

Medicentro 1998, 2(n. esp.)

**HOSPITAL CLINICOQUIRÚRGICO DOCENTE INTERMUNICIPAL
"MÁRTIRES DEL 9 DE ABRIL"
SAGUA LA GRANDE, VILLA CLARA**

SÍNDROME DE REITER. ESTUDIO CLÍNICO Y ANALÍTICO DE 14 PACIENTES

Por:

Dr. Modesto González Cortiñas¹, Dra. Lourdes Faurés Vergara², Dr. Ricardo Rodríguez Viera³ y Alum. Isidro Machado Puerto⁴.

1. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Clínicoquirúrgico Docente Intermunicipal "Mártires del 9 de Abril". Sagua La Grande. Villa Clara. Instructor. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Hospital Clínicoquirúrgico Docente Intermunicipal "Mártires del 9 de Abril". Sagua La Grande. Villa Clara. Instructor. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Laboratorio Clínico. Hospital Clínicoquirúrgico Docente Intermunicipal. "Mártires del 9 de Abril". Sagua La Grande. Villa Clara. Instructor. ISCM-VC.
4. Alumno de Medicina de 5^{to}Año. Filial de Ciencias Médicas. Sagua La Grande. Villa Clara.

RESUMEN

Se estudiaron 14 pacientes con síndrome de Reiter para determinar su comportamiento clínico. De ellos, 12 pertenecían al sexo masculino (85,71 %). La edad promedio del comienzo de la enfermedad fue 27,2 años. En los pacientes se encontraron las manifestaciones clásicas de esta enfermedad: artritis periférica, conjuntivitis, uretritis, balanitis circinata, queratodermia blenorragica, dactilitis, talalgia y sacroilitis. El 50 % de los pacientes presentaba anemia y leucocitosis; todos tenían eritrosedimentación acelerada y ninguno estaba afectado por el SIDA. En nuestra población el síndrome de Reiter presenta características similares a las de otros enfermos en distintos lugares del mundo, excepto la fiebre, que se encontró en todos los pacientes. Esta es la primera descripción de síndrome febril prolongado asociado al síndrome de Reiter.

Descriptores DeCS: ENFERMEDAD DE REITER

SUMMARY

Fourteen patients with Reiter's syndrome were studied to establish their clinical behaviour. 12 (85,71%) were male. Then mean age at the beginning of the disease was 27,2 years. The classic features of this disease were found in every patient: peripheral arthritis, conjunctivitis, urethritis, balanitis circinata, keratoderma blennorrhagica, dactylitis, talalgia, and sacroillitis. 50 % of the patients had anemia and leukocytosis. There was accelerated erithrosedimentation in all patients and none of them suffered from AIDS. In our population, Reiter's Syndrome has features similar to those of patients with this disease living in other parts of the world, with the exception of fever, which was found in all patients. This is the first report of prolonged febrile syndrome associated to that of Reiter's.

