

## **Síndrome de Reiter Post disentérico. Consideraciones clínicas.**

### **Reiter´s Syndrome post-dysentery**

Julio Yasser Valdés Liste (1), Hirán Morales de Ávila (2), Pablo A. Martínez Silva (3)

#### **Resumen**

Se realizó un estudio observacional descriptivo de tipo retrospectivo, en 17 pacientes ingresados con el diagnóstico de Síndrome de Reiter post disentérico en el Hospital General Provincial Docente "Capitán Roberto Rodríguez" de Morón en el período comprendido entre el 1ro. de enero del 2003 y el 31 de diciembre del 2005. El 86.7% se encontraban en el rango de edad de 20 a 39 años, siendo el promedio de 27.5 años, con similar comportamiento en ambos sexos. El sexo masculino prevaleció considerablemente; las manifestaciones clínicas más frecuentemente encontradas fueron: la oligoartritis asimétrica, la fiebre y las manifestaciones oculares. Las articulaciones de la rodilla, tobillo y metatarsofalángicas fueron las afectadas con mayor frecuencia.

**Palabras clave:** ESPONDILOARTROPATIAS, SINDROME DE REITER, ARTRITIS REACTIVA, MANIFESTACIONES OCULARES.

1. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor.
2. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente.
3. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor.

#### **Introducción**

La asociación de artritis aguda con episodios de diarrea ha sido reconocida por los médicos desde hace muchos siglos. Es posible que la descripción de la Gota de Hipócrates, haya sido en realidad una artritis.

Cristóbal Colón, a juzgar por su enfermedad, caracterizada por fiebre, inflamación ocular recurrente y artritis post disentérica, la padeció. Así como Tomas de Sydenham describió la gota, Colón en forma magistral describió el síndrome de Reiter(SR) o una forma de artritis reactiva; causa está por la que muere incapacitado en 1506 (1).

Cuatrocientos diez años más tarde, durante la I guerra mundial, el Dr. Hans Conrad Julius Reiter en el lado alemán y los doctores Fiessinger y Leroy en el lado francés, publicaron en sus respectivos países, un síndrome conjuntivo-uretral-sinovial post disentérico. Esta tríada sintomática se conoce como SR, excepto en Francia donde se llama enfermedad de Fiessinger-Leroy (1). Recientemente han surgido reparos a esta denominación, por aparecer el Dr. Reiter ligado a crímenes de guerra durante la II guerra mundial (1,2).

La asociación diagnóstica americana de reumatismo y el comité de criterios terapéuticos, propusieron en 1981 definir el SR, como un episodio de artritis periférica de más de un mes de duración, ocurriendo en asociación con uretritis o cervicitis, pero el comité no definió la forma entérica de este síndrome (3,4).

Esta definición puede ser válida en los Estados Unidos, donde la mayoría de los casos son post-venéreos, pero no es aplicable a otras regiones donde predominan los casos post-disentéricos, por ello es preferible aplicar los criterios de Calin, que definen al SR como una artropatía asimétrica seronegativa predominantemente de miembros inferiores asociadas con uretritis y/o cervicitis, diarrea, enfermedad ocular inflamatoria, enfermedad mucocutánea tales como balanitis, aftas orales o queratodermia con la exclusión de espondilitis, artropatía psoriásica u otras enfermedades reumáticas (3-5).

En la actualidad se considera el SR como una manifestación clínica de la artritis reactiva, es decir un cuadro que forma parte del grupo de las espondilo- artropatías, caracterizada por artritis periférica,

entesopatía, sacroileítis, frecuentemente asociada al antígeno de histocompatibilidad B27 que habitualmente aparece tras una disentería epidémica o una uretritis y/o cervicitis no gonocócica (4). La prevalencia y la incidencia total del SR es difícil de calcular, debido a la variabilidad etiológica que lo desencadena y los factores de predisposición genética que poseen las distintas poblaciones. En nuestro país existen escasos estudios publicados sobre este tema, lo que ha motivado a realizar esta investigación con el objetivo de identificar los rangos de edades más frecuentes, principales manifestaciones clínicas y articulaciones más afectadas de la variante post disintérica, con el fin de contribuir al tratamiento preventivo y evitar las recidivas, tan habituales en esta enfermedad.

### **Materiales y Método**

Se realizó un estudio observacional descriptivo de tipo retrospectivo, para conocer el comportamiento clínico de pacientes ingresados con el diagnóstico de SR post disintérico en el Hospital General Provincial Docente "Capitán Roberto Rodríguez" de Morón en el período comprendido entre el 1ro. de enero del 2003 y el 31 de diciembre del 2005.

El universo de trabajo estuvo constituido por 17 pacientes de 15 años o más, que cumplieran con los criterios de Calin de SR, en su variante post disintérica (3-6).

