las siguientes: espondiloartritis anquilosante, espondiloartritis juvenil, artritis psoriásica, síndrome de Reiter y otras artritis reactivas, artritis de las enfermedades intestinales inflamatorias crónicas y espondiloartropatías indiferenciadas¹. Actualmente existen dos sistemas para la clasificación de las espondiloartropatías: el de Amor² y el del Grupo Europeo para el Estudio de las Espondiloartropatías³ (tabla 1). Los criterios de Amor son más sensibles y específicos, pero los del Grupo Europeo son más fáciles de aplicar en atención primaria.

A continuación presentamos 2 casos clínicos que cursaron con diarrea crónica y poliartritis, uno de ellos corresponde a una artritis reactiva y el otro a una artritis de la enfermedad de Crohn.

En cuanto a la *artritis reactiva* existen dos formas de presentación: la posdisentérica (*Shigella*, *Salmonella*, *Yersinia* y *Campylobacter*) y la posvenérea (*Chlamydia trachomatis* y *Ureaplasma urealyticum*)^{4,5}. Suelen producirse en adultos jóvenes y el HLA B27 es positivo en el 80-90% de los casos⁴ (sólo está presente en el 10% de la población general⁶). La afectación articular es imprescindible para el diagnóstico y domina todo el cuadro clínico. De una a 3 semanas después de iniciada la enfermedad aparece de forma aguda una oligo o poliartritis asimétrica, aditiva, de predominio en las extremidades inferiores^{4,5,7,8}. También son frecuentes las entesitis y pueden aparecer conjuntivitis, úlceras indoloras en la cavidad oral, distrofia ungueal y uretritis. El 25-50% de los pacientes presentan balanitis circinada y un 10-30%, queratodermia blenorragica^{4,9}. Esta fase inicial se autolimita en unos meses, pero un 60% de los enfermos presentan recurrencias con distintas complicaciones. En las fases de actividad la velocidad de sedimentación globular (VSG) suele estar elevada, existe una discreta leucocitosis y el líquido sinovial es de tipo inflamatorio^{4,10}. La respuesta al tratamiento con antiinflamatorios no esteroides (AINE) (indometacina y fenilbutazona) o con corticoides a dosis

Tabla 1. Criterios de clasificación de espondiloartropatías

	Puntos
Criterios de diagnóstico de espondiloartropatías (Amor)*	
Signos clínicos o historia clínica	
1. Dolores nocturnos dorsales o lumbares y/o rigidez matinal dorsal o lumbar	1
2. Oligoartritis asimétrica	2
3. Dolores en nalgas imprecisos o alternantes (derecha e izquierda)	1 o 2
4. Dedo del pie o de la mano "en salchicha"	2
5. Talalgia o cualquier otra entesopatía	2
6. Iritis	2
7. Uretritis no gonocócica o cervicitis en el mes anterior a la artritis	1
8. Diarrea sobrevenida un mes antes de la artritis	1
9. Presencia o recuerdo de psoriasis y/o balanitis y/o de enterocolopatía crónica	2
Signos radiológicos	
10. Sacroileítis (bilateral, estadio 2 o superior; unilateral: tres o más)	3
Terreno genético	
11. Presencia de HLA B27 y/o antecedentes familiares de pelvispondilitis anquilosante, de síndrome de Reiter, de psoriasis, de uveítis o de enterocolopatías inflamatorias	2
Sensibilidad al tratamiento	
12. Mejoría del dolor en 48 h con AINE y/o empeoramiento rápido (48 h) al suspenderlos	2
Criterios de diagnóstico de espondiloartropatías del Grupo Europeo para el Estudio de las Espondiloartropatías	
Raquialgia o sinovitis y uno o más de los siguientes	
Historia familiar positiva	
Psoriasis	
Enfermedad inflamatoria intestinal crónica	
Uretritis, cervicitis o diarrea aguda, un mes antes de la artritis	
Dolores en nalgas alternantes (derecha e izquierda)	
Entesopatía	
Sacroileítis	
*Se considerará que el paciente tiene una espondiloartropatía si la suma de los puntos de los 12 criterios es igual o superior a seis.	

bajas es buena. Todavía no existen datos concluyentes sobre la utilidad de los antibióticos (tetraciclinas)^{4,11}.

