

INFLAMACIÓN ARTICULAR,

una patología con una causística difícil de filiar.

Guerrero Barranco, Beatriz. Ámez Rafael Diego. Martínez Pérez, Pilar.
Distrito Poniente Almería.

INTRODUCCIÓN

La importancia de una adecuada historia clínica es vital para el diagnóstico y tratamiento correcto de nuestros pacientes.

Sin una anamnesis minimalista no habríamos podido realizar el diagnóstico diferencial entre artritis reactiva secundaria a infección por vector o ETS.



PALABRAS CLAVE:

Artritis. ETS. Ureaplasma urealyticum

BIBLIOGRAFÍA:

Lloyd-Jones D, Adams R, Carnethon M, de Simone G, Vaglio A, Salvarani Winn W, Allen S, Janda W, Koneman E, Procop G, Schreckenberger P, Woods G. Koneman's color atlas and textbook of diagnostic microbiology. Sixth Edition. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore Philadelphia, 2006. P. 672-745.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 60 años que consulta por sensación febril no termometrada, artralgiyas y polimialgias desde hace 3-4 días, seguido de inflamación distal y progresiva de articulaciones asimétricas.

Además el paciente muestra preocupación por picaduras de insectos en espalda (niega haber ido al campo, ni tener animales domésticos). Refiere haber mantenido relaciones sexuales de riesgo aunque no asocia clínica genitourinaria. No episodios previos similares, no rigidez matutina.

Presenta pápulas con halo violáceo y punto de inoculación central sin patrón anatómico y dolor articular.

Analíticamente destaca una leucocitosis con neutrofilia, PCR 16, elevación de GOT y GPT.

El paciente evoluciona favorablemente con corticoides y antibioticoterapia empírica frente a ETS: ceftriaxona y azitromicina.

Posteriormente obtenemos un exudado uretral da positivo para ureaplasma urealyticum.

ESTRATEGIA DE ACTUACIÓN

El riesgo de desarrollar una artritis reactiva tras un episodio infeccioso dependerá de la interacción de el germen implicado, la carga genética del individuo (HLA B27) y los factores ambientales.

El intervalo entre la infección (clínicamente evidente o no) y el comienzo de la sintomatología articular es variable desde 1 a 7 días hasta 4 semanas.

Los principales diagnósticos diferenciales son con artritis séptica, artritis microcristalinas y otras espondiloartropatías.

El tratamiento se basa en el empleo de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) e inyección local de corticoides, dejando la antibioterapia reservada para casos como éste en el que se sospeche etiología infecciosa.