

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

SINDROME DE REITER (ARTRITIS REACTIVAS): ASPECTOS RADIOLOGICOS

Dr. VINICIO CERVILLA OLTREMARI*, Dra. MARIA GABRIELA AMIGO ORELLANA**

Las manifestaciones radiológicas en el síndrome de Reiter son las de una artritis asimétrica que compromete fundamentalmente las extremidades inferiores. Las articulaciones afectadas con mayor frecuencia son la rodilla y el tobillo, luego las articulaciones metatarsofalángicas e interfalángicas del dedo mayor, hombro, muñeca, cadera y columna lumbar.

En etapas precoces la radiología puede ser normal o bien evidenciar aumento de volumen de partes blandas y osteoporosis, que luego desaparecen. Con episodios frecuentes de artritis se producen cambios radiológicos permanentes, que llegan a estar presentes en el 60 a 80% de los pacientes, aunque la deformidad e impotencia funcional residual ocurren en un bajo porcentaje (5%). Los cambios inflamatorios comprometen articulaciones sinoviales, sínfisis y entesis.

Los signos radiológicos comúnmente observados son osteoporosis regional o periarticular en las crisis agudas, lo que va disminuyendo en las etapas crónicas; hay edema de partes blandas periarticulares, derrame articular, inflamación de bursas y tendones. En dedos de manos y pies, este compromiso produce un aspecto bastante típico de «dedo de salchicha», lo que ha llevado a algunos autores, basados en hallazgos en resonancia magnética, a plantear un origen extrasinovial de ésta y otras artropatías seronegativas, a diferencia de la artritis reumatoide que tiene más claramente un origen sinovial.

Ocurre también disminución del espacio articular, que generalmente es uniforme y simétrico, especialmente en pequeñas articulaciones de pies, manos y muñecas. Las erosiones óseas están también presentes en el esqueleto axial (articulaciones sacroilíacas). En un comienzo se trata de erosiones marginales, mientras que en etapas más avanzadas éstas comprometen el hueso subcondral central, aunque no necesariamente asociadas a la disminución del espacio articular. Hay reabsorción de las superficies bajo las bursas y a nivel de las inserciones tendinosas, particularmente en el pie, superficie posterior del calcáneo y muñeca.

Un hallazgo prominente en esta clase de artritis es la aparición de proliferación ósea lineal de contornos difuminados en la forma de reacción periostótica en metacarpos, metatarsos, diáfisis de las falanges, región maleolar de tobillos y rodillas. En sitios de erosión ósea hay producción de hueso en los márgenes y en situación intraarticular, con esclerosis subcondral y periostitis.

* Profesor Auxiliar. Departamento de Radiología

** Residente de Radiología Osteoarticular. Departamento de Radiología

La anquilosis ósea es menos frecuente que en la espondiloartritis anquilosante.

Puede haber calcificaciones y osificaciones tendíneas y ligamentosas en torno a la rodilla y en ligamentos colaterales de articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas.

COMPROMISO EN SITIOS ESPECIFICOS

Anteple. Presente en un 40 a 55% de los casos, con localización predominante de articulaciones metatarso e interfalángicas, especialmente del dedo mayor (Figura 1), lo que también ocurre en artritis psoriática. Es relativamente frecuente el compromiso de huesos sesamoideos, con la presencia de erosiones y proliferación ósea (Figura 2).



Figura 1. Compromiso de articulaciones metatarsofalángicas e interfalángicas de dedo mayor izquierdo. Estrechamiento de espacios articulares, erosiones marginales y proliferación ósea adyacente a éstas (flechas).



Figura 2. La proyección axial de sesamoides del pie muestra el hallazgo característico de proliferación ósea de bordes difuminados y esclerosis.

Calcáneo. Se presenta en el 20 a 50%. El sitio de compromiso más común es el aspecto posterior y plantar del calcáneo, frecuentemente bilateral, que inicialmente se observa como una zona de reabsorción ósea (Figura 3A), observándose más tarde, aposición de hueso de bordes difuminados y esclerosis que puede llegar a ser bastante extensa (Figura 3B). En esta localización puede observarse también bursitis retrocalcánea que se manifiesta por aumento de densidad de partes blandas que oblitera el plano graso existente entre el calcáneo y el tendón de Aquiles, con erosiones de contornos mal definidos y engrosamiento del tendón. La entesopatía inflamatoria del tendón de Aquiles también se observa en artritis reumatoide, psoriasis y espondilitis anquilosante.

Tobillo. Este es otro sitio frecuente de alteración, que se presenta con aumento de partes blandas y periostitis lineal o irregular en los maléolos.