Los datos primarios fueron tomados de las historias clínicas. Se aplicó un modelo de encuesta con las siguientes variables: nombre, historia clínica, edad, sexo, raza, antecedente de enfermedad diarreica, manifestaciones clínicas más frecuentes y principales articulaciones afectadas.

La técnica de procesamiento de la información usada fue la computacional. Los resultados se exponen en tablas de distribución de frecuencias. Como medida de resumen de la información se utilizó los porcentajes (%)

### **Análisis y Discusión de los Resultados**

En nuestra muestra (tabla #1) el grupo de edad que predominó fue el de 20-29 años con un 60%, seguido del de 30-39 con un 26.7%. El 86.7% se encontraban en el rango de edad de 20 a 39 años, siendo el promedio de edad de 27.5 años, con similar comportamiento en ambos sexos. El sexo masculino prevaleció considerablemente, pues el 70% de los enfermos pertenecían al mismo.

En concordancia con lo planteado por otros autores (3-9), nuestro estudio demuestra que se trata de una enfermedad de personas jóvenes, en la que la mayoría de estos enfermos tiene entre 20 y 40 años, si bien algunos estudios internacionales reportan un promedio de edad superior, el nuestro es similar a estudios realizados en nuestro país (4,7,8,10).

Esta mayor prevalencia en etapas jóvenes y productivas de la vida, está estrechamente relacionada a la teoría infecciosa que se le confiere a este padecimiento, como resultado de la mayor participación de estos grupos de edad en movilizaciones y agrupaciones masivas donde con frecuencia se presentan brotes diarreicos epidémicos, lo cual facilita la infección por algunos de los gérmenes responsables (*Shigella flexneri*, algunas especies de *Salmonellas* (*S. typhimurium*, *S. Enteritidis*, *S. Paratyphi B*, *S. Paratyphi C*), *Campilobacter jejuni*, *Yersinia enterocolítica* y *Yersinia pseudotuberculosis* (10).

Esta infección bacteriana (digestiva) produce un péptido bacteriano que se presenta en el contexto del HLA B 27 u otro alelo similar, a los linfocitos T citotóxicos, lo cual provoca una respuesta primaria de éstos, que reaccionan de forma cruzada con un péptido estructuralmente similar derivado del tejido articular normal, desencadenando el proceso inflamatorio (4,10).

La mayoría de los reportes tanto nacionales como internacionales establecen una relación hombre/mujer de 5-10:1 para la variante post venérea, sin embargo, cuando se habla de la post disintérica esta relación se equilibra a razón de 1:1(3-12).

Borbón Rosas plantea en la artritis reactiva genitourinaria una relación hombre-mujer de 10:1, Cush y Lipsky señalaron que el Síndrome de Reiter post-venéreo es más común en varones, mientras que el post-disintérico afecta con igual frecuencia a individuos de uno y otro sexo (4).

En nuestro estudio la relación fue de 2.4:1, datos que no concuerdan con la bibliografía consultada con la excepción del trabajo realizado por Gil Armenteros en el Servicio Nacional de Reumatología, revelando el mismo una proporción de 3:1(4).

Las manifestaciones clínicas cubren un amplio espectro, desde una monoartritis aguda y transitoria que no deja secuelas a una enfermedad multisistémica grave y febril.

Un grupo importante de pacientes debuta con una mezcla de síntomas osteomusculoarticulares y compromiso sistémico dado por síntomas constitucionales asociados como fiebre, pérdida de peso, astenia y adinamia entre otros.

El 100% de nuestros pacientes presentó la combinación de oligoartritis asimétrica y fiebre, incluyendo 3 pacientes en los que la forma de presentación inicial fue una fiebre de origen desconocido, en el resto nunca sobrepasó los 7 días (tabla # 2).

Otros síntomas constitucionales como astenia, anorexia y pérdida de peso se encontraron en 12 pacientes (70.6%), estos descritos más frecuentemente en la espondilitis anquilopoyética se reportan cada vez con mayor frecuencia en enfermos con SR (3, 4,7-10), lo que en ocasiones nos puede llevar a sospechar erróneamente de enfermedades infecciosas, neoplásicas o del tejido conectivo.

Las manifestaciones oftalmológicas estuvieron presentes en el 76.4% de los casos recogidos en nuestra muestra, precediendo en su mayoría a los síntomas articulares. La conjuntivitis unilateral o bilateral de evolución banal fue la lesión más frecuentemente observada, esta es la lesión ocular más frecuente y no se diferencia de otros tipos de conjuntivitis aguda, con un cortejo sintomático de enrojecimiento, sensación de cuerpo extraño y secreción serosa (a veces purulenta) que tiene una duración corta y limitada, acompañada de lagrimeo, más o menos importante (4, 10,13-5).

