

Open Acces



SÍNDROME DE REITER, ENTITAT EN POTENCIAL CREIXEMENT

Raquel García Trigo¹, Sara Castán Moros²

INTRODUCCIÓ

La síndrome de Reiter és el conjunt de signes i símptomes que posen de manifest la resposta inflamatòria secundària a una infecció que pot ser produïda per qualsevol dels següents gèrmen patògens: *Chlamydia trachomatis*, *Shigella flexneri*, *Yersinia enterocolitica*, *Salmonella typhimurium* o *Salmonella enteritidis*. La simptomatologia sol aparèixer entre la 1a i 4a setmana d'infecció i es defineix per la tríade clàssica d'artritis, uretritis i conjuntivitis¹⁻⁴. L'artritis, altrament anomenada artritis reactiva, és una oligoartritis aguda, asimètrica i additiva de predomini a membres inferiors que pot afectar a nivell axial lumbar, motiu pel qual s'inclou dins del diagnòstic diferencial de les espondiloartropaties associades a HLAB27 positiu²⁻⁴ (**Taula 1**). L'afectació genitourinària més freqüent és la uretritis i en el cas de les dones, la cervicitis, que pot arribar a ser asimptomàtica. Quant a l'afectació mucocutània, només un 50% dels casos presenten conjuntivitis i la seva absència no descarta la malaltia⁴. Les exploracions complementàries solen ser normals a excepció de l'elevació de reactants de fase aguda com la VSG i PCR i els marcadors reumàtics com el factor reumatoide solen ser negatius. La positivitat d'HLAB27 està present en un 30% dels casos segons alguns estudis i s'associa a major gravetat i tendència a la cronicitat així com pitjor pronòstic de la malaltia^{1,4}. El diagnòstic es realitza mitjançant la identificació del germen per cultiu, o bé, per PCR de mostra genital. El tractament consisteix en l'ús d'antiinflamatoris i antibiòtics adreçats a l'agent infecciosos. En general, el pronòstic és bo i la simptomatologia es resol en el transcurs d'un mes aproximadament des del tractament específic. En cas de progressió de la malaltia s'han descrit complicacions com la malaltia inflamatòria pèlvica i l'artritis crònica, que presenten major complexitat en el tractament i evolució.

DESCRIPCIÓ DEL CAS

Dona de 29 anys d'edat, sense al·lèrgies medicamentoses conegudes ni antecedents

patològics ni familiars d'interès que consultà per aparició de lumbàlgia aguda lumbar i poliartràlgies a espatlles, canells, ambdós malucs i turmells associats a astènia i rigidesa matutina de 20 minuts d'aparició al aixecar-se del llit des de feia dues setmanes i d'aparició brusca. Referia empitjorament nocturn i en repòs que millorava amb el moviment. Negava traumatisme o sobreesforç muscular previ, així com símptomes digestius o respiratoris previs, febre, diaforesi o pèrdua de pes associada. Reinterrogant negà també xerosi cutània o de mucoses, aparició d'aftes o lesions cutànies a pell o cuir cabellut, afectació ocular o símptomes neurològics, negant també cefalees o amaurosi fugax. Negava viatges a l'estranger o contacte amb animals així com ambient epidèmic ambiental. A l'exploració física destacà artràlgia a la palpació d'ambdós malucs (predominantment l'esquerra) i turmells, sense palpar líquid lliure intraarticular. No s'observà dactilitis, afectació mucocutània ni feblesa muscular. Maniobra de Fabère, Lasègue i Bragard negatives i exploració neurològica sense alteracions amb polsos temporals simètrics i presents.

Es sol·licità una anàlisi de sang que mostrà una elevació de la VSG fins a 40 i la PCR d'1,33 amb una anèmia no coneguda normocítica i normocroma (Hb de 10,8) i amb la resta de l'hemograma, bioquímica i marcadors reumàtics negatius (factor reumatoide, antipèptids citrulinats). L'anàlisi d'orina no mostrà cap alteració. Davant dels resultats s'inicià tractament amb celecoxib presentant una milloria parcial de la simptomatologia, però amb persistència de lumbàlgia, motiu pel qual va tornar a consultar. Es sol·licità una radiografia lumbar que no mostrà alteracions i es sol·licità una RNM lumbar per completar l'estudi. A l'espera de resultats, es va decidir optimitzar la pauta antiinflamatòria. A la visita de control, 3 setmanes després de l'inici del tractament, la pacient presentava persistència de lumbàlgia i artràlgies en malucs i turmells. Reinterrogant referia mantenir relacions sexuals sense protecció amb una parella estable i tancada i negava cap mena de simptomatologia ginecològica. Es recolliren mostres vaginals presentant positivitat per a la PCR de *Chlamydia trachomatis*.

