

Revisiones

Síndrome de Reiter

Digna Llorente Molina*, Susandra Cedeño Llorente

Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Ciudad Habana, Cuba
Email: dignallorete@infomed.sld.cu

El síndrome de Reiter es una afección sistémica caracterizada por manifestaciones oculares conjuntivitis o uveítis, artritis reactiva y uretritis. La causa exacta de la artritis reactiva no se conoce. Muy comúnmente, este síndrome se presenta en los hombres antes de los 40 años de edad y se puede desarrollar después de una infección por Clamidia, Campilobacter, Salmonella y Yersinia. Asimismo, ciertos genes pueden hacer que la persona sea más propensa al síndrome. El diagnóstico se basa en los rasgos clínicos. El objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas y tratar cualquier infección subyacente. La artritis reactiva puede desaparecer en unos 3 a 4 meses, pero hasta la mitad de los afectados experimenta recurrencia de los síntomas durante varios años. La afección se puede volver crónica. La prevención de las enfermedades de transmisión sexual y de la infección gastrointestinal puede ayudar a evitar esta enfermedad. Siempre se debe utilizar el condón durante la relación sexual, así como lavar muy bien las manos y las áreas de superficie antes y después de preparar alimentos.

■ Su descripción por vez primera en 1916 se le atribuye al destacado fisiólogo alemán vinculado al poder Nazi y a experimentos realizados en campos de concentración Hans Reiter y en 1918 Junghanns describió el primer caso en un paciente juvenil (1),(2).

La reactividad inmunológica anormal ante ciertos patógenos bacterianos como resultante de la interacción de factores ambientales y genéticos (antígeno HLA-B27) ha hecho que en la actualidad muchos autores lo describen como Artritis reactiva.

Se ha divulgado en la literatura bajo algunos pseudónimos como Síndrome de Poliartrosis Entérica, Síndrome de Waelsch, Síndrome de Ruhr, Síndrome de Feissinger Leroy Reiter, Síndrome Conjuntivo Uretero Sinovial, Síndrome Uretero Óculo Articular, Artritis Venérea, Artritis Uretrítica, Artritis Blenorragia Idiopática y Artritis reactiva entre otras. Síndrome de Reiter gastrointestinal o síndrome de Reiter entérico.

Inicialmente, Reiter lo describe el síndrome secundario a una infección de transmisión sexual (ITS), pero en la actualidad se ha descrito el síndrome secundario a algunos patógenos conocidos como: Chlamydia, Shigella, Yersinia, Campilobacter y Salmonella entre otros.

Dicho síndrome es un complejo caracterizado clásicamente por una tríada que incluye compromiso ocular con conjuntivitis y/o uveítis, compromiso articular (artritis reactiva), compromiso genitourinario traducido por uretritis ó cervicitis, y a veces lesiones cutaneomucosas como queratodermia blenorragia y la balanitis circinada, lesiones en forma de pápulas con centro amarillo en plantas, palmas y en menor frecuencia en uñas, escroto, cuero cabelludo y tronco entre otras.(3),(4),(5).La manifestación más temprana de la afectación articular es la entesitis que suele aparecer en el tendón de Aquiles y en la fascia plantar del calcáneo; con acortamiento y engrosamiento de los dedos de las manos y pies que llegan a adoptar un aspecto de "dedo de salchicha". La artritis cursa con manifestaciones de dolor e inflamación articular, suele cursar en brotes y afecta las grandes articulaciones de los miembros inferiores, por orden de frecuencia: las rodillas, los tobillos, las articulaciones de los pies, los hombros, las muñecas, las caderas y la columna lumbar. La sacroileítis se observa con frecuencia.

