



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3227 - SI NO CUIDAS LO QUE COMES, TU CUERPO PUEDE REACTIVARSE

M. Núñez Toste^a, A. Alberdi Iglesias^b, M. Rojas Hernández^c y C. Trigos Castro^d

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gamazo. Valladolid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gamazo. Valladolid. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gamazo. Valladolid. ^dMédico Residente de 1^{er} año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Tudela. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 16 años sin antecedentes conocidos que acude por cuadro de instauración brusca de 2-3 días de evolución, caracterizado por dolor y tumefacción en ambas rodillas con predominio de la izquierda, metatarsalgia del pie derecho y enrojecimiento ocular. Niega fiebre, relaciones sexuales de riesgo o traumatismo. Al preguntarle sobre posibles desencadenantes, refiere que 12 días antes había presentado fiebre y gastroenteritis aguda por *Campylobacter jejuni*.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente orientado, colaborador, eupneico, hidratado. Hiperemia conjuntival. AC: rítmico, no se auscultan soplos ni extratonos. AP: MV presentes sin agregados. Abdomen: plano, blando, depresible, RHA presentes, no doloroso a la palpación profunda, no signos de irritación peritoneal. Genitales: sin alteraciones. Extremidades inferiores: móviles, eutróficas, rubor, calor y dolor a la movilización en rodilla izquierda, pulsos distales presentes, sin edema sin varices, sin signos de TVP. No hay limitación funcional a la flexo-extensión de las rodillas. Se evidencia dactilitis del 2º dedo del pie derecho. Neurológico: normal. Analítica: hemograma y bioquímica sin alteraciones, PCR: 95,5, Rx de rodilla y de pie: sin alteraciones óseas, ni signos de osteomielitis. El paciente es derivado a Urgencias para realización de pruebas complementarias siendo valorado por Medicina interna que solicitan Inmunología: FR negativo, HLA B27 positivo y por Traumatología que realiza artrocentesis con extracción de 45 cc de aspecto inflamatorio, sin sangre microscópica ni cuerpos libres o detritos. No gram y cultivo negativo.

Orientación diagnóstica: Artritis reactiva de Reiter.

Diagnóstico diferencial: Artritis psoriásica, el síndrome de Behçet, la espondilitis anquilosante, infección gonocócica diseminada.

Comentario final: Síndrome de Reiter es una artritis reactiva seronegativa asociado a conjuntivitis o uveítis y uretritis que se presenta con más frecuencia en hombres jóvenes y se puede desarrollar posterior a una infección urológica o gastrointestinal por *Chlamidia*, *Campylobacter*, *Salmonella* y *Yersinia*. Existen personas con mayor predisposición genética, HLAB27 positivo.

Bibliografía

1. Legorreta Cuevas G, Hernández Nazar R, Alvarado Ceballos A. Síndrome de Reiter, caso clínico. Acta Médica. 2018;10:133-6.

Palabras clave: Artritis reactiva. Reiter.