

¿Se trata de un caso de artritis reactiva?

Sr. Director: La artritis reactiva (ARe) es una entidad, típica de varones jóvenes, en la que un microorganismo, sospechado o demostrado, produce una infección (gastrointestinal o urogenital) que, tras un corto período de latencia, se sigue de un proceso clínicamente heterogéneo, mediado inmunológicamente, que presenta como elemento identitario la inflamación articular (oligoartritis o poliartritis) asimétrica, aditiva, de comienzo súbito y predominio en articulaciones de carga¹.

Presentamos el caso de un varón de 42 años sin antecedentes de interés, que acude por presentar episodios recidivantes de oligoartritis migratoria asimétrica de las articulaciones de la rodilla y el tobillo, autolimitados, no acompañados de lesiones cutaneomucosas y sin secuelas, precedidos en los últimos meses por clínica miccional ocasional. Encontramos a la exploración signos flogósicos sin limitación funcional en las referidas articulaciones (no fue posible la realización de artrocentesis). Al análisis, elevación de los reactantes de fase aguda y a la radiología, entesopatía posterocalcánea. Cuatro meses después del inicio de estos síntomas, el paciente comienza con hematuria terminal con coágulos, neumatúria sin fecaluria y disuria sin fiebre ni dolor abdominal. Se realizan urocultivos y se aísla *Escherichia coli*. En las radiografías simples se evidencia una imagen gaseosa de contornos definidos en una localización compatible con vejiga. Mediante enema opaco se descubre una fistula colovesical en el seno de una diverticulosis (confirmada anatomopatológicamente) que originaba la imagen y, secundariamente, el resto de la clínica.

¿Hay alguna relación entre la artritis y los restantes síntomas presentados por el paciente? Probablemente sí.

¿Podríamos etiquetar el cuadro como de ARe? Probablemente, también. A favor de este diagnóstico tendríamos tanto el característico patrón artropático como la clínica que lo precedió. Sin embargo, no hay que menospreciar el hecho de que en nuestro medio la forma venérea del cuadro es mucho menos frecuente que la disintérica², y que la disuria es un síntoma muy inespecífico³, presente en múltiples procesos urológicos, al tiempo que *E. coli* no es uno de los gérmenes que tienen relación causal con esta entidad, aunque no es menos cierto que en un porcentaje no desdeñable de casos no llega a identificarse el microorganismo desencadenante. Por otro lado, la presencia de la fistula obliga a plantearnos el diagnóstico diferencial con una artritis asociada a una enfermedad inflamatoria intestinal⁴, pese a que no encontramos ninguno de los síntomas típicos de esta entidad. La solicitud de un antígeno HLA-B27 podría ser de gran ayuda para aumentar la fuerza de la relación, del mismo modo que el hallazgo de una radiografía de articulaciones sacroilíacas patológica, sin olvidar que ni el primero es un dato patognomónico ni el segundo es propio de procesos de corta evolución. De este modo, la respuesta queda abierta.

Delia González Tejedor^a, Jaqueline Usón Jaeger^b
y J.R. Miguelez Sánchez^b

^aMedicina Familiar y Comunitaria. Área VIII. Móstoles. Madrid. España.

^bServicio de Reumatología. Hospital de Móstoles. Madrid. España.

Bibliografía

1. Taurog JD, Lipsky PE. Espondilitis anquilosante, artritis reactiva y espondiloartropatía indiferenciada. En: Harrison. Principios de medicina interna. Vol. 2. 13.ª ed. Madrid: Interamericana-McGraw Hill; 1994. p. 1918-21.
2. De la Cruz Tapiador C, Herrero-Beaumont Cuenca G, Rebollo Blanco P. Artritis reactivas. Síndrome de Reiter. Reumatología en Atención Primaria. Libros Princeps. Madrid: Aula Médica; 2001. p. 221-8.
3. Cano Revilla F, Resel Estévez L. Urología ginecológica. En: Balibrea Cantero, editor. Tratado de cirugía. Vol. 2. 1.ª ed. Madrid: Marban; 1994. p. 1651-2.
4. Parrilla P, Aguayo JL. Enfermedad de Crohn. En: Balibrea Cantero, editor. Tratado de cirugía. Vol. 2. Madrid: Marban; 1994. p. 2238-54.