La fluxión ocular es uno de los signos más destacados del síndrome. La manifestación ocular más común es la conjuntivitis, y le sigue en frecuencia la uveítis anterior (3),(4), (5), caracterizada por enrojecimiento ocular, dolor y fotofobia y en el 58 % de los casos con esta afección(6) se encuentra asociado al haplotipo HLA B27 (4),(6) y a su vez un 25 % de estos pacientes con éste marcador tienen una afectación

sistémica subyacente (4),(7) como Síndrome de Reiter ó Espondilitis Anquilosante, de la misma manera en estos pacientes con haplotipo HLA B27 positivo se han descrito complicaciones como edema macular, sinequias, cataratas y glaucoma (8).

La uretritis que se manifiesta como secreción uretral y disuria se ha descrito como transitoria y antecede a la artritis en meses ó años (8), ésta uretritis no gonocócica prepara el escenario para la aparición del síndrome una ó más semanas después. Se ha descrito una forma post disintérica, después de un cuadro de gastroenteritis infecciosa (9).

Se estima que existen 3-5 casos por 100.000 habitantes; siendo la forma más común de poliartritis inflamatoria en los adultos jóvenes; aunque puede aparecer en ancianos y en niños más raramente. La enfermedad es más frecuente en hombres entre 20 y 40 años especialmente las formas que se desarrollan después de una infección de transmisión sexual. Predomina en la raza blanca y cuando aparece en individuos de raza negra suelen ser HLA-B27 negativos. La incidencia anual de artritis reactiva aguda ha sido estimada de 4 entre 10.000 habitantes en Finlandia y 1 entre 10.000 habitantes en Noruega. La infección que la precede puede ser asintomática en una proporción de pacientes.

Etiología

En el síndrome de Reiter típico, la uretritis aparece como consecuencia de una infección disintérica (síndrome de Reiter gastrointestinal o síndrome de Reiter entérico) o una infección de transmisión sexual (10), (11), (12).

Síndrome de Reiter, generalmente va precedido de una infección. Actualmente existe un acuerdo en dos teorías: la teoría epidémica donde la precede una enfermedad diarreica aguda secundaria a la infección por algunos de los siguientes gérmenes Salmonella enteritidis, Salmonella typhimurium, Shigella dysenteriae, Shigella flexneri, Yersinia enterocolitica y Campilobacter jejuni mientras que la endémica es posterior a una infección de transmisión sexual por gérmenes como: Chlamydia trachomatis o el Ureaplasma urealyticum.

El desarrollo de la enfermedad en más de un miembro en la familia y su elevada asociación con Histocompatibilidad de HLA B27, ha demostrado la predisposición genética individual para esta entidad.

Las características de la artritis con factor reumatoideo negativo la han ubicado en las artritis seronegativas

Cuadro Clínico

Cada individuo puede experimentar los síntomas de una forma diferente(13), (14), pero dentro de la gama de síntomas podemos encontrar los siguientes en diferentes localizaciones (15), (16),(17), cuando los pacientes presentan sintomatología

parcial se ha denominado entonces Síndrome de Reiter Incompleto (13)

Se han descrito factores de riesgo para síndrome de Reiter dentro de los cuales figuran:

- Antecedentes de Infección de transmisión sexual.
- Edad entre 20 y 40 años.
- Miembros de la familia con historia de Síndrome de Reiter.
- Rasgo genético asociado con síndrome de Reiter HLA-B27
- Ingestión de alimentos no bien manipulados.
- Sexo Masculino
- Cambio frecuente de pareja.

Clínica

Síntomas Oculares: Se han descrito varias lesiones a nivel ocular como conjuntivitis, es la manifestación más frecuente siendo leve de forma general aunque suele ser más grave cuando hay queratitis y uveítis. Puede preceder o seguir los demás síntomas clínicos. El paciente puede referir sensación de ardor o molestias con la luz, secreción conjuntival, blefaritis y en algunos casos uveítis anterior aguda. Aproximadamente el 5% de los pacientes desarrollan iritis, patología que si no se trata puede afectar seriamente a la visión. El lagrimeo, la secreción ocular purulenta y el edema del párpado superior pueden aparecer. La conjuntivitis es reconocida como parte de la triada clásica del síndrome de Reiter, sin embargo los pacientes pueden tener conjuntivitis pura o, una reacción conjuntival uveítis / iritis sola o una mezcla. Es reconocido que el 30 o el 50% de los pacientes que llegan al oftalmólogo con uveítis anterior tienen una enfermedad reumatológica de base. La enfermedad ocular puede llegar a ser el problema más significativo causando serios compromisos.