Solamente apareció uveítis anterior en un paciente, lo que contrasta con los estudios revisados, donde se plantea que la uveítis es la forma clínica más característica que identifica la afectación ocular en las espondiloartropatías, observándose en un 12-30% de los pacientes con SR (10,13-15). Se desconoce la etiopatogenia de esta uveítis, aunque se sabe de su estrecha relación con el HLA-B27. Así, el 95% de los individuos con SR y uveítis son HLA-B27 positivos, y aproximadamente el 50% de los casos de uveítis anterior aguda (UAA) aislada (presente en individuos sin SR) son también HLA-B27 positivos (13-16).

En ocasiones, los síntomas oculares son muy discretos y sólo el examen con aditamentos auxiliares pone de manifiesto la afectación del ojo, por tanto, todo enfermo con artritis reactiva y ojo rojo debe ser examinado por un oftalmólogo con lámpara de hendidura.

Las lesiones mucocutáneas son muy características en el SR y de inestimable valor pues en ocasiones su aparición nos confirma un diagnóstico hasta ese momento dudoso, en nuestro reporte se constataron en el 52.9% de los pacientes. La lesión mucocutánea más habitual (23-50%) es la balanitis circinada caracterizada por vesículas que evolucionan a lesiones superficiales perimeatales en pene y escroto a veces con patrón circinado que tiende a ser recurrente; en la mucosa oral hay erosiones que son transitorias e indoloras (17).

La balanitis circinada en 5 pacientes y las úlceras orales en 4 fueron las encontradas en nuestra casuística, lo que no difiere de estos reportes (4, 7,9, 10,17), salvo en que estas últimas fueron dolorosas en un paciente.

La queratoderma blenorragica, frecuente en el SR (10-30%) y caracterizada por máculas eritematosas palmoplantares que evolucionan a pápulas con un centro vesicular o pustuloso (17), no fue hallada en ningún caso, lo que pudiera estar en relación con el tamaño de la muestra y el tiempo de evolución de la enfermedad.

Otras manifestaciones clínicas encontradas, pero con menor frecuencia fueron la dactilitis, que apareció solo en miembros inferiores y la talalgia, provocada por tendinitis aquileana y fascitis plantar. La uretritis sintomática, puede aparecer concomitando con la variante post disentérica; se plantea que puede ser el gatillo de la enfermedad o presentarse como un componente de la fase reactiva (11,12).

En la tabla#3 observamos la distribución de los pacientes según las articulaciones más afectadas, en 14 pacientes se presentó con un patrón oligoarticular y asimétrico, las articulaciones más afectadas fueron, por orden de frecuencia, rodillas (94,1%), tobillos (76,4%), metatarsofalángicas (70,6%) y hombros (47,0%), la toma de la articulación sacroilíaca solo apareció en el 41,1% de los casos.

Estos resultados están acordes a lo señalado por otros autores (3,4,6-8,10,11 ), donde se describe que la toma articular en el SR es a predominio de articulaciones periféricas sobre todo de miembros inferiores, apareciendo la sacroileítis en menos del 50% de los pacientes y siendo las articulaciones más frecuentemente dañadas la de los miembros inferiores en especial rodillas, tobillos y metatarsofalángicas, este estudio difiere de lo encontrado por González Cortiñas (7), en el que la afección de la articulación del hombro fue más frecuente que la metatarsofalángica.

## Abstract

We performed a descriptive observational retrospective study of 17 pts admitted to the "Capitán Roberto Rodríguez" General provincial Teaching Hospital, diagnosed Reiter's Syndrome post-dysentery in the time period from January 1st to December 2005. As high as (86,7%) were ranging between 20-39 years of age, averaging 27,5 years; both sexes behaved similarly, although males' prevalence was considerably higher. The most frequent clinical manifestations were asymmetric oligo-arthritis, fever, and ocular manifestations. Joints of the knee, ankle and the metatarsophalangeal were the most frequently affected.