Puede haber también disminución del espacio articular, aunque las erosiones marginales son menos frecuentes en este sitio.

Rodilla. Un 25 a 40% de los pacientes muestra alteraciones que consisten en derrame intraarticular, osteoporosis y periostitis de fémur distal y tibia proximal. Hay también cambios erosivos y calcificaciones similares a las que ocurren como secuela de la lesión del ligamento colateral medial (Pellegrini Stieda).

Manos y muñecas. En estas localizaciones el compromiso es menos frecuente (10 a 30%), caracterizándose por la presencia de osteoporosis, disminución del espacio articular y proliferación ósea en las articulaciones interfalángicas proximales, metacarpo falángicas e interfalángicas de pulgares. El aumento de volumen de las partes blandas es difuso, a diferencia de lo observado en

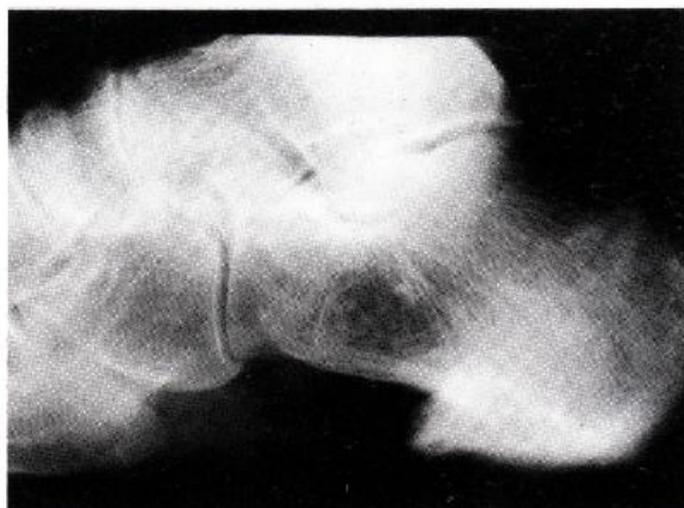


Figura 3. Alteraciones en calcáneo. 3A: reabsorción ósea focal de contorno mal definido en superficie plantar del calcáneo. 3B: en otro paciente con cuadro más avanzado, se aprecia hiperostosis en el lugar de la erosión y esclerosis del tubérculo posterior del calcáneo.

la artritis reumatoide, en la cual es fusiforme. En la muñecas, el compromiso es asimétrico y de cualquier compartimento.

Articulación del manubrio esternal y sínfisis del pubis. En estos sitios se presenta con erosión ósea y cambios proliferativos, además de esclerosis del margen óseo. A nivel de la sínfisis pubiana remeda el aspecto de la osteítis pubiana.

Articulaciones sacroilíacas. En pacientes con cuadros crónicos, el compromiso inflamatorio de las articulaciones sacroilíacas es bastante frecuente, aunque inicialmente se presenta en 5 a 10%. En etapas precoces el compromiso suele ser unilateral, pero lo más corriente es el compromiso bilateral simétrico o asimétrico. La sacroileítis se caracteriza por la aparición de erosiones que predominan en la superficie ilíaca de la articulación, lo que inicialmente produce ensanchamiento del espacio articular. Posteriormente, éste se aprecia

disminuido de amplitud, con esclerosis marginal de grado variable, aunque en general más severa que lo que se suele encontrar en otras espondiloartropatías (Figura 4). El estrechamiento progresivo del espacio lleva a la fusión ósea intraarticular que, en todo caso, es menos prominente que la de la espondiloartritis anquilosante. Ocurren también cambios de tipo proliferativo óseo en la porción ligamentosa de la articulación.

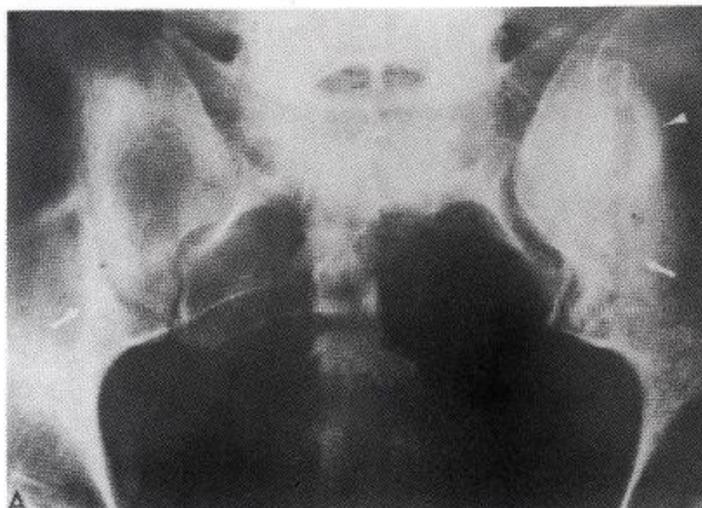


Figura 4. Sacroileítis bilateral asimétrica. Esclerosis subcondral, disminución de espacio articular, pérdida de definición del hueso subcondral por reabsorción ósea y superficies articulares de contorno irregular por la presencia de erosiones.