Síntomas de Artritis: Generalmente se ha descrito afección asimétrica y oligoarticular, de curso leve o grave en las grandes articulaciones de extremidades inferiores y puede afectar la articulación lumbosacra traducándose por dolor de espalda bajo, la afectación del talón da lugar a la tenosinovitis del tendón de Aquiles y dactilitis de los dedos de los pies. Pudiendo llegar a producir derrame, espolones calcáneos, deformidad de las articulaciones afectadas, anquilosis, sacroileítis en ocasiones indistinguibles de la Espondilitis Anquilosante. En los niños, el síndrome se caracteriza por el compromiso de las articulaciones periféricas y puede ser erróneamente diagnosticado como fiebre reumática. La artritis de la enfermedad de Reiter, hasta 1970, fue a menudo considerada aguda, de corta duración y transitoria. Los pacientes tenían un proceso autolimitado pero frecuentemente sin embargo los pacientes se han visto con una artropatía persistente o recurrente más que transitoria. La artralgia, mono artritis, poliartritis, tendinitis, tenosinovitis, fascitis, y síntomas espinales ocurren en las articulaciones que cargan peso, particularmente las rodillas y los tobillos son las más comprometidas, el síndrome de Reiter compromete preferencialmente el tendón de Aquiles, la fascia plantar, el

tobillo y las articulaciones subtalares permanece desconocido. El 20 % de los individuos con síndrome de Reiter con HLA B27 positivo desarrollan sacroiliitis unilateral o bilateral o un cuadro completo de espondilitis Anquilosante

Síntomas Genitourinarios: La uretritis y la cervicitis en la mujer suelen ser leves o asintomáticas haciendo difícil el diagnóstico a diferencia de la gonorrea que es más dolorosa y con secreción más purulenta (14) .Pueden iniciarse dentro de las tres semanas siguientes a la infección, seguidos por febrículas, artritis y conjuntivitis. Los síntomas urinarios son transitorios, manifiesto por emisión dolorosa ó difícil de orina en ambos sexos y con secreción uretral en el hombre y cervicitis en las mujeres, la cistitis, hematuria y la proctitis puede estar presente. El dolor en el extremo del pene es común, el escalofrío y la frecuencia urinaria.

Síntomas en la piel y cutaneomucosas: La más característica descrita es la queratodermia (queratoderma blenorragico) caracterizada por lesiones maculo papulosas en palmas y plantas que cualescen sobre una base eritematosa, evolucionan a lesiones ampollasas que al romperse provocan una lesión con aspecto de psoriasis, estas lesiones a su vez empeoran con el stres y el uso de fármacos como antiarrítmicos y antipalúdicos. Estas lesiones se observan en el 15 % de los pacientes. En casos muy graves cuando esta enfermedad se asocia a infección por VIH el queratoderma puede extenderse a todo el cuerpo y asumir las características s de una artritis Psoriasica postular crónica.

Se han descrito úlceras no dolorosas en la mucosa oral, lengua, paladar, labios y glande del pene, la balanitis erosión superficial no dolorosa (balanitis circinada) es la manifestación cutánea más frecuente, lesión sobre el glande y que se visualiza en el 36 % de los pacientes. La onicodistrofia también se puede observar .La pérdida de peso, falta de apetito, fatiga y la aparición de fiebre no son infrecuentes. Las manifestaciones extra articulares que se presentan en estos pacientes son similares a las que aparecen en las enfermedades autoinmunes como en la uveítis anterior, amiloidosis renal y alteraciones de la conducción cardíaca.

