



Artritis reactiva

C. Bohórquez Heras^{a,*}, A. Movasat Hadjkan^a, A. Turrión Nieves^b y A. Pérez^a

^aServicio de Enfermedades del Sistema Inmune-Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.

^bServicio de Enfermedades Autoinmunes-Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Palabras Clave:

- Artritis reactiva
- *Chlamydia trachomatis*
- Infección entérica

Keywords:

- Reactive arthritis
- *Chlamydia trachomatis*
- Gastrointestinal infections

Resumen

Introducción. La artritis reactiva es una inflamación sinovial que se produce unos días o semanas después de una infección gastrointestinal o genitourinaria por unos gérmenes determinados, presentando una fuerte asociación con el HLA-B27. Se trata de una enfermedad poco frecuente, englobada actualmente dentro de las espondiloartropatías, aunque no se dispone de unos criterios diagnósticos aceptados de forma universal.

Patogenia. Su patogenia todavía no se conoce del todo, aunque diversos trabajos han mostrado recientemente la implicación de las células T, con la activación del eje IL-17/IL-23 y diversas citoquinas como el TNF-alfa y la IL-1.

Manifestaciones clínicas. La clínica articular debe manifestarse entre 7 días y varias semanas tras la infección, y suele presentarse como una oligoartritis en los miembros inferiores. Además, son características ciertas manifestaciones extraarticulares como la balanitis circinada y el queratoderma blenorragico.

Diagnóstico. El diagnóstico debe hacerse intentando identificar el germen causal mediante cultivos cuando sea posible, serología o pruebas moleculares como la PCR.

Tratamiento. Se debe instaurar antibiótico en caso de infección activa. Para la clínica articular, se deben emplear los AINE como primera línea, seguidos de corticoides intraarticulares/orales. Si la artritis persiste más de seis meses, se considera crónica y, en este caso, estarían indicados según su severidad fármacos modificadores de la enfermedad y/o anti-TNF-alfa. En caso de artritis por *C. trachomatis* se ha demostrado la eficacia del tratamiento combinado con antibióticos.

Abstract

Reactive arthritis

Introduction. Reactive arthritis is a synovial inflammation that occur days or weeks after a gastrointestinal or genitourinary infection by specific germs. It has a strong association with the HLAB27. It is a rare disease, included within the Spondyloarthropathies, although some universally accepted criteria is not available.

Pathogenesis. Its pathogenesis is not yet known, although several studies have shown the involvement of T-cells, with activation of IL-17/IL-23 axis and various cytokines such as IL-1 and TNF-alpha.

Clinical manifestations. Clinical manifestations must occur within seven days and several weeks after infection, and usually occurs as a oligoarthritis in the lower limbs. Extraarticular involvement as circinate balanitis and the keratoderma blennorrhagicum may be present during the acute or chronic phase of illness.

Diagnosis. The diagnosis of reactive arthritis should be trying to identify the causative germ by crops wherever possible, serology or PCR molecular test.

Treatment. The antibiotic in case of active infection should be set up. For the clinical joint, use NSAIDS as first line, followed by corticosteroids intraarticular/oral. If the arthritis persists more than six months, it is considered chronic. Anti-TNF-alpha and/or disease-modifying drugs may be used according to their severity. In case of arthritis by *C. trachomatis* has demonstrated the efficacy of combined treatment with antibiotics.

*Correspondencia

Correo electrónico: cristina.bohorquez@salud.madrid.org

Introducción

El término artritis reactiva (ARE) se introdujo en 1969. Se definió como una artritis que se desarrolla de forma precoz después o durante una infección en cualquier lugar de la anatomía, pero en la que no se es capaz de identificar el patógeno causante en las articulaciones¹. En 1999 un panel de expertos² determinó los principales microorganismos que podrían causar esta enfermedad: *Chlamydia trachomatis*, *Yersinia*, *Salmonella*, *Shigella* y *Campylobacter*. Posteriormente se añadieron a esta lista *Escherichia coli*, *Clostridium difficile* y *Chlamydia pneumoniae*.

Es importante distinguir entre las ARE y la artritis asociada a infección. En el primer caso, debe existir un cuadro clínico compatible, ya sea de carácter genitourinario o gastrointestinal, donde los gérmenes implicados sean los anteriormente descritos y donde exista una asociación con el HLA-B27. Por el contrario, la artritis asociada a infección es toda aquella que aparece después de cualquier proceso infeccioso, excluyendo las artritis sépticas.