La *enfermedad de Crohn* es un proceso crónico y recidivante de etiología desconocida, que se caracteriza por

Correspondencia: Dra. M.J. Nadal Blanco. Centro de Salud Jazmín. Jazmín, 33. 28033 Madrid.

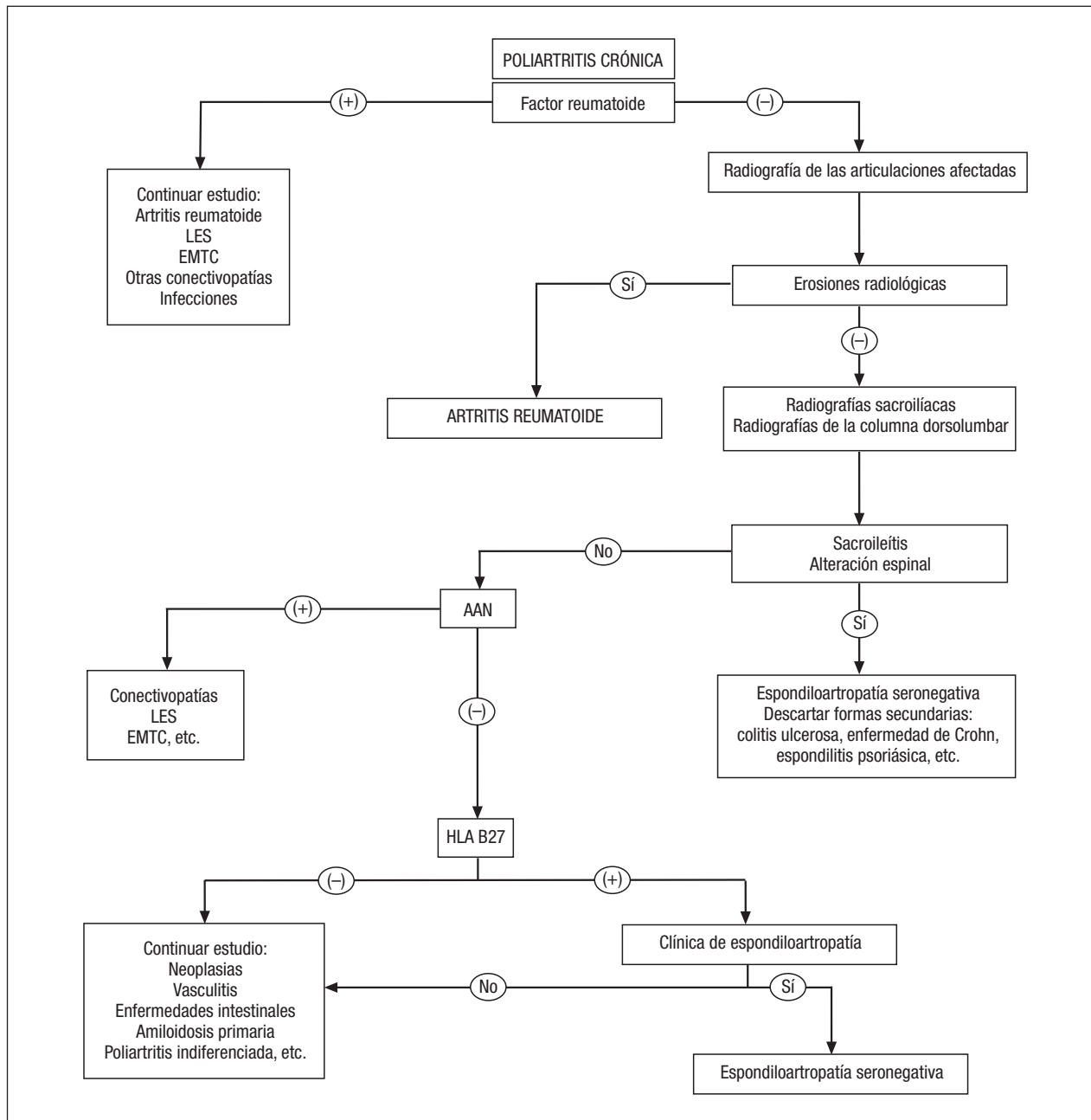


Figura 1. Algoritmo diagnóstico de poliartritis crónica; LES: lupus eritematoso sistémico; EMTC: enfermedad mixta del tejido conectivo; AAN: anticuerpos antinucleares.