¹Metgessa de Família i Comunitària
EAP Universitat Barcelona

²Metgessa de Família i Comunitària
EAP Ulldecona – La Sénia. Tarragona

Persona de contacte:

Raquel García Trigo

Adreça electrònica:

raquel.garcia.trigo@gmail.com

Després d'instaurar el tractament específic amb 1 g d'azitromicina per via oral, presentà desaparició de la simptomatologia a la setmana posterior. Se li aconsellà estudi de contactes i tractament de la parella sexual. Després de finalitzar el tractament es va repetir l'anàlisi de sang presentant normalització de l'hemograma, VSG, PCR i estudi d'HLAB27 negatiu. Els resultats de la RNM lumbar finalment no van mostrar alteracions en l'estudi d'articulacions sacroilíaqües.

DISCUSSIÓ

Aquest cas permet il·lustrar i diferenciar les característiques d'un dolor inflamatori envers un dolor mecànic, que és en primer lloc el que determina l'inici del nostre estudi. Tal i com s'ha descrit, el dolor d'aparició nocturn que empitjora amb el repòs i millora amb l'exercici, associat a una rigidesa matutina és característic de múltiples patologies reumàtiques; artritis reumatoide, espondiloartritis (espondilitis anquilosant i artropatia psoriàsica), malalties sistèmiques com el lupus, Sjögren, Behçet, vasculitis, esclerodèrmia o sarcoïdosi. I també com a síndrome de processos infecciosos; grip, primoinfecció per VIH i artritis reactives i, en últim lloc, processos limfoproliferatius^{2,4} (**Taula 1**).

Tenint en compte que es tracta d'una dona jove en edat fèrtil (29 anys) sense cap antecedent previ de malaltia reumàtica (ni personal ni familiar) i en absència d'altra simptomatologia acompanyant (dactilitis, síndrome de Raynaud, artritis, plaques psoriàsiques o afectació unguial, petèquies, eritema nodós, símptomes respiratoris, digestius, neurològics o oftalmològics) i amb un factor reumatoide negatiu es va assumir com a diagnòstics altament improbables els d'artritis reumatoide (només compleix 2 criteris dels 6 mínims per a la sospita diagnòstica), malalties sistèmiques o vasculitis. Això va permetre acotar el diagnòstic diferencial a l'espondilitis anquilosant, processos infecciosos i hematològics com a primera opció⁴.

L'espondilitis anquilosant és una malaltia reumàtica inflamatòria predominantment axial amb afectació de les articulacions sacroilíaqües (maniobra de Fabère positiva). Té una prevalença de l'1,9% i s'associa majoritàriament a homes menors de 40 anys amb alta associació (80% dels casos) al gen HLAB27, tot i que la seva absència no descarta el diagnòstic. Quant la clínica és molt suggestiva i la radiologia convencional no mostra afectació articular està indicada la RNM per a confirmació del diagnòstic. La negativitat d'HLAB27 i afectació a la RNM fa la malaltia altament improbable^{2,4}.

L'anèmia podria fer pensar en un possible procés hematològic però la normalització de l'hemograma al repetir l'anàlisi de sang i l'absència d'adenopaties, síndrome constitucional o símptomes B el fa més improbable. Tot i així

nivells d'Hb entre 9-10 mg/dl normocítica, normocroma i amb reticulòcits normals pot deure's a una anèmia inflamatòria o per processos crònics que s'observa en artritis reumatoide, lupus eritematós sistèmic i malalties sistèmiques, no sol ser inferior a 10 mg/dl⁴.