Subject headings: REITER'S DISEASE

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Reiter fue descrito en 1916 por Fiessinger, Leroy, y más tarde por Hans Reiter^{1,2} quienes establecieron una descripción cuidadosa del mismo. Está constituido, con más frecuencia, por: artritis, uretritis, cervicitis no gonocócica o posgonocócica, y conjuntivitis; muchos pacientes también presentan manifestaciones mucocutáneas. Al igual que en la espondilitis anquilosante, los pacientes con HLA-B27 presentan un riesgo mucho mayor de desarrollar este trastorno, tras la exposición a un agente infeccioso precipitante. La forma posdisentérica de la enfermedad está producida por *Dersinias*, salmonellas, shigellas o *Campylobacter*, mientras que la forma posvenérea se asocia más típicamente a uretritis inespecífica producida por *Chlamydia trachomatis*, aunque también se han implicado al *Mycoplasma* y *Ureaplasma*^{3,4}. Los informes en la literatura no recogen hasta ahora ningún estudio en la población cubana que permita definir si sus características son similares o no a otras regiones, todo lo cual motivó el presente trabajo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se seleccionaron a todos los pacientes con diagnóstico de síndrome de Reiter, ingresados entre el 1^{er}o de julio de 1991 y el 31 de julio de 1995 en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Mártires del 9 de Abril" de Sagua La Grande, Villa Clara. Los datos clínicos y los resultados de los análisis complementarios fueron recogidos en microhistorias. A todos los pacientes se les realizó: factor reumatoideo por la prueba del Látex, y anticuerpos antinucleares (ANA) durante el período de actividad de la enfermedad, así como ácido úrico, título de antiestreptolisina O (TASO) e intubación duodenal. Se tomaron muestras para hemocultivos, coprocultivos, urocultivos y cultivos de secreciones uretrales o vaginales a los pacientes que las presentaban. Desde el punto de vista hematológico se les hizo hemograma completo y velocidad de sedimentación globular. Asimismo, se les realizó prueba de ELISA para la detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y estudio radiográfico de pelvis ósea.

Se consideró que existía oligoartritis cuando se observó más de una articulación afectada (hasta cuatro inclusive), y poliartritis si habían sido afectadas más de cuatro articulaciones. Igualmente, la hemoglobina normal en el hombre es de 120-150 g/l, y en la mujer de 115-145 g/l.

Se diagnosticaron con síndrome de Reiter los pacientes que presentaban los criterios propuestos por Calin en 1985⁵:

1. Artropatía seronegativa asimétrica, y una de las siguientes manifestaciones: uretritis, cervicitis o ambas, enfermedad inflamatoria de los ojos y enfermedades mucocutáneas, que incluyen balanitis y ulceraciones bucales o queratodermia.
2. Otras espondilartropatías y enfermedades reumáticas que hayan sido excluidas.

La clasificación de los grados de sacroilitis radiológica se efectuó según los criterios de New York⁶:

Grado 0: (articulación sacroilíaca normal); Grado I: (alteraciones sospechosas, pero no específicas de anormalidad); Grado II: (sacroilitis mínima, en la cual pueden existir leve esclerosis y mínimas erosiones); Grado III: (sacroilitis moderada, definida por esclerosis en ambas márgenes articulares, borrosidad en sus contornos, erosiones y estrechamiento del espacio articular); Grado IV: (sacroilitis en fase de anquilosis o sinostosis de la articulación, con esclerosis residual o sin ella).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En nuestro trabajo 14 pacientes satisficieron los criterios diagnósticos del síndrome de Reiter, y 12 de ellos (85,71 %) fueron del sexo masculino. El promedio de edad fue de 27,2, con un rango entre 13 y 42 años, y sus resultados son similares a la mayor serie revisada en cuanto al sexo⁷, no así el promedio de edad, que fue inferior en nuestro grupo. Otros informes

internacionales señalan un promedio de edad algo superior^{8,9}. La posibilidad de que la enfermedad no se identifique adecuadamente –y con mayor dificultad en mujeres- puede justificarse por varias razones: entre ellas, el desconocimiento del médico, lo cual ocurrió con varios de nuestros pacientes, ya fuese por las leves manifestaciones extraarticulares (principalmente la conjuntivitis, las úlceras bucales o genitales, la disuria y, sobre todo, la cervicitis en las mujeres), o por su presentación atípica y distante de la artritis. Desde el punto de vista epidemiológico, existen dos formas de presentación del síndrome: la disentérica y la venérea. En 9 de nuestros pacientes (64,28 %) un cuadro diarreico precedió a la aparición del síndrome; en 3 (21,42 %) fue la uretritis, y en 2 (14,28 %) no se encontró antecedente infeccioso sospechoso. Por otra parte, tanto las formas adquiridas venéreamente como las disentéricas producen indistintamente uretritis y diarrea. En 7 de nuestros pacientes existía el antecedente de disentería; sin embargo, la uretritis apareció evolutivamente, lo cual se explica posiblemente por mecanismos inmunológicos^{3,10}.