una inflamación transmural discontinua de la pared del tracto gastrointestinal. El íleon terminal es el segmento más frecuentemente afectado. Suele cursar con episodios recurrentes de dolor cólico y diarrea. Pueden aparecer distintas manifestaciones extraintestinales: aftas orales, uveítis anterior, epiescleritis, eritema nudoso, pioderma gangrenoso y alteraciones articulares^{12,13}. Las manifestaciones articulares pueden dividirse en afectación axial (sacroileítis y espondilitis anquilosante, independientes de la actividad y con HLA B27 en el 75%) y en una poliartritis de grandes articulaciones, asimétrica, migratoria, no deformante y dependiente de la actividad de la enfermedad. Esta poliartritis es la manifestación sistémi-

ca más frecuente de la enfermedad de Crohn^{12,14}. Son frecuentes la anemia, la leucocitosis y la trombocitosis, así como la elevación de la proteína C reactiva y de la VSG^{6,12}. El diagnóstico de confirmación se basa en los hallazgos endoscópicos, radiológicos e histológicos compatibles con la enfermedad de Crohn^{12,15-18}. En cuanto al tratamiento médico, como primera línea se usa los aminosalicilatos, los esteroides y el metronidazol y en segunda línea se utilizan la azatioprina, la ciclosporina y el metotrexato. Respecto al tratamiento quirúrgico, no es curativo sino paliativo, aunque aproximadamente el 70% de estos pacientes requerirán una intervención a lo largo de su vida^{12,13}.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Se trataba de un varón de 33 años, sin antecedentes personales de interés. Su madre había sido diagnosticada de artritis psoriásica con HLA B27 positivo. Desde hacía 4 días presentaba talalgias y dolores migratorios en los hombros, rodilla izquierda, tobillos y zona lumbar, que mejoraban con los antiinflamatorios. Así mismo, refería que 2 meses antes presentó tres-cuatro deposiciones diarias sin moco, sangre o pus. No presentaba dolor abdominal asociado. El ritmo intestinal se normalizó unas 2 semanas antes.

La exploración física fue normal, salvo por el hallazgo de un derrame sinovial en la rodilla izquierda y una lesión superficial, circinada, blanquecina y con bordes descamativos en el glande.

En cuanto a la analítica, el hemograma fue normal salvo por una discreta leucocitosis, VSG de 45, bioquímica normal, orina normal, proteína C reactiva (PCR) 137, factor reumatoide negativo, anticuerpos antinucleares negativos, HLA B27 positivo, serología para los virus de la hepatitis B y C, citomegalovirus (CMV), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), *Yersinia* y *Salmonella* negativas, coprocultivo para *Shigella*, *Salmonella*, *Yersinia* y *Campylobacter* negativos. Se extrajeron 20 ml de líquido sinovial de la rodilla izquierda de aspecto inflamatorio, no observándose cristales en el estudio con luz polarizada; la tinción de Gram fue negativa, había abundantes leucocitos y las proteínas fueron de 4,3 g/l. El cultivo del líquido resultó negativo. En cuanto a la radiología, las sacroilíacas eran normales, y en la rodilla izquierda se observaba un discreto aumento de las partes blandas. El resto de la serie articular fue normal. El enema opaco y la colonoscopia también fueron normales.

Se estableció el diagnóstico de artritis reactiva y se inició tratamiento con 50 mg/8 h de indometacina.