Columna. El compromiso en esta localización es menos frecuente que en la espondilitis anquilosante y psoriasis. En etapas precoces de la enfermedad pueden presentarse osificaciones paravertebrales en la región dorsal baja y lumbar alta en 5 a 35% de los casos. Estas aparecen en la radiografía frontal como puentes óseos elongados de trayecto curvilíneo y distribución asimétrica, dirigidos desde el contorno lateral de un cuerpo vertebral a otro vecino, separados de los márgenes laterales del disco y cuerpos vertebrales por un espacio claro (Figura 5). Pueden ser lineales y bien definidos o gruesos y mal delimitados. La evolución de estas osificaciones es variable, llegándose a fusionarse con el disco y el cuerpo vertebral, simulando espondilosis deformante. Se piensa que el origen de esta osificación tiene relación con cambios inflamatorios del tejido conectivo paravertebral o es secundario al efecto de la tracción ligamentosa.

UTILIDAD DE OTRAS TECNICAS DE IMAGENOLOGIA

Tomografía computada. Es un método de gran resolución, que muestra con detalle la anatomía de estructuras óseas complejas y articulaciones del esqueleto axial que son difíciles de evaluar con radiología convencional, como es el caso de la columna y articulaciones esternoclaviculares, costovertebrales y sacroilíacas.

El uso más frecuente de TAC en el síndrome de Reiter es en la evaluación de las articulaciones sacroilíacas, cuando los

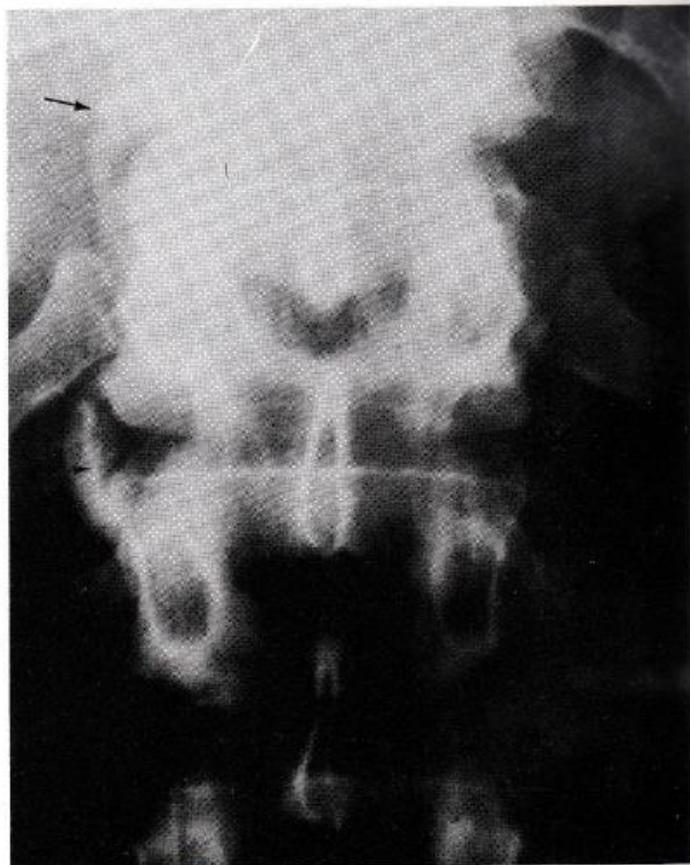


Figura 5. Osificaciones paravertebrales asimétricas de la región dorso-lumbar.

hallazgos radiológicos son equívocos o no concluyentes de sacroileítis o las radiografías son normales y el índice de sospecha del diagnóstico es alto.

Cintigrafía ósea. Puede permitir una detección más precoz y servir al propósito de evaluar la extensión de la enfermedad, ya que tiene mayor sensibilidad en comparación con la radiología convencional. Su inespecificidad, sin embargo, limita su contribución al diagnóstico.