El cuadro clínico clásico de este síndrome lo constituye la aparición simultánea o secuencial de uretritis, y cervicitis o ambas, artritis y conjuntivitis; no obstante, en los últimos años se está comenzando a reconocer la frecuente presentación de formas oligosintomáticas y atípicas, así como el valor que tienen otros síntomas, como los mucocutáneos y sistémicos (fiebre y pérdida de peso)¹⁰.

De los 14 pacientes que constituyen nuestro estudio, 12 presentaron un síndrome de Reiter completo y sólo dos mostraron la forma incompleta del mismo.

La artritis periférica en esta enfermedad afecta predominantemente las extremidades inferiores (rodillas, tobillos y articulaciones metatarsofalángeas), en forma monoarticular u oligoarticular, frecuentemente asimétrica, que en algunos casos se transforma en poliartritis simétrica, en las etapas tardías de la enfermedad^{1,8}; nuestros resultados se aproximan a lo antes descrito, como se observa en la tabla 1.

Tabla 1: Articulaciones periféricas afectadas en el síndrome de Reiter.

Articulaciones	Número	%
Rodillas	12	85,71
Tobillos	11	78,57
Articulación metatarsofalángica primera	2	14,28
Hombros	5	35,71
Articulación metacarpofalángica primera	2	14,28
Interfalángica proximal del tercer dedo del pie	1	7,14
Esternoclavicular	1	7,14
Coxofemoral	1	7,14
Muñecas	1	7,14

Fuente: Historias Clínicas

En 9 pacientes la oligoartritis asimétrica predominó en el cuadro clínico; en 3, poliartritis asimétrica y en 2, poliartritis asimétrica al inicio, la que se transformó en simétrica evolutivamente. La talalgia es resultado de la afección inflamatoria en el sitio de inserción del tendón de Aquiles y de la fascia plantar (entesopatía); se ha informado hasta en el 57 % de los casos, y se ha observado correlación positiva entre su presencia y un mal pronóstico funcional. Según Gerster y col, citado por Gutiérrez⁸, este síndrome es la causa más frecuente de talalgia en el varón joven, y puede ser su manifestación inicial. Nosotros encontramos este síntoma en 9 (64,28 %). Otra alteración característica en el síndrome de Reiter es la presencia de tumefacción difusa en un dedo de la mano o del pie: el denominado dedo en salchicha, que está producido por tenosinovitis asociada a la artritis; es frecuente y típica la lesión de la metatarsofalángica primera. En 8 pacientes de nuestra serie (57,14 %) apareció dactilitis; de ellos, 6 en los pies y 2 en el primer dedo de la mano. El primer dedo de los pies estuvo

afectado en 2, y en 3 de los enfermos se afectaron todos los dedos; un paciente presentó dactilitis del tercer dedo del pie igualmente (Figura 1).



Figura 1 Obsérvese el dedo en salchicha.

El número de pacientes con balanitis circinata en varios estudios oscila entre un 12-50 %. Se observó esta lesión en 7 (50 %). La balanitis comienza con vesículas pequeñas, cuya ruptura evoluciona de una forma no dolorosa, que provoca erosiones superficiales, con una coalescencia tardía para formar un diseño circinato alrededor del borde de la corona⁵ (Figura 2).



Figura 2 Balanitis circinata como manifestación cutánea en el síndrome de Reiter.