Caso 2

Se trataba de una mujer de 26 años sin antecedentes personales ni familiares de interés. Cuatro meses antes había iniciado un cuadro de artralgiyas migratorias, simétricas, sin signos inflamatorios, que empeoraban con el reposo y que afectaban a los hombros, codos, tobillos y rodillas. Tras la instauración de tratamiento con antiinflamatorios empezó a tener dos o tres deposiciones diarreas diarias sin moco, sangre o pus, que no se acompañaban de dolor abdominal. En estos 4 meses había perdido 5 kg. En las últimas 2 semanas refería fiebre de 39 °C y la aparición de unos nódulos dolorosos en las piernas.

En la exploración física se observó fiebre de 38 °C, derrame articular en el codo derecho, aftas orales y nódulos violáceos, dolorosos, de unos 3 cm de diámetro en la porción inferior de las piernas, compatibles con un eritema nudoso. El resto de la exploración fue normal.

En las exploraciones complementarias encontramos VSG 93, hemoglobina 9,7, 8.500 leucocitos y 598.000 plaquetas. La bioquímica fue normal, salvo por GGT 89. La orina fue normal, así como el urocultivo, el coproculti-

vo y el hemocultivo. La serología para el virus de las hepatitis B y C, VIH, *Yersinia* y *Salmonella* fue negativa y la serología para CMV fue positiva para IgG. La toxina de *C. difficile* en las heces fue negativa. El factor reumatoide negativo, así como los anticuerpos antinucleares negativos y el HLA B27. El líquido sinovial presentaba aspecto inflamatorio, 5,4 g/l de proteínas y abundantes células de Reiter. La radiografía de tórax fue normal, al igual que la serie articular, incluidas las sacroilíacas. En el enema opaco (técnica de contraste único) se apreciaron imágenes en empedrado que indicaban un proceso inflamatorio en el colon izquierdo y transversal. La colonoscopia sugería una enfermedad de Crohn, y este diagnóstico se confirmó mediante la biopsia de la lesión ulcerada.

La paciente fue diagnosticada de enfermedad de Crohn con artritis y se inició tratamiento con 800 mg/8 h de mesalazina (5-ASA) y 60 mg/24 h de deflazacort. La mejoría clínica se produjo rápidamente.

DISCUSIÓN

El abordaje diagnóstico del paciente con diarrea crónica y poliartritis puede ser complejo si tenemos en cuenta las múltiples posibilidades de presentación de ambas entidades, así como la relación temporal entre las mismas¹¹.

La poliartritis se define como la afectación de cuatro o más articulaciones periféricas y se divide en aguda o crónica según si su duración es superior o inferior a 6 semanas¹⁹⁻²¹. Ante toda poliartritis crónica hay que solicitar hemograma, VSG, PCR y factor reumatoide^{6,19-22}. Si éste es negativo (fig. 1) deberemos centrarnos en el estudio radiológico de las articulaciones afectadas^{19,21,22}, recomendándose también la realización de una radiografía de las articulaciones sacroilíacas y de la columna dorso-lumbar¹⁹ (en las fases iniciales de las poliartritis, muy frecuentemente, sólo encontramos tumefacción de partes blandas²¹). Puede ser conveniente, en función de la sintomatología acompañante, solicitar anticuerpos antinucleares y HLA B27^{19,21,22}. Si existe derrame articular es fundamental realizar una artrocentesis para obtener muestras de líquido sinovial, en las que se debe valorar: recuento celular, concentraciones de glucosa, viscosidad, presencia de microcristales, tinción de Gram y cultivo^{10,11,22}.

La diarrea crónica es la persistencia durante más de 3 semanas de un aumento del número de deposiciones diarias, junto a la disminución de su consistencia²³⁻²⁵. Las causas más frecuentes, en atención primaria, son los fármacos (antiácidos, antibióticos, colchicina, digitálicos, propranolol, teofilina, tiroxina, ranitidina y laxantes), los factores dietéticos (cafeína, alcohol y sorbitol), las infecciones, la enfermedad inflamatoria intestinal, el carcinoma de colon y el síndrome del colon irritable²⁴. Dado que la diarrea crónica aparece en numerosas enfermedades, es fundamental centrarnos en los síntomas acompañantes para poder establecer de esta forma una sospecha clínica fundada (tabla 2)²³⁻²⁵.