Existe un pequeño subgrupo de pacientes en el que se asocia la tríada clásica: artritis posinfecciosa, uretritis y conjuntivitis y se conoce como síndrome de Reiter. Este médico alemán fue el que describió esta asociación en 1916, aunque algunos autores ya habían establecido esta relación previamente. Sin embargo, este término ha quedado en desuso, ya que en el año 2007 se propuso que, debido a que Reiter fue un criminal de guerra, lo correcto era catalogar a estos pacientes dentro del grupo de ARE y eliminar este epónimo³. Por tanto, a partir de esta fecha, el síndrome de Reiter quedó englobado dentro de las ARE con el consenso de la comunidad internacional. Dentro de los nuevos criterios desarrollados por el grupo de trabajo ASAS (*Assessment of SpondyloArthritis International Society*) descritos en otra actualización, la ARE se considera una forma de espondiloartropatía periférica.

En definitiva, la ARE es una sinovitis inmunomediada que aparece como resultado de una infección bacteriana previa, en la que persisten bacterias no cultivables de forma intraarticular y/o antígenos bacterianos sintetizados por bacterias metabólicamente activas que pueden residir en la articulación o en cualquier lugar del organismo. En ella puede existir además afectación extraarticular.

Epidemiología

Suele aparecer en adultos jóvenes. Mientras que la forma posentérica aparece de igual manera en hombres y en mujeres, la forma genitourinaria presenta una relación hombre-mujer de 9:1.

Su incidencia y prevalencia varían mucho de unos trabajos a otros, ya que tanto los criterios de inclusión de los pacientes, el tamaño muestral y la identificación de los patógenos son muy heterogéneos. Además, la variabilidad en la presencia del HLA-B27 y los factores locales de cada población influyen también en estos aspectos.

Globalmente, su incidencia anual parece encontrarse entre el 0,6 y el 27 por 100.000, y su prevalencia se estima entre

un 30-40 por 100.000 adultos⁴. En España se han publicado dos estudios basados en registros nacionales, en los que del 1,2 al 1,4% de los pacientes diagnosticados de espondiloartritis fueron catalogados de ARE^{5,6}. Aunque la ARE suele ser una entidad autolimitada que en la mayoría de los casos se resuelve en los primeros seis meses, se ha estimado que alrededor del 63% de los pacientes afectados puede desarrollar una forma crónica.

Entre los gérmenes implicados, *C. trachomatis* es la causa más frecuente de ARE en Estados Unidos. Algunos estudios estiman que tras una infección genital por *Chlamydia*, entre el 4,1 y el 8,1% de los pacientes desarrollarán una ARE. Debido a que la infección suele ser asintomática, estos pacientes son diagnosticados con frecuencia de espondiloartritis indiferenciada u oligoartritis seronegativas. En algunos trabajos se encuentra que hasta en el 20% de los pacientes clasificados como artritis indiferenciada se identificaba *C. trachomatis*⁷ como germen causal.

Chlamydia pneumoniae produce manifestaciones respiratorias, fundamentalmente neumonía atípica, aunque la mayor parte de los pacientes permanecen asintomáticos o presentan síntomas leves. Tiene una alta prevalencia en la población general, que llega hasta un 80% en personas de 60-70 años. La ARE causada por ella es mucho menos frecuente que la producida por *C. trachomatis*.

En los últimos años se ha observado una disminución de los casos debidos a infección por *Chlamydia* y un aumento de los debidos a infecciones entéricas⁸.

En 2013 se publicó una revisión de los principales trabajos sobre ARE asociada a infección entérica⁹. En él se concluyó que la incidencia de ARE era de 9, 12 y 12 casos por 1.000 casos de *Campylobacter*, *Salmonella enteritidis* y *Shigella* respectivamente. Además, parece que los adultos son más susceptibles que los niños a desarrollar una ARE tras una infección entérica.

Por tanto, en resumen, la ARE es una enfermedad poco frecuente, aunque hay que tener presente que la mayor parte de las infecciones que preceden a las manifestaciones articulares son asintomáticas o paucisintomáticas, por lo que probablemente esta entidad esté infradiagnosticada. Las infecciones entéricas suelen presentar síntomas de forma más evidente que las genitourinarias.

Por otra parte, la susceptibilidad genética también influye a la hora de desarrollar una ARE. En algunos trabajos se ha descrito que hasta el 20% de los pacientes HLA-B27 positivos desarrollarán una ARE tras una infección, por lo que el papel de este gen parece ser importante en la aparición de la enfermedad. Entre los pacientes con ARE, la presencia de HLA-B27 llega hasta el 30-50%⁸. Sin embargo, en otros estudios no encuentran esta asociación. Por este motivo, el HLA-B27 no debe emplearse para el diagnóstico de esta entidad, sino únicamente considerarse un factor a tener en cuenta.

Etiopatogenia

La relación entre los microbios y la artritis es conocida desde hace mucho tiempo. En los seres humanos, pequeños cam-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5681513>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5681513>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)