

09

MANUAL
EDUCATIVO
PARA
PACIENTES

ARTRITIS REACTIVA



Asociación
Colombiana de
Reumatología.

ARTRITIS REACTIVA

David Alejandro Aguirre Valencia

Médico Internista,
Fellow Reumatología Universidad ICESI

Generalidades

La artritis reactiva es una artropatía inflamatoria, posterior a infecciones en sitios diferentes a las articulaciones. Está incluida dentro la categoría de las espondiloartropatías. Era previamente conocida como “Síndrome de Reiter”, nombre en desuso debido a que el doctor Hans Reiter hacía parte de los Nazis y tuvo implicaciones en experimentos y crímenes de guerra durante la Segunda Guerra Mundial.

Agentes infecciosos causales de artritis reactiva

COMUNES
<i>Chlamydia trachomatis</i>
<i>Salmonella</i>
<i>Shigella</i>
<i>Campylobacter jejuni</i>
<i>Yersinia enterocolitica</i> y <i>Yersinia pseudotuberculosis</i>
MENOS FRECUENTES
<i>Chlamidia Pneumoniae</i>
<i>Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)</i>
<i>Clostridium difficile</i>

Epidemiología

Es más común en mujeres con una relación de 1,5 mujeres por cada hombre; en la literatura reportan aproximadamente 9 a 12 casos por cada 1.000 infecciones intestinales por bacterias como *Campylobacter* o *Shigella*. La incidencia posterior a una infección genital por *Chlamydia* es aproximadamente de 4% a 8%. Esta infección es considerada una enfermedad de transmisión sexual (ETS). En la Tabla 1 podemos observar los principales microorganismos asociados. En 50% a 80% de los casos se encuentra un gen llamado HLA-B27 positivo, que aumenta el riesgo de padecer esta enfermedad (1, 2).

Síntomas y signos

Infección primaria

Infección genitourinaria por *Chlamidia trachomatis*: en mujeres se presenta como un flujo vaginal purulento con cervicitis, enfermedad pélvica inflamatoria. En hombres como uretritis.

Infección gastrointestinal: diarrea, fiebre, malestar general.

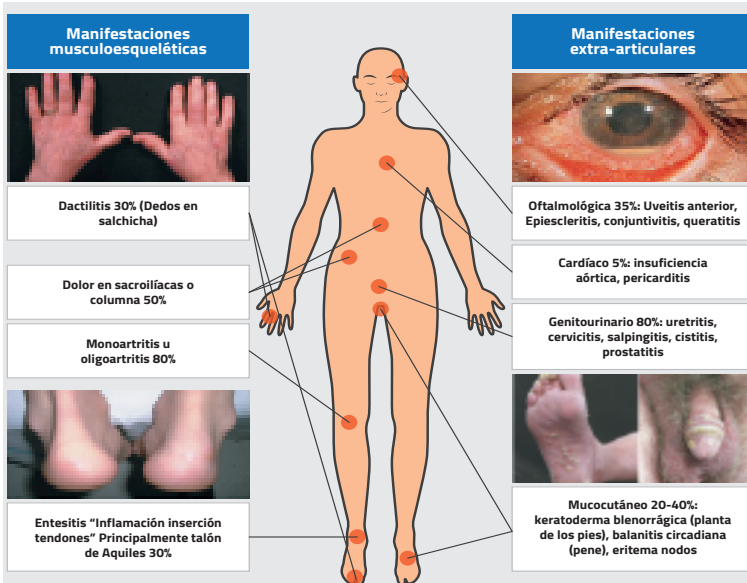
Manifestaciones musculoesqueléticas y extraarticulares



Se presentan días a semanas después de la infección primaria, con una duración usualmente de 3 a 5 meses, en algunos pacientes pueden ser crónicos > 6 meses.

En la Figura 1, se resumen las manifestaciones clínicas.

Diagnóstico



Siempre se deben realizar laboratorios para el estudio de una artritis, con hemograma, reactantes fase aguda como VSG y PCR los cuales usualmente se encuentran elevados, y además solicitar anticuerpos, estudios metabólicos y renales, ácido úrico, para descartar otras causas como artritis reumatoide, gota, etc. Cuando se encuentre una articulación muy inflamada, se requiere una artrocentesis (punción articular) para estudiar el líquido sinovial y descartar una artritis

séptica. En la mayoría de los casos, también se realiza la prueba del HLA-B27.

Adicionalmente, los estudios de imágenes para las estructuras comprometidas (radiografías, TAC o resonancia magnética), al igual que valoraciones por las especialidades necesarias en caso de manifestaciones extraarticulares: Oftalmología, Dermatología, Urología y en mujeres Ginecología.



Tratamiento

El tratamiento de la infección primaria dependerá del microorganismo implicado, siempre dirigido por su médico de atención primaria, o en casos más complejos por Medicina Interna e Infectología, Ginecología u Urología. Si se presenta la artritis reactiva siempre se debe consultar a un médico especialista en Reumatología. El tratamiento inicial es con antiinflamatorios no esteroideos (Naproxeno, Ibuprofeno, Diclofenaco, etc.) o inhibidores de Cox-2 (Meloxicam, Etoricoxib, etc.). En casos más severos se utiliza Sulfasalazina, Metotrexate e incluso terapia biológica con anti-TNF.

Recomendaciones

Llevar una sexualidad responsable para evitar artritis reactiva posterior a enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Siempre consultar oportunamente a su reumatólogo o solicitar la remisión a su médico de atención primaria.

Lecturas recomendadas

1. Schmitt S. K. Reactive Arthritis. Infect. Dis. Clin. North Am 2017; 31: 265-277.
2. T. Hannu. Reactive arthritis. Best Pract. Res. Clin. Rheumatol 2011; 25: 347-357.