En los casos que nos ocupan los pacientes presentaban diarrea y poliartritis. En la figura 2 se presenta el algorit-

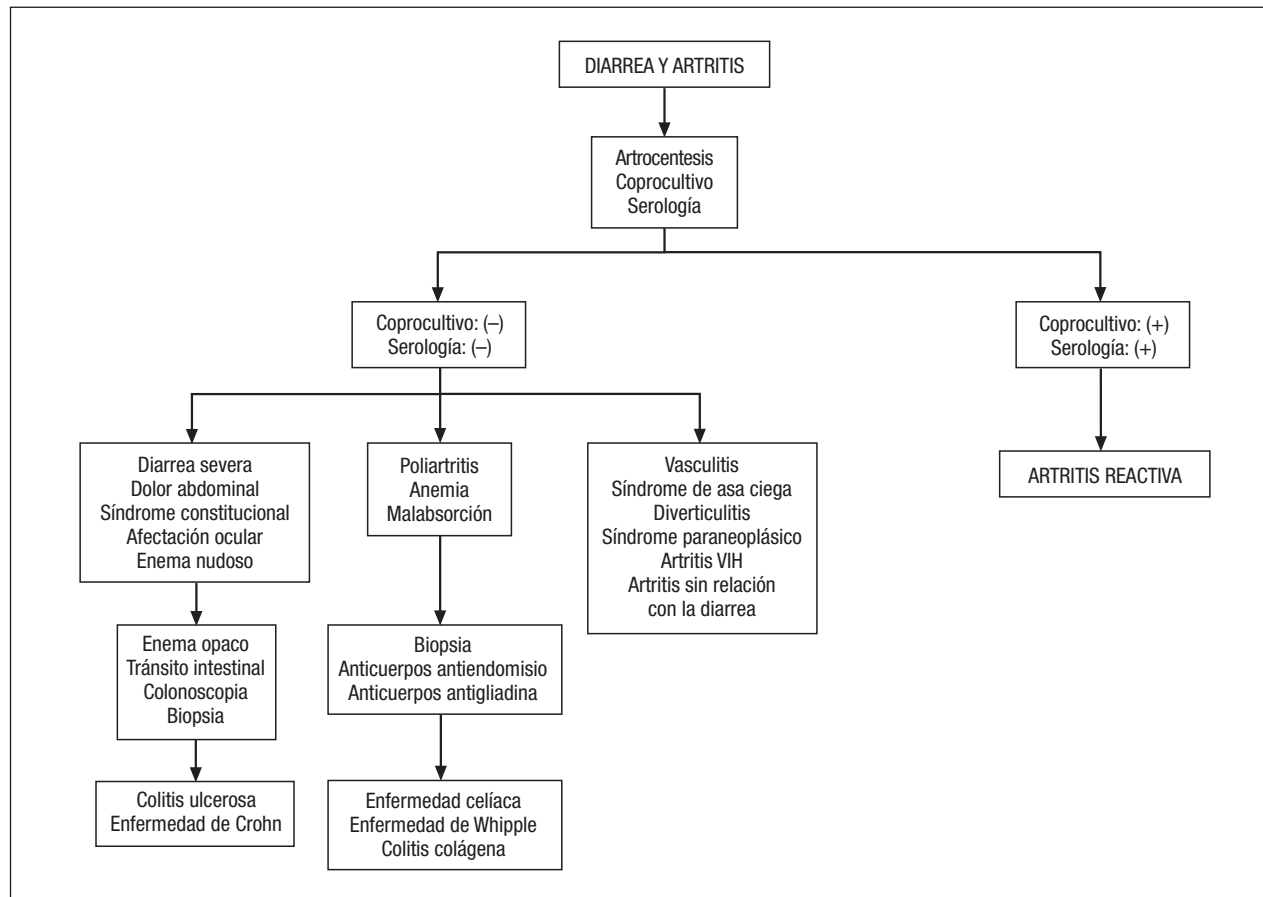


Figura 2. Algoritmo diagnóstico de diarrea y artritis.

