

CARTA CLÍNICA

Pápulas eritemato-violáceas y dolor articular: síntomas de artritis reactiva por *Chlamydia trachomatis*



Erythematous-violaceous papules and joint pain: Symptoms of Chlamydia trachomatis' reactive arthritis

Varón de 26 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, consumidor social de marihuana. Acude a la consulta de atención primaria por dolor de tobillo izquierdo de 10 días de evolución, de carácter mecánico, sin traumatismo previo, que había sido tratado como esguince en su mutua, pero sin mejoría. Desde los últimos 5 días asocia dolor lumbar y de rodilla derecha, de las mismas características, junto con febrícula de 37,5°C. Una semana antes del inicio del dolor presentó coluria, disuria e hiperemia conjuntival; que mejoraron con fosfomicina oral y ciprofloxacino oftálmico, respectivamente, pautados desde urgencias de atención continuada. Confirma contacto sexual de riesgo en las 3 semanas previas.

A la exploración: constantes vitales normales. Tobillo izquierdo con edema, eritema y aumento de la temperatura local, junto con numerosas lesiones papulosas eritemato-violáceas en su dorso y cara medial (fig. 1); movilidad limitada por dolor. Rodilla derecha con signos inflamatorios y peloteo rotuliano. Espinopresión positiva en L1-L2. Resto de exploración normal.

En analítica sanguínea: leucocitosis con desviación izquierda (leucocitos 16,40; neutrófilos 81,20%). PCR 15,94 mg/dl. Bioquímica, coagulación y sistemático de orina normales. Ante la sospecha de artritis reactiva, se deriva al servicio de urgencias hospitalario, solicitándose hemocultivos y cultivo uretral, y pautándose tratamiento empírico con azitromicina y ceftriaxona. Se cursa ingreso hospitalario para completar estudio: hemocultivo y urocultivo negativos. Serología: *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*) IgG positivo (2,93), e IgM positivo (5,84), virus de Epstein-Barr IgG positivo (21,83), resto negativo; HLA B27 positivo. Durante su hospitalización, aparición de lesión en glande compatible con balanitis circinada, y episodio de dactilitis en segundo dedo de mano derecha.

Diagnóstico: Poliartrosis asimétrica reactiva secundaria a infección por *C. trachomatis*, en paciente HLA b27 positivo.

Actualmente el paciente está en seguimiento en consultas externas por parte de Medicina Interna, con buena evolución.

La artritis reactiva es la inflamación estéril articular tras una infección, en la que no se puede aislar al patógeno causante en la articulación afecta, siendo considerada una forma de espondiloartritis. La prevalencia e incidencia varían según el área geográfica: a nivel mundial la incidencia anual varía entre 0,6 y 27 por 100.000 personas, y la prevalencia entre 30 a 40 por 100.000¹. Los patógenos causantes pueden ser entéricos o genitourinarios, y es *C. trachomatis* el más común. Este curso de forma asintomática en la mayoría de infectados, constituyendo su reservorio principal.

Podemos encontrar clínica muy diversa en un paciente con artritis reactiva. Sin embargo, los síntomas musculoesqueléticos aparecen a las 3-4 semanas del inicio del episodio infeccioso (diarrea / uretritis), incluso hasta varios meses después, lo que hace difícil su diagnóstico al no establecer los pacientes relación entre los episodios. Se manifiesta como oligoartritis aguda asimétrica, que afecta fundamentalmente a rodillas, tobillos y pies. Los síntomas clásicos son dolor y rigidez articular en reposo, que puede asociar entesitis, dactilitis y artritis axial (lumbar generalmente). Además, puede acompañarse de síntomas extraarticulares: conjuntivitis o uveítis, úlceras mucosas indoloras, erupciones cutáneas, y lesiones genitales. La balanitis circinada es la manifestación cutánea más frecuente (lesiones psoriasiformes superficiales e inoloras en glande); y la queratodermia blenorragica es la más característica (maculopápulas eritematosas que aparecen generalmente en palmas y plantas, aunque también se pueden ver en zona extensora de los miembros)^{2,3}. La asociación de artritis, uretritis y conjuntivitis se denomina triada clásica, o síndrome de Reiter, como es el caso de nuestro paciente^{1,4,5}.

El diagnóstico es clínico, no hay pruebas diagnósticas definitivas ni criterios diagnósticos validados. Es complejo debido a la gran variedad de cuadros clínicos posibles y la disparidad temporal entre ellos, siendo fundamental la identificación de infección reciente. Se solicitará analítica con hemograma y reactantes de fase aguda, con función renal y hepática, para obtener evidencia de inflamación. Dependiendo de las sospechas diagnósticas, podremos pedir además cultivos de heces, orina y uretral, teniendo en cuenta que se deben solicitar además serologías para



Figura 1 Lesiones maculopapulosas eritemato-violáceas en superficie dorsal del tobillo izquierdo, compatibles con queratodermia blenorragica.

los patógenos, debido a que la infección puede estar ya resuelta. En el caso de *C. trachomatis* la prueba diagnóstica de elección es la amplificación de ácido nucléico. Las radiografías de las articulaciones afectas en fases iniciales pueden no presentar alteraciones, o mostrar solo señales inespecíficas como osteopenia o edema de partes blandas, pero pueden ser necesarias para excluir otras causas. En pacientes con derrame articular podemos realizar artrocentesis para su estudio, siendo su cultivo negativo. Otras pruebas que nos pueden ayudar son el antígeno leucocitario humano HLA-B27: su prevalencia aumenta en diversas espondiloartropatías, y en pacientes con artritis reactiva se estima entre el 30-50%, por lo que aumentaría la probabilidad de diagnóstico correcto; sin embargo, su negatividad no excluye el diagnóstico^{1,4}.

