



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1268 - ME DUELEN LAS RODILLAS Y TOBILLOS

S. López Rodríguez^a, D. Zalama Sánchez^b, E. Gutiérrez Manjón^c, P. González Izquierdo^d, A. Mancebo Alor^e y T. Luque Barberán^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Magdalena. Valladolid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Gamazo. Valladolid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Magdalena. Valladolid. ^eMédico de Familia. Centro de Salud de Tudela de Duero. Valladolid. ^fMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras-Norte. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 37 años sin alergias medicamentosas, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés. No hábitos tóxicos. Tratamiento habitual con: anticonceptivas. Acude a su centro de salud por presentar desde hace 15 días dolor al levantarse en rodilla izquierda, posteriormente dolor en rodilla derecha y finalmente en ambos tobillos, este dolor es más intenso por las mañanas con rigidez que mejora al ejercitarse. No afectación de extremidades superiores ni espalda, en días previos tuvo fiebre un día junto con clínica miccional que trató con antibiótico.

Exploración y pruebas complementarias: Extremidades inferiores: Dolor e imposibilidad para la flexoextensión de rodilla derecha, no se aprecian signos inflamatorios, choque rotuliano negativo, rodilla izquierda dolorosa sin choque. Moviliza ambos tobillos con dolor y sin signos inflamatorios. Resto de exploración sin hallazgos. Analítica: sin leucocitosis, PCR 91, VSG 108, FR 14 (valor normal). Serologías para VIH, VHB, VHA, VHC, lúes, Brucella, Borrelia, Parvovirus B19, VEB, CMV, Chlamydia gonorreæ negativo. HLAB27+, Ac antipeptidocitruliano negativo, ANA negativo. Rx rodillas y tobillos: sin lesiones óseas agudas. Líquido sinovial: 18.692 células (91% PMNs, 9% MN) (no microcristales).

Juicio clínico: Oligoartritis reactiva HLAB27+ desencadenada por infección urinaria previa.

Diagnóstico diferencial: Espondilitis anquilosante, artropatía psoriásica, artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de Reiter.

Comentario final: El abordaje de la oligoartritis se inicia con una anamnesis completa, diferenciando dolor mecánico de inflamatorio, simetría, localización y rigidez. Al ser aditiva y presentar el antecedente de infección de orina se solicita analítica con PCR, VSG y FR así como una batería de serologías con el fin de descartar otro origen. Ante la negatividad de todos los resultados y con la ayuda del servicio de reumatología para el análisis del líquido sinovial, se puede concluir que el origen es debido a la infección urinaria que tuvo en días previos, llegando al diagnóstico definitivo. Como tratamiento se comienza con AINEs, mejorando la paciente.

Bibliografía

1. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Palabras clave: Fiebre. Articular. Rigidez.