Complicaciones

Las complicaciones en término general son raras (13), (18), (19), sin embargo se han señalado en varios órganos de la economía (20), (21), (22).

Pulmonares: Neumonía, derrame pleural.
Sistema nervioso: Neuropatía, cambios en el comportamiento.
Cardíacos: Insuficiencia aórtica, pericarditis, arritmias y necrosis aórtica, ésta última secundaria al tratamiento.
Oftalmología: Uveítis, cataratas.
Articulares: Artritis recurrentes, artritis crónica ó sacroileítis, espondilitis Anquilosante,

Diagnóstico

No existen exámenes específicos para este (16), (18), (20), por lo que puede hacerse difícil el diagnostico (21), (22), (23).

Los factores de riesgo, antecedentes de infecciones entéricas o de transmisión sexual, los síntomas y el examen físico pueden hacer el diagnostico. El Colegio Americano de Reumatología diagnostica el Síndrome de Reiter cuando un paciente presenta afección articular periférica de más de un mes de duración, acompañada de uretritis, cervicitis o una de las restantes manifestaciones extraarticulares.

Se pueden utilizar otros medios para el mismo:

- Eritrosedimentación ó velocidad de sedimentación globular elevada sobre todo si hay presencia de artritis reactiva.
- Test de Chlamydia.
- Aspiración articular - consiste en extraer líquido de la articulación para estudio del mismo. Rayos X donde se apreciará espondilitis, sacroileítis, artritis o daño de las articulaciones – Resonancia magnética nuclear y tomografía axial computarizada para registrar imágenes de huesos y órganos internos.
- Leucograma buscando signos de infección donde aparecerá leucocitosis y neutrofilia, en fase crónica en el hemograma puede aparecer anemia.
- Proteína C reactiva: positiva.
- Estudio factor genético asociado a esta entidad HLA-B27.
- Cultivo bacteriológico, Ultrasonografía, sedimento urinario donde puede aparecer hematuria y leucocituria

Diagnóstico Diferencial (11), (10), (24).

Características.	Reiter Artritis reactiva	Artritis Psoriasica	Espondilitis Anquilosante	Espondilo artropatía Juvenil.
Marcador H L A	HLA- B27 y HLA -b7	HLA- B27 HLA- B57 HLA- Cw6 HLA- B13	HLA- B27	85 % HLA- B27
Edad	de 20 a 40 años	Adulto joven	de 30 a 40 años	de 8 a 10 años
Sexo	Relación 3.1 hombre/mujer	igual	60% hombres	80% hombres
Inicio	gradual	variable	agudo	variable
Sacroileítis	100 %	20 %	Menos 50 %	Menos 50 %
Manifestaciones cardíacas	1 a 4 %	3 a 4 %	50 %	20 %
Manifestaciones Oculares	Hasta 29 %	Hasta 20 %	Hasta 75 %	Hasta 20 %
Manifestaciones Cutáneas	Marcada	Marcada	No	0.01%

Tratamiento

La mayoría de los autores concuerda en que el síndrome de Reiter no tiene cura. Pueden desaparecer los síntomas en dos ó seis meses (13), (14), (16), pero la mitad de los pacientes presentan recidivas durante varios años (18), (19), (22), (25), (26). Tener en cuenta un número de aspectos distintos incluyendo el tratamiento de la inflamación articular del proceso infeccioso y de la prevención de ataques recurrentes de artritis (27), (28), (29).

De forma general se proscribe reposo mientras haya signos inflamatorios de las articulaciones, uso de muletas en el caso de la inflamación de la rodilla posteriormente fisioterapia con ejercicios de movimientos con rango suave para mejorar la flexibilidad y fortalecimiento de músculos para mejor soporte a las articulaciones y terapia ocupacional.

