



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/2719 - DOCTORA, ME PICAN LOS OJOS

R. Rodríguez Rodríguez^a, M. Ricote Belinchón^b, V. Oscullo Yepes^c, F. Conejero Fernández-Galiano^d, L. Gómez Sánchez^e y G. Izquierdo Enríquez^e

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barajas. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gandhi. Madrid. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alpes. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón 25 años que consulta por hiperemia conjuntival de ambos ojos, prurito, aumento de lagrimeo y legañas de 3 días de evolución. A la exploración hiperemia conjuntival 3+/4+, reacción folicular y petequias en conjuntivas tarsales, con córnea clara fluornegativa. Diagnóstico de conjuntivitis folicular bilateral y tratamiento con tobramicina 10 días. Consulta nuevamente por falta de mejoría tras 1 semana, refiriendo molestias e irritación en zona uretral con micción. Secreción uretral puntual, sin dolor articular ni lesiones cutánea ni mucosa oral. No fiebre. Contacto sexual de riesgo la semana previa al inicio de los síntomas.

Exploración y pruebas complementarias: EF buen estado general. Afebril. No adenopatías cervicales ni lesiones en mucosa oral. Hiperemia conjuntival no purulenta. Escasa secreción uretral blanco-amarillenta, sin adenopatías inguinales. Tira orina con leucocitos. En contexto de posible uretritis + conjuntivitis se plantea posibilidad diagnóstica de conjuntivitis por Chlamydia, y se añade tratamiento eritromicina pomada oftálmica por 3 semanas, además ceftriaxona 500 mg y azitromicina 2 g en monodosis para tratamiento de uretritis. Se solicita analítica sangre con RFA y serologías (VIH, VHC, VHB, lúes). Básico orina y urocultivo. Se recoge muestra de exudado uretral (Chlamydia y gonococo) y de deriva a consultas ETS. Valorado 10 días después, refiere mejoría clínica uretral y ocular. Sin embargo, comenta inflamación de rodilla derecha y tobillo izquierdo 2 días de evolución. Aporta pruebas solicitadas: AS normal. Urocultivo 10.000 UFC. Exudado uretral PCR (+) para Chlamydia. Serologías VIH (-). VHC (-). VHB (-). Sífilis (-).

Juicio clínico: Ante presencia de inflamación articular y clínica ocular-genital es diagnosticado de probable síndrome de Reiter. Se inicia tratamiento con indometacina con mejoría posterior y se deriva a consultas de Reumatología para ampliar estudio, confirmándose el diagnóstico con antígeno HLA-B27 negativo.

Diagnóstico diferencial: Artritis psoriásica, síndrome de Behçet, espondilitis anquilosante, fiebre reumática, enfermedad de Lyme, infección gonocócica diseminada, artritis reumatoide.

Comentario final: Síndrome de Reiter es una respuesta inmunológica del huésped a una infección gastrointestinal o genitourinaria que se caracteriza por la tríada artritis-uretritis-conjuntivitis. El antígeno HLA-B27 está presente en el 50-85% de los casos. Aparece 1-4 semanas tras infección genitourinaria o gastrointestinal. La forma postrasmisión sexual más frecuente es debida a una infección por Chlamydia-trachomatis. El diagnóstico se basa en rasgos clínicos. El objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas y

tratar cualquier infección subyacente.

Bibliografía

1. Yu DT. Reactive arthritis. Uptodate, 2016.
2. Castellano Cuesta J, Román Ivorra J, Rosas Gómez de Salazar J. Artritis Reactivas. Enfermedades reumáticas: Actualización SVR. Valencia: Sociedad Valenciana de Reumatología; 2008. p. 599-609.

Palabras clave: Conjuntivitis. Uretritis. Artritis reactiva.