

Dor en articulacións e febre?

Roberto Chillón Arce

Médico de Familia. Urxencias Hospital Meixoeiro (CHUVI- Vigo)

Lorena Soto Araujo

DUE. CHUVI- Vigo

Cad Aten Primaria
Ano 2010
Volume 17
Páx. 136-136

Acude a urxencias un varón de 50 anos, sen antecedentes de interés, que refire dor e inflamación en xeonllos e nocellos que se acompaña de febre dende fai 4 días. O paciente manifesta estar moi alarmado pola incapacidade para camiñar que lle produce a dor, que progresivamente vaise incrementando.

Realizando a anamnese, o paciente coméntanos que esta a tomar ciprofloxacino dende hai unha semana por unhas molestias urinarias. Asi mesmo, a súa muller recalca que xa estivo a tomar outros antibióticos (amoxicilina e azitromicina) previamente fai un mes por unha infección no 5º dedo do pe esquerdo. A exploración física do aparato cardiorrespiratorio é normal. En pel e mucosas destacan lesións papulosas eritematosas no glande. A nivel ocular se constata reacción cilio-conxuntival en ambos ollos, sen secrecións nin erosións corneais ou afectación da agudeza visual. Na exploración motora chama a atención unicamente leve inflamación en ámbolos dous nocellos e dor coa presión selectiva sobre a articulación sacroilíaca esquerda.

Atopamos valores analíticos elevados de VSG e GOT, GGT, GPT, FA, seroloxías VIH, Borrelia, CMV negativas, asemade os hemocultivos, urocultivos, e as probas radiolóxicas tampouco mostran alteracións significativas.

Con todos os datos expostos,

1. ¿Cal sería a súa sospeita diagnóstica?
 - a) Artrite Reactiva
 - b) Mialxias secundarias a un proceso febril ou vírico
 - c) ITU complicada.
2. ¿Como sería a actitude a seguir co paciente?
 - a) Alta a domicilio con AINES e vixilancia polo médico de familia
 - b) Solicitar ecografía renal para ver se ten afectación do aparato urinario
 - c) Ingreso hospitalario para estudio e tratamento con AINES e corticoides.

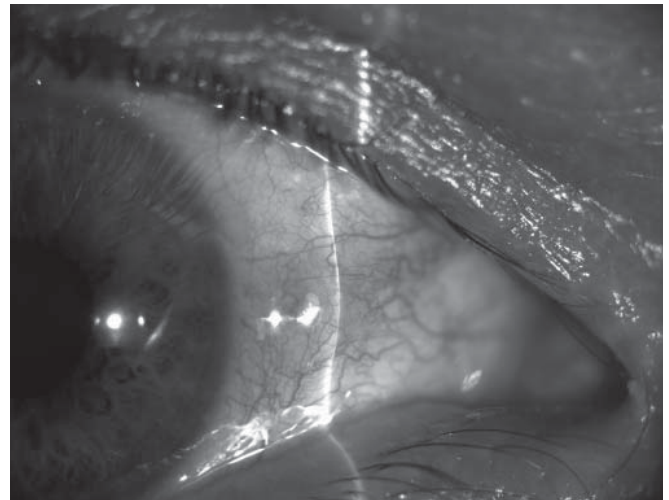


FIGURA 1*



FIGURA 2*

Cortesía da Dra. Socías e Dr. González.

*Imaxes en cor en www.agamfec.com

RESPUESTA A CASO CLÍNICO DOR EN ARTICULACIONES E FEBRE

Asociando todos os signos e síntomas clínicos descritos atopámonos diante dun paciente que cumpre criterios dunha ARTRITE REACTIVA (Síndrome de REITER), caracterizada pola tríada de uretrite, artrite e conxuntivite.

É importante facer o diagnóstico diferencial con outras patoloxías como podería ser a polimialxia reumática ou a reacción por hipersensibilidade a medicamentos ou a outro tipo de alerxenos.

A curiosidade deste caso en concreto, radica en que o enfermo foi tratado con distintos fármacos para síntomas e signos diversos, sen boa resposta clínica, dado que todos os síntomas tiñan unha relación entre si.

O concepto de artrite reactiva engloba o grupo de espondiloartropatías inflamatorias que aparecen tras unha infección entérica ou xenitourinaria (senón houbera causa infecciosa estaríamos a falar de Espondiloartropatía indiferenciada).

Na actualidade, fábase indiferentemente de Artrite reactiva ou Sd. Reiter coa tríada xa remarcada de uretrite, conxuntivite, artrite (coma o noso paciente). Soe presentarse en varóns entre os 20-40 anos. En pacientes con SIDA, o curso clínico e a evolución é máis grave, sendo o HLA B27, presente nun 80%, un factor de mal pronóstico, pero nunca diagnóstico.

O mecanismo patoxénico é, na maioría dos casos, o xermen implicado nas afeccións entéricas (Shigella, Salmonella, Campylobacter, Yersinia, Brucella, Clostridium..) e nas infeccións postvenéreas Chlamidia, Ureaplasma Urealitycum, Streptococcus Pyogenes. Existe unha reactividade cruzada entre o antíxeno HLA B27 e o microorganismo que introduce un plásmido no material xenético do HLA B27. No medio galego o máis frecuente e a Yersinia, Mycolasma e Borrelia.

A clínica é moi variada :

- ARTRITE (presente nun 100%) dor na parte baixa da espalda sobre todo, e con síntomas de sacroileite.
- ENTESITE, en zonas de inserción de tendóns, con manifestacións clínicas de lumbalxia, tenosinovite, tendinite...
- LESIÓNS UROXENITAIS, uretrite, prostatite, salpinxite.
- LESIÓNS CUTÁNEAS, balanite, úlceras orais, queratodermia...

Na analítica atópase unha elevación de reactantes de fase aguda con leucocitose, sen embargo o líquido sinovial é inespecífico para o diagnóstico clínico. O ANA así coma o Factor Reumatoide son negativos (ocasionalmente compre subliñar que o Reiter sexual preséntao positivo nun 10% dos casos).

Existe un consumo intraarticular moi pequeno de complemento C polo que atóparemolo en maior cantidade no líquido sinovial que en soro. Este dato é o diagnóstico diferencial ca artrite gonocócica.

A enfermidade pode evolucionar cara a cronicidade ou recidivar, pero persistindo a dor en talóns e outras localizacións con secuelas no aparato motor moi frecuentemente.

Está indicado o tratamento con AINES (Indometacina) en asociación con corticoides. A administración precoz de antibióticos na uretrite pode impedir nalgúns casos a evolución cara a artrite reactiva.

BIBLIOGRAFÍA

- 16 th Edición Harrison Principios de Medicina Interna.
- Vitanem AM, Veale DR, Rhaman MU. Reumatología N°8. Buenos Aires: Editorial copyright, Americana de Publicación, 2001: Vol 2; 33.
- Ferreras Rozman. Medicina Interna. Madrid: Editorial Mosby/Doyma Libros Modernos, 2000: Vol 1; 1034-1035.
- Enf. Autoinmnes Sistémicas y Reumatológicas año 2005, Ed. Masson
- Guías Clínicas Fisterra 2004.
- Sd. Reiter. Guías Clínicas, Serrano Gram P., Ferrando J. Servicio de Dermatología H.Clinic. Barcelona, Med.Clinica 2007, Marzo 17, 128-400