El tratamiento médico se limita a tratamiento de la pareja cuando se trata de infección por Chlamydia con doxicilina tableta de 100 mg dos veces al día por al menos 3 meses. La tetraciclina se ha usado con buenos resultados en chlamydia Trachomatis

Antiinflamatorios y analgésicos: Aspirina, Ibuprofeno (Motrin, Advil), algunos autores recomiendan la Indometacina, tolmetina efectiva para el control de la enfermedad en pocas semanas o meses.

Los corticoides sistémicos no están indicados, solo si inflamación persistente tienen uso intraarticular. Puede estar indicada la inyección local de glucocorticoides para la entesitis u oligoartritis resistente. La atrofia del vasto medial de los músculos cuádriceps puede ocurrir en pocas semanas y hay que hacer medidas preventivas tales como ejercicios isométricos, el uso de antiinflamatorios no esteroideos a menudo en altas dosis junto con aplicación local de fríos e inyecciones con corticoides dentro de la articulación son usualmente de mayor beneficio. El uso de corticoides sistémicos es indicado pero excepcionalmente solo en aquellos pacientes con una severa poliartritis o con disturbios en la conducción cardíaca.

En caso severo de la enfermedad, se puede considerar terapia para inhibir el sistema inmunitario con medicamentos inmunosupresivos como: Azatioprina (Imuran) Metotrexate. El metotrexate puede estar indicado en pacientes con enfermedad grave y prolongada. La auronofina, el aurotiomalato, Azatioprina y el metotrexate, todos han sido usados en el tratamiento de una artritis reactiva crónica

En el caso de las conjuntivitis, no requiere ningún tratamiento, en presencia de complicaciones como una iritis o uveítis se deben usar glucocorticoides oftálmicos. Las lesiones mucocutáneas pueden ser tratadas con glucocorticoides tópicos o agentes queratolíticos como ungüentos con ácido salicílico.

La sulfazalacina puede ser beneficiosa para los pacientes con enfermedades crónicas, dicha droga debe ser indicada a 0,5 a 1 gramo por día y luego debe ser incrementada gradualmente. La sulfazalacina puede ejercer un efecto benéfico en espondiloartropatía, ya sea disminuyendo la inflamación de la mucosa o actuando directamente sobre la articulación artrítica podría ser antibacteriana y puede modificar la flora intestinal. ■

