

## 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>

## ARTRITIS REACTIVAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Dr. EDUARDO TALESNIK GUENDELMAN\*

No se conocen datos sobre la magnitud del problema de las artritis reactivas en la población pediátrica. Lo habitual es que esta clase de artritis con líquido sinovial estéril, que ocurre luego de infecciones del tracto respiratorio, gastrointestinal o genitourinario, siga un curso autolimitado con resolución en semanas o meses. Al igual que en la población adulta, se reconoce asociación el HLA B27, lo que sugiere factores propios del huésped en la adquisición de la enfermedad. Se ha sugerido que los portadores de este factor genético podrían desarrollar una enfermedad más prolongada. Sin embargo, se reconocen formas de artritis reactivas que no se asocian al HLA B27, como son las relacionadas con la infección por estreptococo hemolítico grupo A. Además, y al igual que en los adultos, los niños y adolescentes pueden desarrollar sinovitis inflamatoria aséptica como complicación de determinadas infecciones extraarticulares.

### Afecciones postestreptocócicas

En cuanto a manifestaciones reumatológicas, la infección por estreptococo hemolítico grupo A está relacionada con dos entidades bien identificadas, la enfermedad reumática aguda y la artritis reactiva postestreptocócica.

La enfermedad reumática aguda ha sido la más conocida de ambas. El diagnóstico se plantea de acuerdo a los criterios de Jones propuestos en 1944 y modificados en 1992, cuyo detalle se muestra en la Tabla 1. En estudios recientes se ha encontrado faringitis en el 28% de los casos. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son carditis (68%) y artritis (30%). El diagnóstico se hace con dos criterios mayores, o bien con uno mayor más dos menores. En cualquier caso, se requiere la evidencia de la infección estreptocócica previa, fundamentada en título de

Tabla 1. Criterios de Jones modificados para el diagnóstico de enfermedad reumática

| Criterios mayores   | Criterios menores                    |
|---------------------|--------------------------------------|
| carditis            | fiebre                               |
| poliartritis        | artralgias                           |
| corea               | carditis reumática previa            |
| nódulos subcutáneos | intervalo PR prolongado              |
| eritema marginado   | aumento de VHS o proteína C reactiva |

\* Profesor Auxiliar. Departamento de Pediatría

antiestreptolisinas O, cultivo de faringe positivo o escarlatina previa.

Menos conocido es el hecho que en niños y adolescentes (también en adultos) se ha descrito la artritis reactiva postestreptocócica, que es bastante distinta a la presentación de la enfermedad reumática aguda. Sus hechos principales son:

- Antecedente de infección estreptocócica.
- Artritis oligoartritis (menos de 5 articulaciones afectadas), habitualmente no migratoria, sino más bien aditiva, que compromete grandes y pequeñas articulaciones.
- Ausencia de carditis.
- Lenta respuesta a aspirina u otros antiinflamatorios no esteroidales.

Ante esta entidad, cabe preguntarse por la necesidad de profilaxis antiestreptocócica, aspecto que aún no es materia de consenso. Es de máxima importancia realizar una detenida evaluación y seguimiento para certificar la ausencia de enfermedad reumática.

### Infecciones entéricas

**Secundaria a *Shigella flexneri*.** Se trata de una oligoartritis no migratoria que afecta especialmente rodillas y tobillos, de 3 ó 4 semanas de duración. El cuadro articular sigue al gastrointestinal, que se caracteriza por fiebre alta, dolor abdominal y diarrea. El diagnóstico se fundamenta en el cuadro clínico precedente, la presencia de sinovitis bacteriológicamente estéril y la demostración de aglutininas del serotipo 2 ó 2a.

**Secundaria a *Salmonella*.** Es una oligoartritis de inicio agudo, que afecta preferentemente rodillas y tobillos, habitualmente con fiebre, que se presenta una o dos semanas después de una infección por *Salmonella typhimurium* o *enteritidis*. Los coprocultivos son habitualmente positivos, pero sólo la mitad de los casos desarrolla seroconversión contra antígenos O y H de *Salmonella*. La respuesta clínica al tratamiento con aspirina u otros antiinflamatorios no esteroidales es rápida y el pronóstico excelente.

**Secundaria a *Yersinia enterocolitica*.** Se caracteriza por artritis periférica, preferentemente de rodillas, pero también pueden estar comprometidas caderas, tobillos, muñecas, pequeñas articulaciones de las manos y de los pies. El compromiso espinal,

involucrando articulaciones sacroilíacas, puede ocurrir hasta en un 20% de los pacientes. El episodio diarreico previo puede pasar inadvertido o ser de breve curso. Se puede presentar junto con otras manifestaciones propias de la yersiniasis, tales como fiebre, adenitis e ileítis mesentérica (dolor abdominal), eritema nodoso, mialgias y compromiso ocular (uveítis, epiescleritis, conjuntivitis). Esta modalidad de artritis se ha relacionado con el HLA B27. La artritis dura desde dos semanas hasta ocho meses y la respuesta clínica a los antiinflamatorios no esteroideos por lo general es satisfactoria. El diagnóstico se confirma con serología positiva para esta bacteria.

#### Infecciones respiratorias

Al margen de lo ya considerado en relación a estreptococo hemolítico grupo A, la infección causada por *Mycoplasma pneumoniae* se asocia al desarrollo de mialgias y artralgias en conjunto con las manifestaciones respiratorias. La artritis en estos casos puede ser migratoria, oligo o poliarticular, pero su frecuencia se considera baja. En otros casos se ha logrado establecer la presencia de infección por *Neisseria meningitidis* o por *Haemophilus influenzae*.

#### Síndrome de Reiter

Finalmente, cabe consignar que la expresión clínica más completa de las artritis reactivas, es decir el llamado síndrome

de Reiter, también se observa ocasionalmente en la población pediátrica. En estos casos destaca la presencia de artritis, habitualmente en las extremidades inferiores, uretritis, conjuntivitis y lesiones de la piel y mucosas, que son características. Es llamativa también la entesitis. Al igual que en los adultos, el cuadro tiene importante asociación con el HLA B27 y está vinculada a las mismas infecciones desencadenantes.

Adicionalmente, en la literatura se hace mención a artritis reactivas en el contexto de diversas infecciones parasitarias, tales como causada por *Giardia lamblia*, *Toxocara canis*, *Schistosoma mansoni*, etcétera.

#### REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Martínez-Lavín M, Amigo MC: The value of the Jones criteria in the recognition of acute Rheumatic Disease Fever: Fifty years later. Clin Exp Rheumatol 1994; 12: 355-356.
2. Moon R, Greene M, Rehe G, Katona I: Poststreptococcal ReA in children: A potencial predecessor of rheumatic heart disease. J Rheumatol 1995; 22: 529-532.
3. Bocanegra TS, Vasey FB: Musculoskeletal syndromes in parasitic diseases. Rheum Dis Clin NA 1993; 19: 505-515.
4. Cabral DA, Oen KG, Petty RE: SEA syndrome revisited: A long follow-up of children with a seronegative enthesopathy and arthropathy. J Rheumatol 1992; 19:1282-1285.