Tabla 2. Síntomas acompañantes en la diarrea crónica

Pérdida de peso	Malabsorción, cáncer, enfermedad inflamatoria intestinal, hipertiroidismo
Fiebre	Enfermedad inflamatoria intestinal, linfoma, hipertiroidismo, enteritis bacteriana, amebiasis
Artritis	Enfermedad inflamatoria intestinal, conectivopatías, enteritis por <i>Yersinia</i> , <i>Shigella</i> , <i>Campylobacter</i>
Adenopatías	VIH, linfomas
Neuropatía periférica	Diabetes, amiloidosis, déficit de vitamina B ₁₂
Hipotensión postural	Diabetes, enfermedad de Addison
Hepatopatía	Enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, neoplasia intestinal metastásica

mo diagnóstico de esta combinación de síntomas. Si es posible se realizará una artrocentesis. Se tomarán muestras para coprocultivo y si hay fiebre también para hemocultivo¹¹. Se solicitarán serologías para *Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia*, *Campylobacter* y *Chlamydia*^{11,21,22}. Si existiera clínica genitourinaria asociada se tomarán muestras de exudado uretral para cultivo de *Neisseria*, *Chlamydia* y *Ureaplasma*^{4,21}. Si el coprocultivo o la serología son posi-

tivos y la clínica es compatible, esto orientará claramente a una artritis reactiva^{21,22,24}.

La presencia de clínica cutánea (eritema nudoso, pioderma gangrenoso) u ocular (iritis, epiescleritis) concomitante con la artritis y la diarrea, sobre todo si esta última es grave o se acompaña de síndrome constitucional o dolor abdominal, orientará hacia el diagnóstico de artritis de las enfermedades inflamatorias intestinales^{4,11,12}. Aunque el diagnóstico se basa en la clínica, son las técnicas de imagen (tránsito intestinal, enema opaco, tomografía axial computarizada [TAC] y endoscopia) y la biopsia de las lesiones intestinales las que aportan el diagnóstico definitivo^{12,15-18}.

La artritis de la enfermedad de Whipple (aparece en el 80% de los casos) es simétrica, no erosiva, mejora con antibióticos y puede preceder en años al síndrome de malabsorción. En la enfermedad celíaca, un pequeño porcentaje de pacientes presenta poliartritis simétrica, no erosiva, que afecta preferentemente a las rodillas, caderas y hombros. La colitis colágena también puede asociarse con una artritis no erosiva de las manos (en el 10% de los enfermos). Estas tres entidades se diagnostican por biopsia intestinal, aunque la de la enfermedad celíaca es menos específica; sin embargo, la presencia de anticuerpos antiendomiso y antigliadina apoya su diagnóstico^{4,11}.

Una causa muy infrecuente de artritis y diarrea son las vasculitis (poliartritis nudosa y púrpura de Schönlein-

Henoch). Una clínica abigarrada con púrpuras, rectorragias, afectación renal, neurológica, etc., orientarán a su diagnóstico¹¹. También se han descrito artritis asociadas a anastomosis intestinales con asa ciega, diverticulitis y reservoritis^{4,23-25}.