La infecció per virus de la grip és més freqüent a l'hivern i sol cursar amb febre alta, tos, expectoració mucopurulenta, rinorrea i astènia intensa. En aquest cas, l'absència dels símptomes descrits i fora de temporada de grip descarta aquest diagnòstic.

L'aparició brusca sense pròdroms, orienta a un possible procés infecció desencadenant ja sigui víric (VIH, grip) o bacterià (enterobacteris o malalties de transmissió sexual). En aquest cas, la pacient nega cap símptoma digestiu previ per tant, en cas de sospitar una artritis reactiva, caldria descartar una malaltia de transmissió sexual, que tal i com es descriu a la literatura, la cervicitis per *Chlamydia* pot arribar a ser asimptomàtica i el diagnòstic es fa arran de la identificació de PCR positiu en mostra vaginal. De la mateixa manera, la primoinfecció per VIH pot manifestar-se de moltes maneres i de vegades únicament amb poliartàlgies i astènia, i és per això que cal un interrogatori dirigit i davant de qualsevol relació sexual desprotegida, fer un estudi serològic i amb recollida de mostres^{1,2,4}. A més a més, cal recordar que la incidència de malalties de transmissió sexual en els últims 10 anys (2011-2016) s'ha arribat a quadruplicar al territori de Catalunya, registrant una màxima incidència a Barcelona ciutat⁵ i per tant, com a malaltia emergent, cal incloure-la al diagnòstic diferencial.

En conclusió, cal tenir en compte tres aspectes; en primer lloc, que les poliartàlgies són un símptoma molt poc específic i cal fer un ampli diagnòstic diferencial, parant atenció a les característiques del dolor, temps i aparició dels símptomes així com l'associació a altres símptomes, ja que serà el que orienti el cas en primer lloc. En segon lloc, apuntar que amb una bona anamnesi i exploració física, calen poques exploracions complementàries per a descartar la majoria de patologies i, en tercer i últim lloc, recordar que en pacients joves sexualment actius cal investigar de forma dirigida sobre possibles infeccions de transmissió sexual, i especialment en el cas de les dones, en què pot cursar de forma asimptomàtica.