Algunos enfermos mostraron otras lesiones a otros niveles; en dos, aparecieron aftas bucales dolorosas, a diferencia de lo descrito; lesiones eritematopapulosas en tronco y cuero cabelludo en dos, y un paciente presentó queratodermia blenorragica localizada en palmas de las manos. La queratodermia blenorragica es bastante característica entre el 10-30 % de los pacientes, y de comienzo tardío (1 a 5 meses del primer síntoma), tal y como ocurrió en el nuestro. Las lesiones iniciales son pequeñas pápulas que enseguida se transforman en pústulas y posteriormente se hacen hiperqueratósicas; cuando son abundantes coalescen y forman extensas áreas de hiperqueratosis. Preferentemente se localizan en plantas y palmas^{5,7,10}. Cuando aparecen las lesiones eritematopapulosas, el estudio hístico en la biopsia de piel puede revelar cambios semejantes a la queratodermia blenorragica, e incluyen figuras de hiperplasia epidermal psoriasiforme, hiperqueratosis con extensa paraqueratosis⁵; detalles que ayudaron a definir el diagnóstico en un paciente nuestro. Algunos clínicos experimentados han publicado fotografías de psoriasis mediante la presentación de las mismas imágenes fotográficas utilizadas por otros clínicos para demostrar el eritema del síndrome de Reiter³.

Se observó afección ocular en 10 pacientes (71,42 %), en 6 manifestadas como conjuntivitis, en dos conjuntivitis y uveítis, uno con queratoconjuntivitis y otro con queratouveítis. Por otra parte, encontramos la uretritis como manifestación genitourinaria en 12, y cervicovaginitis en un paciente. Se realizó exudado uretral o vaginal a 12 (85,71 %), y la totalidad resultó negativo.

Otras manifestaciones observadas fueron hipertermia en los 14 pacientes; de ellos 7 (50 %) presentaron síndrome febril agudo, e igual número, síndrome febril prolongado, con la característica de ser remitente. En la bibliografía consultada no encontramos descripción alguna de síndrome febril prolongado asociado a síndrome de Reiter.

Desde el punto de vista de laboratorio clínico, resultaron negativos ante el Factor Reumatoideo como ANA, en todos. Asimismo, el ácido úrico y el TASO se encontraban dentro de límites normales. En los hemocultivos, coprocultivos y urocultivos de todos los pacientes no se

observó crecimiento bacteriano, y en la intubación duodenal no se obtuvo giardia. Todos estos exámenes excluían, por tanto, otras posibilidades de artritis. Al realizar el estudio hematológico, éste reflejó anemia normocítica y normocrómica en 7 pacientes (50 %), leucocitosis en igual número, plaquetas normales en todos y eritrosedimentación acelerada en los 14; de ellos, 10 (71,42 %) la tenían por encima de 100 mm/h (tabla 2). En todos los enfermos la eritrosedimentación se normalizó evolutivamente, sólo con tratamiento de antiinflamatorios no esteroideos. Estos resultados coinciden con los obtenidos por otros autores^{8,10}. La velocidad de sedimentación globular constituye una prueba indirecta de la reacción de fase aguda en esta enfermedad.

Tabla 2 Alteraciones de los exámenes de laboratorio en el síndrome de Reiter.

Exámenes de laboratorio	Número	%
Velocidad de sedimentación globular (35-125 mm/h)	14	100
Anemia (96-108 g/l)	7	50
Leucocitosis (11,6-16,4 x 10 ⁹ /l	7	50

Fuente: Historias Clínicas.

En nuestro estudio no todos los pacientes presentaron afectación en los pies, pero en todos estuvo presente el dolor en la parte baja de la columna, tal y como está descrito en la bibliografía consultada¹¹, por lo cual, a la totalidad se realizó radiografía de pelvis ósea, cuyos resultados se muestran en la tabla 3. De los seis pacientes con sacroilitis, cuatro tenían lesión unilateral y sólo dos bilateral.

Tabla 3 Resultados radiográficos de pelvis ósea en el síndrome de Reiter.

Resultados radiográficos	Número	%
Sacroilitis	6	42
Grado I	3	21,42
Grado II	1	7,14
Grado III	2	14,28

Fuente: Historias Clínicas.

Por su parte, según informa Weissman, de 45 pacientes revisados por Martel y col con síndrome de Reiter, 31 tenían sacroilitis, 19 afectación simétrica, 7 afectación asimétrica, y 7 unilateral. Calin opina que la incidencia de sacroilitis en el Reiter es aproximadamente del 20-30%^{6,7}.