BIBLIOGRAFIA

1. Enfermedad de Reiter Disponible en www.taringa.net
2. Foster CS, Vitale AT. Diagnosis and treatment of uveitis. W.B.Saunders Company, Philadelphia, 2002.
3. Lee DA, Barker SM, SU D, Allen GL, Liesegang TJ, Ilstrup DM. The clinical diagnosis of Reiter's syndrome. *Ophthalmology* 1986; 93:350.
4. Nussenblatt RB, Whitcup SM. Uveitis. Fundamentals and clinical practice. Mosby Ed., 2004.
5. Ostler HB, Dawson CR, Schachter J, Engleman EP. Reiter's syndrome. *Am J Ophthalmol* 1971; 71:986?
6. Tay-Kearney M, Schwam BL, Lowder C, Dunn JP, Meisler DM, Vitale S, Jabes DA. Clinical features and associated systemic diseases of HLA B27 uveitis. *Am J Ophthalmol* 1996; 121:47?
7. Wakefield D, Montanaro A, Cluskey PM. Acute anterior uveitis and HLA B27. *Survey of Ophthalmology* 1991; 36:223.
8. Linszen A, Meenken C. Outcomes of HLA B27-Positive and HLA B27-Negative acute anterior uveitis. *Am J Ophthalmol* 1995; 120:351?
9. Schumacher HR. Primer on the rheumatic diseases. 10 ed. Atlanta: Arthritis Foundation, 1993:158-61.
10. Lavalle C. Reumatología clínica. México, DF: Editorial Noriega, 1990:273-83.
11. Khamashtha MA. Enfermedades autoinmunes del tejido conectivo. Barcelona: Doyma, 1991:1-8.
12. Keat A, Rowe I. Reiter's syndrome and associated arthritides-rheuma. *Med Clin North Am* 1991; 17:25-42.
13. Carter JD. Reactive arthritis: defined etiologies, emerging pathophysiology, and unresolved treatment. *Infect Dis Clin North Am* 2006; 20 (5): 827-47.
14. Kasper DL, Ed: Reactive arthritis. In: Harrison's Online. Part 13. Section 2. Chap 305. McGraw Hill; 2004.
15. Cecil Textbook of Medicine, 21st ed. W.B. Saunders Co., 2000.
16. Textbook of Primary Care Medicine, 3rd ed. Mosby Inc., 2001.
17. Tiny LM, Mc-Phee SJ, Papadakis MA. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. 35° edición. México: Editorial El Manual Moderno, 2000: 829-830.
18. Kelley's Textbook of Rheumatology, 6th ed. W.B. Saunders Co., 2001.
19. Primary Care Medicine, 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
20. Farreras Rozman. Medicina Interna. Madrid: Editorial Mosby/Doyma Libros Modernos, 2000: Vol 1; 1034-1035.
21. Hatem CJ, Ketyle WM, Pinals RS. Mksap 12 Reumatología. Buenos Aires: Copyright 2000 AP Americana de Publicación, 2000: Vol 1; 31-32
22. 9. Vitanem AM, Veale DR, Rhaman MU. Reumatología N°8. Buenos Aires: Editorial copyright, Americana de Publicación, 2001: Vol 2; 33
23. Harrison's Principles of Internal Medicine, 14th Ed. The McGraw-Hill Companies, 2000.
24. Rosadilla A. Atlas de reumatología del adulto. Barcelona: Edika-Médica, 1993:60-6

25. Fauci AS, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, Isselbacher KJ. Harrison's Principles of internal Medicine, 14^o edición. Nueva York: Editorial Mc. Graw-Hill, 1999: vol. 2; 1906-1907.
26. William NE, Harris- Kelley D. Medicina Interna. 2^o edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana, 1995: Vol. 1; 1022-1023.
27. Inman, R. D. And Scofield, R. (1994). Etiopathogenesis of ankylosing spondylitis and reactive arthritis. Current Opinion in Rheumatology, 6, 360-70
28. Khan, M. A. (1997). Spondyloarthropathies: Editorial review. Current Opinion in Rheumatology, 9, 281-3.
29. Calin A., and Taurog J (1998). The Spondyloarthritides. Oxford University Press.

Publicado por **iMedPub Journals**

<http://www.imedpub.com>

ARCHIVOS DE MEDICINA es una revista en español de **libre acceso**

Publica artículos originales, casos clínicos, revisiones e imágenes de interés sobre todas las áreas de la medicina

ARCHIVOS DE MEDICINA se hace bilingüe

Para la versión en inglés los autores podrán elegir entre publicar en Archives of Medicine (<http://archivesofmedicine.com>) o International Archives of Medicine (<http://www.intarchmed.com>)

Reiter's Syndrome

Abstract

Reiter's syndrome is a systemic disorder characterized by ocular conjunctivitis or uveitis, reactive arthritis, and urethritis manifestations. The exact cause of reactive arthritis is unknown. It occurs most commonly in men before the age of 40. It may follow an infection with Chlamydia, campylobacter, salmonella, or Yersinia. Certain genes may make you more prone to the syndrome. The diagnosis is based on symptoms. The goal of treatment is to relieve symptoms and treat any underlying infection. Reactive arthritis may go away in 3 - 4 months, but symptoms may return over a period of several years in up to a half of those affected. The condition may become chronic. Preventing sexually transmitted diseases and gastrointestinal infection may help prevent this disease. Always wear a condom during intercourse. Wash your hands and surface areas thoroughly before and after preparing food.

Key words: syndrome; Skin disease; Eye disease; Urinary system disease; Diseases of the osteoarticular system; Bacteriosis