Dentro del diagnóstico diferencial encontramos las enfermedades causantes de inflamación articular: espondiloartropatías seronegativas, artritis psoriásica, artritis por cristales, artritis séptica y gonocócica. Además, las manifestaciones cutáneas pueden ser similares a la psoriasis pustulosa, enfermedad de Behçet, eccema atópico, sífilis, o incluso a las erupciones maculopapulosas de las infecciones por algunos artrópodos^{1,6}. En cuanto a los patógenos, aunque *C. trachomatis* es el organismo causal más frecuente, hay otros que cursan con uretritis, como *Neisseria gonorrhoeae* (con la que puede existir coinfección), *Trichomonas vaginalis* y *Mycoplasma genitalium*⁴.

El objetivo del tratamiento es tanto sintomático como terapéutico. Para el control del dolor y la inflamación se recomienda iniciar tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, pudiendo ser necesario el uso de dosis máximas. En caso de sintomatología persistente, se pueden administrar glucocorticoides intraarticulares o sistémicos; y como último escalón, el uso de fármacos modificadores de la enfermedad. En cuanto al tratamiento terapéutico contra la causa primaria, los antibióticos se usan únicamente ante infección genitourinaria en curso o en portadores de la misma, pero no para el tratamiento de la artritis per se¹. En caso de infección por *C. trachomatis* es

necesario el tratamiento y seguimiento tanto del paciente como de sus compañeros sexuales, muchas veces asintomáticos⁴. Además, debemos tratar el resto de manifestaciones clínicas: ante manifestaciones oculares debemos descartar uveítis y remitir al paciente para valoración oftalmológica, las úlceras orales requieren únicamente de tratamiento sintomático, y las lesiones cutáneas y queratodermia blenorragica pueden requerir de corticoides o ácido salicílico tópico³.

El pronóstico de la artritis reactiva varía según el patógeno desencadenante y las características del paciente. La duración típica de la enfermedad es de 3 a 5 meses, remitiendo sin secuelas la mayoría en los 6 a 12 meses posteriores. Entre el 15 y 20% pueden presentar artritis crónica, generalmente en pacientes HLA-B27 positivo, y que desarrollarán rasgos característicos de las espondiloartritis, por lo que requieren mayor vigilancia^{1,5}.

En nuestro caso fueron las lesiones maculopapulosas compatibles con queratodermia blenorragica las que nos llevaron a sospechar una causa distinta a la traumatológica para el dolor articular en tobillo que presentaba nuestro paciente. Fue esto lo que hizo que posteriormente el paciente confirmara que había tenido contacto sexual de riesgo, así como sintomatología variada (uretritis y conjuntivitis) en los días previos.

Es la consulta de atención primaria el primer lugar donde suelen consultar estos pacientes, por sintomatología genitourinaria, ocular o articular, que se sucede en el tiempo. Una completa historia clínica es lo que nos permitirá englobar todos estos motivos de consulta para llegar a un diagnóstico precoz, guiándonos por las «pistas» que nos da el propio paciente durante la anamnesis y exploración.

Responsabilidades éticas

Se ha contado con el consentimiento del paciente y se han seguido los protocolos de los centro de trabajo sobre tratamiento de la información de los pacientes.

Bibliografía

1. Yu DT, van Tubergen A. Artritis reactiva. UpToDate. 2021.
2. Enfermedad de Reiter. Derma CDU. Internet. 2019.
3. Zarco Montejo P. Diagnóstico y tratamiento de la artritis relacionada con la infección por *clamidia*. *Reumatol Clin*. 2012;8:S20-5.
4. Hsu K. Clinical manifestations and diagnosis of Chlamydia trachomatis infections UpToDate. 2021.
5. Borges-Costa J, Pacheco D, Antunes J, Sacramento-Marques M. Síndrome de Reiter (artritis reactiva). *PIEL (BARC)*. 2012;27:384-9.
6. Sánchez García M, Gabriela Tomoiu I, Hidalgo Fernández C, Delgado Casado JA. ¿Dónde está la garrapata?: crucero & casa (resuelto en Atención Primaria). *Rev Clin Med Fam*. 2013;6:109-11.

N. Santoyo-Martín*, R.M. Valverde-Gómez,
A. Arenas-García, L. Carbonell-Gimeno
y J.A. Delgado-Casado

Centro de Salud Ciudad Real II, Ciudad Real, España

*Autora para correspondencia.

Correo electrónico: nurisantoyo@gmail.com

(N. Santoyo-Martín).