Resonancia magnética. Hay creciente evidencia en la literatura acerca de su valor en el diagnóstico y caracterización de las afecciones reumatológicas. Con el uso de medio de contraste paramagnético (gadolinio) por vía intravenosa, es posible diferenciar el engrosamiento sinovio-capsular de la presencia de líquido intraarticular en casos de aumento de volumen periarticular. Con esta técnica se puede realizar un «mapeo» volumétrico, lo que permite monitorizar el curso de las artritis crónicas. Sobre la base de estudios con resonancia magnética se ha sugerido que el sitio de inicio de las espondiloartropatías seronegativas estaría en los tejidos periarticulares y ligamentos colaterales, en el caso de las articulaciones interfalángicas, mientras que el compromiso de la sinovial y cápsula sería más tardío (Figura 6). Estos hallazgos permitirían también una diferenciación precoz con la artritis reumatoide, padecimiento en el cual las alteraciones tienen su origen en el tejido sinovial.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

En EAA, psoriasis, y síndrome de Reiter es típico el aumento de volumen de partes blandas, disminución del espacio articular, erosiones y proliferación ósea en articulaciones sinoviales. También es característico el compromiso de articulaciones cartilaginosas, así como el desarrollo de alteraciones en los sitios de inserción tendinosas (entesitis). En síndrome de Reiter, la osteoporosis es más frecuente en etapas precoces, mientras que la anquilosis ósea, menos frecuente que en psoriasis y EAA.

En artritis reumatoide, los hallazgos radiológicos difieren bastante del síndrome de Reiter. El compromiso es fundamentalmente de articulaciones sinoviales del esqueleto apendicular, en donde las alteraciones son bilaterales y simétricas, con presencia de osteoporosis, erosiones marginales y disminución uniforme del espacio articular. La proliferación ósea es poco frecuente, lo mismo que los cambios en la columna tóracolumbar y articulaciones sacroilíacas.

En etapas precoces de artritis séptica y osteomielitis, debido a que las alteraciones tienden a ser monoarticulares, es difícil la diferenciación con síndrome de Reiter, por lo que en ocasiones se requerirá la aspiración y estudio bacteriológico.

REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Resnick, D: Diagnosis of bone and joint disorders. Saunders, Philadelphia, 1995.
2. El-Khoury, G: Seronegative Spondyloarthropathies. Radiol Clin North Am. 1996; 34:343-357.
3. Jetvic V, Watt y, Rozman B, et al: Distinctive radiologic features of small hand joints in rheumatoid arthritis and seronegative spondyloarthritis demonstrated by contrast-enhanced (Gd-DTPA) magnetic resonance imaging. Skeletal Radiol 1995; 21:351-355.

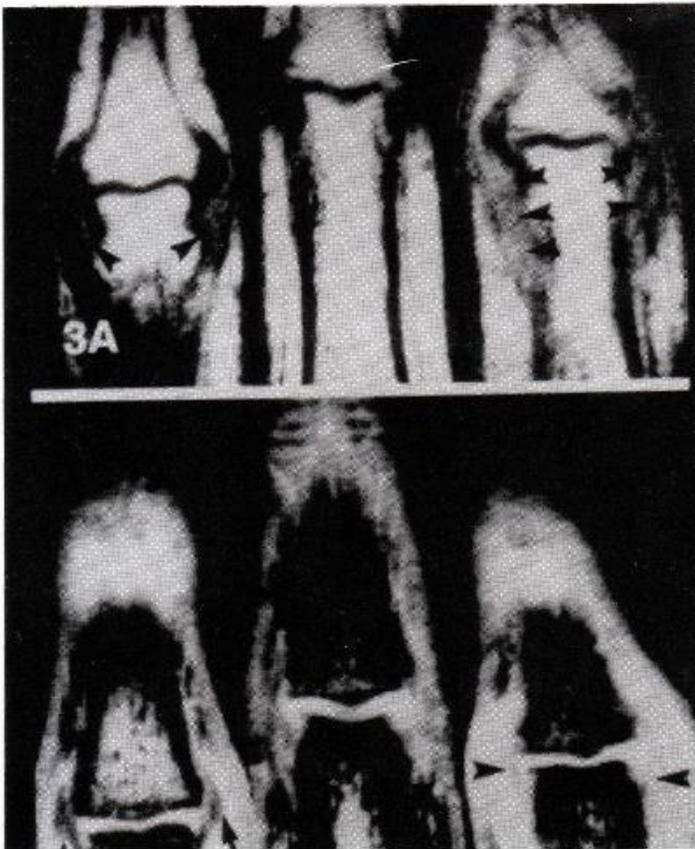


Figura 6. Compromiso de partes blandas periarticulares 6A: aumento difuso del volumen de partes blandas con aspecto característico de «dedo en salchicha». 6B: corte coronal en resonancia magnética muestra cambios inflamatorios de partes blandas extraarticulares, afectando ligamentos colaterales y tejidos adyacentes de la falange proximal.