Diagnòstic	Manifestacions articulars	Manifestacions extraarticulares	Marcadors serològics	Altres exploracions
<p>Espondilitis anquilosant</p> <p>Poligènica</p> <p>(predomini en homes)</p>	<p>-Lumbàlgia inflamatòria</p> <p>-Rigidesa axial</p> <p>-Oligoartritis (<3) asimètrica d'EEII en artritis de debut i juvenil</p> <p>-Coxitis (indicatiu de gravetat en el 30% dels casos)</p> <p>-Entesitis</p> <p>-Dactilitis (30%)</p>	<p>-Uveïtis anterior recurrent (25%)</p> <p>-Solapament amb Artritis psoriàsica o Artritis associada a malalties inflamatòries intestinals</p>	<p>HLAB27 (90%)</p> <p>FR negatiu</p> <p>VSG i PCR elevats</p> <p>Liquid articular inflamatori amb predomini de polimorfonuclears</p>	<p>Radiologia d'axis: quadratura vertebral donant aspecte en "canya de bambú"</p> <p>Radiologia pelviana: imatges sindesmofítiques de branques isquiopubianes.</p> <p>RMN sacroilíaqes: sacroileïtis bilateral</p>
<p>Artritis psoriàsica</p> <p>Autoimmune amb càrrega genètica associada a PSORS1-PSORS13</p>	<p>-Oligoartritis asimètrica de MMII</p> <p>-Poliartritis simètrica (28-78%)</p> <p>-Afectació d'Interfalàngiques distals</p> <p>-Lumbàlgia inflamatòria (10%)</p> <p>-Entesitis aquilea, genoll i pelviana (30-50%)</p>	<p>-Síndrome SAPHO (associat a pustulosi palmoplantar)</p> <p>-Uveïtis anterior recurrent bilateral</p> <p>-Plaques psoriàsiques</p> <p>-Onicopatia: pitting i taca d'oli a ungla (5%)</p>	<p>HLAB27 (90%)</p> <p>FR negatiu</p> <p>VSG i PCR elevats</p> <p>Ac antipèptids citrulinats positius s'associa a artritis erosiva/deformant (10-15%)</p> <p>Biòpsia de pell per a diagnòstic de psoriasis</p>	<p>Radiologia axial: artropatia erosiva asimptomàtica lligada a HLAB27 + (20%)</p> <p>Radiologia pelviana: sacroileïtis asimètrica (40-50%)</p> <p>Radiologia perifèrica: artropatia erosiva i anquilosi. Osteòlisi en llapis-copa. Afectació de diferents articulacions en el mateix eix en diferents graus evolutius</p>
<p>Artritis associada a malaltia inflamatòria intestinal</p> <p>Alteració immunitària associada a alteracions genètiques</p>	<p>-Artritis perifèrica autolimitada no erosiva oligoarticular a MMII o poliarticular amb afectació de metacarpofalàngiques (9-53%)</p> <p>-Lumbàlgia inflamatòria (26%)</p> <p>-Artràlgies i entesitis aquília</p>	<p>-Diagnòstic de colitis ulcerosa o malaltia de Crohn</p> <p>-Fístules i abscessos rectals</p> <p>-Eritema nodós</p> <p>-Uveïtis anterior</p> <p>-CEP o CBP</p>	<p>Reactants de fase aguda amb VSG i PCR permeten seguiment</p> <p>Colonoscòpia compatible</p> <p>Liquid articular inflamatori amb predomini de polimorfonuclears</p>	<p>Rx axial: fins a 61% d'afectació asimptomàtica</p> <p>RMN sacroilíaqes: sacroileïtis unilateral</p>
<p>Artritis reactiva</p> <p><i>Salmonella</i>, <i>Campylobacter</i>, <i>Yersinia</i>, <i>Sighella</i> i <i>Chlamydia</i></p> <p>(Afectació uretral és de predomini en homes)</p>	<p>-Lumbàlgia inflamatòria</p> <p>-Oligoartritis o monoartritis a MMII additiva</p> <p>-Dactilitis o entesitis</p>	<p>-Uveïtis o conjuntivitis</p> <p>-Uretritis/cervicitis</p> <p>-Queratodèrmia blenorràgica (similar a psoriasis pustulosa palmoplantar)</p> <p>-Aftes bucals no doloroses (diferent de les del Behçet)</p>	<p>FR, ANA i anti-pèptids citrulinats negatius</p> <p>HLAB27 positiu en algun cas</p> <p>Liquid sinovial inflamatori amb > 2000 cel/ml de predomini polimorfonuclear</p> <p>Detecció del gèrmen a mostra</p> <p>Fase aguda: leucocitosi, elevació de PCR i VSG</p> <p>Fase crònica: anèmia normocítica-normocroma</p>	<p>Radiologia axial: En fase crònica avançada es pot veure una sacroileïtis unilateral</p>

BIBLIOGRAFIA

- 1- Bohórquez Heras C, Movasat Hadjkan A, Turrión N, Pérez A. Artritis reactiva. *Medicine*. 2017;12:1498-507.
- 2- Alperi López M, Balsa Criado A, Blanco Alonso R (Ed). Manual SER de enfermedades reumáticas. 6th ed. Barcelona: Elsevier España;2014:285 p.
- 3- Quirós FJ, Zarco P, Carmona L, Collantes E, Simón F, et al. Artritis reactiva por *Salmonella hadar* en la epidemia de gastroenteritis asociada al consumo de pollo precocinado en España. *Reumatol Clin*. 2007;3(Supl 2):S36-8.
- 4- González-Beato Merino MJ, Lecona Echeverría M, Monteagudo Sáez I, Lázaro Ochaíta P. Síndrome de Reiter. *Actas Dermosifiliogr*. 1999;90:479-86.
- 5- González V, Vives N, Casabona J. Vigilància epidemiològica de les infeccions de transmissió sexual a Catalunya A partir del sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria i del sistema de notificació microbiològica Informe anual 2016 [Internet]. Barcelona: Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya (CEEICSAT);2017. Disponible a: <http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/Documents/anual ITS.pdf>

Com citar l'article: García Trigo R, Castán Moros S. Síndrome de Reiter. Entitat en potencial creixement. *But At Prim Cat* 2019;37:18.