La infección por el VIH se ha asociado a diversos tipos de artropatías, que pueden agruparse en 5 categorías: artralgiás transitorias, artritis psoriásica, artritis séptica por gérmenes oportunistas, oligoartritis o monoartritis asociada al propio VIH, artritis reactivas y síndrome de Reiter¹². En 1987 Mincheste et al, citado por Kanterewics¹³, comunicaron por primera vez la coincidencia temporal entre artritis aséptica e infección por el VIH en 13 pacientes. Las principales características fueron el inicio simultáneo de la artropatía y el SIDA en cuatro pacientes, la alta prevalencia del antígeno HLA-B27 y la gravedad del cuadro clínico. Por tanto, desde el punto de vista clínico, todo paciente con síndrome de Reiter o artropatía psoriásica que sufra una fase agresiva de su afección, debería ser analizado para conocer si se infectó con el VIH¹⁴. Como mecanismo, cuando el VIH destruye las células CD4 le permite a la enfermedad de Reiter incrementar su agresividad, lo que demuestra que son enfermedades dependientes de los CD8 o células T supresoras⁸. De todos modos, un estudio reciente entre homosexuales no ha demostrado una mayor incidencia de artritis reactiva en los infectados por el VIH respecto a los seronegativos¹². En ninguno de nuestros pacientes resultó positiva la prueba para investigar la presencia del VIH.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Toirac Lamarque RE, Mora González N, Perdomo Leyva D, Toirac Lamarque A, Rodríguez illalón C. Síndrome de Reiter: diagnóstico de excepción en una mujer. Rev Cubana Med 1984; 23(2): 130-136.
2. Martínez Cairo Cueto S, Dávila Velázquez J. Síndrome de Reiter. Rev Med (IMSS) 1990; 28 (3-4):151-155.
3. Osial TA, Cash JM Eisenbeis CH. Síndromes que cursan con artritis. Clin Atención Prim 1993; (4): 991-1023.
4. Bas S, Vischer TL. Chlamydial infections in rheumatology. Rev Rhum Mal Osteoartic 1994; 61(1): 505-509.
5. Altman EM, Centeno LV, Mahal M, Bielory, L. AIDS-associated Reiter's Syndrome: Clinical conference. Ann of Allergy 1994; 71(4): 307-316.
6. Weissman BN. Spondyloarthropathies. Radiol Clin North Am 1987; 25(6): 1235-1262.
7. Calin A. Las espondilartropatías seronegativas: Interacción entre la genética y el entorno: entrevista. Documenta CIBA-GEIGY 1990; (4): 5-7.
8. Gutiérrez Espinosa G, Quesada García B, Pineda JL, Baden E, Miutz G. Síndrome de Reiter: informe de 17 casos. Rev Med (IMSS)1984; 22 (5): 323-331.
9. Peronato G, D'Alessandro A, Fanton PL, Tolomeo A. Correlación HLA-B27 y artritis reactiva en pacientes hospitalizados en un departamento de Medicina General. Minerva Med 1992; 83(10):629-35.
10. Herrero Beamont C, Castañeda S, Vidal J. Espondilartropatías seronegativas. Medicine 1984 ; (20): 908-921.
11. Velazco Domínguez E, García Velazco F, González González S. Radiología de las enfermedades reumáticas. Medicine 1984; (20): 883-846.
12. Soriano V, González Lahoz J, León Monzón M. Retrovirus y enfermedades autoinmunes. Med Clin 1993; 100 (5): 181-186.
13. Kanterewicz E, Keat Ac. Artritis, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y SIDA ¿Un nuevo problema? Rev Esp Reumatol 1989; 16:122-124.
14. Forster SM, Seifert MH, Keat AC, Rowe IF, Thomas Bj, Taylor-Robison, D. Inflammatory joint disease and human inmunodeficiency virus infection. Br Med J[Clin Res] 1988; 296: 1625-1627.