## Referencias Bibliográficas

1. Iglesias Gamarra A, Restrepo JF, Valle R. Historia del Síndrome de Stoll-K Brodie-Fiessinger-Leroy (Síndrome de Reiter) y Artritis Reactiva. *Rev Colombiana Reumatol.* 2004; 11(1): 62-74.
2. Wallace DJ, Weiman MH. Should a war criminal be awarded with eponymous? The double life of Hans Reiter (1881-1969). *J Clin Rheumatol.* 2000; 6:49-54.
3. Ford DK. Reiter's Syndrome. En: McCarthy DJ. *Arthritis and Allied Conditions.* 11 ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1989. p. 944 - 53.
4. Gil Armenteros RG, Hernández Cuellar IM, Hernández Rodríguez. Artritis reactiva en pacientes ingresados al servicio nacional de reumatología. *Rev Cubana Reumatol.* 2004; VI (5):29-35.
5. Inman Robert. Spondyloarthropathies. En: Stein Jay H. *Internal Medicine.* 15 ed. St Louis: Mosby; 1998. p.1237-42.
6. Taurag JD, Lipsky PE. Espondilitis anquilosante, artritis reactiva y espondiloartropatías indiferenciadas. En: Harrison. *Principios de Medicina Interna.* 5 ed. México DF: Mc Graw Hill Interamericana; 2002. p.2280-86.
7. González Cortiñas M. Artritis Reactiva. Estudio clínico de 27 pacientes. *Rev Cubana Med [serie en Internet]* 1999Abr-Jun [citado 10 Marzo 2006]; 38(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol38\\_2\\_99/medsu299.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol38_2_99/medsu299.htm)
8. Rodríguez Hernández JF, Basabes Márquez MI, Márquez Ferrer A, Rodríguez Hernández OR. Comportamiento del síndrome de Reiter en niños y adultos en la provincia Pinar del Río. *Rev Cienc Méd Pinar del Río [en línea]* 2000 [fecha de acceso 5 de Marzo de 2006] 4 (2) URL disponible en: <http://www.pri.sld.cu/facultad/revistas/revista2-2000.html#art9>.
9. Darío Londoño J, Alonso González L, Alberto Ramírez L, Santos P, Ávila M, Santos AM et al. Caracterización de las espondiloartropatías y determinación de factores de mal pronóstico en una población de pacientes colombianos. *Rev Colombiana Reumatol.* 2005; 12(3):195-207.
10. Martínez Larrarte JP, Expósito Martínez E, Cepero Morales R, Molinero Rodríguez C, Sosa Almeida M. Estudio clínico humoral del síndrome de Reiter. *Rev Cubana Med.* 2000; 39(1):35-41.
11. Espinoza LR. Artritis Reactiva: Puesta al día. *Reumatología.* 2004; 20(4):172-4.
12. Colmegna I, Cuchacovich R, Espinoza LR. HLA-B27-Associated reactive arthritis: pathogenetic and clinical considerations. *Clin Microbiol Rev.* 2004; 17:348-69.
13. Muñoz Fernández D, Martín Mola E. Cómo, cuándo y que del tratamiento de las uveítis. *Semin Fund Esp Reumatol.* 2004; 5:169-79.
14. Banares A, Hernández-García C, Fernández-Gutiérrez B, Jover JA. Eye involvement in the spondyloarthropathies. *Rheum Dis Clin North Am.* 1998; 24:771-84.
15. Van der Linden SM, Rentsch HU, Gerber N, Cats A, Valkenburg HA. The association between ankylosing spondylitis, acute anterior uveitis and HLA-B27: the results of a Swiss family study. *Br J Rheumatol.* 1988; 27 Suppl 2:39-41.
16. González M, Faures L, Rodríguez R, Gómez J. HLA-B27 y las espondiloartropatías seronegativas. *Rev Cubana Med.* 1997; 36(1):24-8.
17. González-Beato Merino MJ, Lecona Echevarría M, Monteagudo Sáez I, Ochaita PL. Síndrome de Reiter. *Actas Dermosifilogr.* 1999; 90:479-86. González-Beato Merino MJ, Lecona Echevarría M, Monteagudo Sáez I, Ochaita PL. Síndrome de Reiter. *Actas Dermosifilogr.* 1999; 90:479-86.

## Anexos

Tabla #1. Distribución de los pacientes con Síndrome de Reiter Post disintérico según grupos de edad y sexo. Hospital General Provincial Docente de Morón "Capitán Roberto Rodríguez Fernández". 2003-2005.

Grupos de edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%	No	%
15-19	1	20.0	1	8.3	2	13.3
20-29	2	40.0	7	58.4	9	60.0
30-39	1	20.0	3	25.0	4	26.7
40-50	1	20.0	1	8.3	2	13.3
Total	5	29.4	12	70.6	17	100.0

Tabla #2. Distribución de los pacientes con Síndrome de Reiter Post disintérico según manifestaciones clínicas más frecuentes.

Manifestaciones Clínicas	No	%
Artritis	17	100.0
Fiebre	17	100.0
Manifestaciones oftalmológicas	13	76.4
Síntomas constitucionales	12	70.6
Manifestaciones cutáneo-mucosas	9	52.9
Dactilitis	5	29.4
Talalgia	4	23.5
Uretritis	3	17.6
Carditis	2	11.7

Tabla # 3. Distribución de los pacientes con Síndrome de Reiter Post disintérico según las articulaciones más afectadas.

Articulación	No	%
Rodillas	16	94.1
Tobillos	13	76.4
Metatarso Falangicas	12	70.6
Hombros	8	47.0
Muñecas	7	41.1
Sacroilíacas	7	41.1
Metacarpo Falangicas	4	23.5
Codos	3	17.6
Condrocostal	2	11.7
Temporomandibulares	2	11.7
Coxofemoral	1	5.8