Por último, si no se consigue establecer la relación entre diarrea y artritis, habrá que considerar la posibilidad de infección por el VIH^{11,21,24,25}, de síndrome paraneoplásico^{11,24,25} o de otra enfermedad intestinal en un paciente con artritis sin relación entre ambas¹¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Collantes Estévez E, Muñoz Gomáriz E, Ciscal del Mazo A, Acauso Díaz M. Espondiloartropatías. *Medicine* 1997; 7: 2491-2498.
2. Amor B, Dougados M, Mijiyawa M. Critères de classification des spondylarthropathies. *Rev Rheum Mal Ost* 1990; 57: 85-89.
3. Dougados M, Van Der Linden SM, Jhulin R, Cats A, Amor B, Olivieis I et al. The European Spondyloarthropathy Study Group. Preliminary criteria for the classification of spondyloarthropathy. *Arthritis Rheum* 1991; 34: 1118-1127.
4. Cruz de la Tapiador C, Herrero-Beaumont Cuenca G. Artritis reactivas. Artritis enteropáticas. *Medicine* 1997; 7: 2499-2505.
5. Girón González JA, Manzano Espinosa L, García Gil D, Teyssiere IJ, Álvarez-Mon M. Manifestaciones gastrointestinales de las enfermedades autoinmunes sistémicas. *Medicine* 1996; 7: 586-591.
6. Noguera Pons R, Pascual Gómez E. Utilidad y valoración diagnóstica de las determinaciones analíticas en la evaluación de las enfermedades reumáticas. *Medicine* 1997; 7: 2461-2465.
7. Mateo L, Rozadilla A, Romera M. Patología del tobillo y pie. *FMC* 1997; 4: 240-250.
8. Fiter J, Gómez Vaquero C, Romera M. Dolor en la rodilla. *FMC* 1997; 4: 301-311.
9. Rodríguez Zapata MM. Protocolo de fiebre y enfermedad autoinmune. *Medicine* 1997; 7: 2697-2699.
10. Noguera Pons R, Pascual Gómez E. Valoración diagnóstica del análisis del líquido sinovial e indicaciones de biopsia sinovial. *Medicine* 1997; 7: 2466-2468.
11. Pérez Ruiz F, Ituarte Anzaga J, Aretxabala Alcibar I. Protocolo diagnóstico: diarrea y artritis. *Medicine* 1997; 7: 2689-2691.
12. Vera Mendoza NI, De la Morena Madrigal E, Llirente Pérez B, Abreu García L. Enfermedad inflamatoria del tubo digestivo (I). Enfermedad de Crohn. *Medicine* 1996; 7: 158-164.
13. Glickman RM. Enfermedad inflamatoria intestinal: colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn. En: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL et al, editores. *Harrison. Principios de Medicina Interna* (14.ª ed.). Aravaca (Madrid): McGraw Hill-Interamericana de España, S.A.U., 1998; 1853-1868.
14. Romera Baurés M, Mateo Soria L, Rozadilla Sacanell A. Patología del codo. *FMC* 1997; 4: 448-454.
15. Pérez Páramo M, Ortiz Berrocal J. Indicaciones de medicina nuclear en patología intestinal. *Medicine* 1997; 7: 625-626.
16. Brea Álvarez B, Ramos González L. Indicaciones del enema opaco. *Medicine* 1996; 7: 230-231.
17. González Costero R, Ramos González L. Indicaciones del tránsito intestinal. *Medicine* 1996; 7: 183.
18. Calleja Panero JL, Cacho Acosta G, Albillos Martínez A, Iborra Herrera J. Indicaciones de enteroscopia. *Medicine* 1996; 7: 184-185.
19. Balsa A, Fernández Prada M. Protocolo diagnóstico de una poliartritis crónica. *Medicine* 1997; 7: 2373-2376.
20. Tornero Molina J, Vidal Fuentes J. Protocolo diagnóstico de una poliartritis intermitente. *Medicine* 1997; 7: 2370-2372.
21. Espeso MA. Poliartralgias y poliartritis. En: semFYC, editores. *Guía de actuación en atención primaria*. Barcelona: EdiDe, 1998; 649-653.
22. García Rodríguez R, Leal Hernández M, García Méndez MM. Poliartritis aguda. *FMC* 1996; 3: 361-368.
23. Iborra Herrera J, Calleja Panero JL, Cacho Acosta G, Albillos Martínez A. Protocolo diagnóstico de la diarrea crónica. *Medicine* 1996; 7: 180-182.
24. Molero García JM, Miguel Calvo I, Muñoz González F. La diarrea crónica. *FMC* 1998; 5: 157-170.
25. Figuera de la E. Diarrea crónica. En: semFYC, editores. *Guía de actuación en atención primaria*. Barcelona: EdiDe, 1998; 600-603.