

## Artritis postestreptocócica en un paciente adulto: reporte de caso

### Post-streptococcal arthritis in an adult patient: case report

Mateo Zuluaga Gómez<sup>1</sup>, Juan C. Lopera Restrepo<sup>1</sup>, Daniel Vanegas Isaza<sup>1</sup>, Carlos J. Velásquez Franco<sup>2</sup>

#### Resumen

*La artritis postestreptocócica es una entidad que se manifiesta por compromiso articular secundario a infección orofaríngea secundaria a Streptococcus beta hemolítico del grupo A. Se presenta el caso de un paciente de 43 años, previamente sano, que siete semanas después de un episodio de faringoamigdalitis desarrolló un cuadro oligoarticular, aditivo, no migratorio, con lesiones dermatológicas. Se documentaron títulos elevados de antiestreptolisina O, cumpliendo con los criterios propuestos por Ayoub y Ahmed, y se diagnosticó artritis postestreptocócica. El paciente presentó respuesta adecuada a dosis moderadas de corticoesteroides.*

**Palabras clave:** cartritis reactiva, antiestreptolisina, faringitis, amigdalitis, fiebre reumática, *Streptococcus pyogenes*.

#### Abstract

*Post-streptococcal reactive arthritis is an entity that includes joint involvement secondary to oropharyngeal infectious process associated with beta hemolytic group A Streptococcus. We report a clinical case of 43 year-old man, previously healthy, that seven weeks after a tonsillopharyngitis, developed an additive, non-migratory oligoarthritis, with skin lesions. High titers of antistreptolysin O antibodies are documented, with fulfillment of Ayoub and Ahmed proposed criteria for post streptococcal reactive arthritis. The patient presented adequate response to moderate doses of corticosteroids.*

**Keywords:** reactive arthritis, antistreptolysin, pharyngitis, tonsillitis, rheumatic fever, *Streptococcus pyogenes*.

Fecha de recepción: 7 de julio de 2014  
Fecha de aceptación: 6 de octubre de 2014

<sup>1</sup> Estudiantes de pregrado Facultad de Medicina, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín (Colombia).

<sup>2</sup> Profesor asociado de Medicina Interna, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana. Médico internista reumatólogo, Clínica Universitaria y Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín (Colombia). carjaivel@hotmail.com

**Correspondencia:** Carlos Jaime Velásquez Franco. Calle 9 sur 32-210, apartamento 203. Teléfono: 3114294. carjaivel@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

La artritis postestreptocócica es una entidad clínica que se manifiesta por compromiso articular secundario a un proceso infeccioso orofaríngeo asociado a *Streptococcus* B hemolítico del grupo A. La edad de aparición más frecuente es entre 21 y 37 años, sin distinción de sexo; se presenta más en pacientes con el alelo HLA-DRB1\*01, que funciona como disparador posterior a la infección. Las manifestaciones que se pueden encontrar son: síntomas generales, compromiso oligoarticular no migratorio, que se caracteriza por dolor, edema e impotencia funcional de muñecas, articulaciones metacarpofalángicas, tobillos y caderas, con pobre respuesta a salicilatos y a antiinflamatorios no esteroideos (AINES), además de una pléyade de manifestaciones dermatológicas. Estos individuos tienen factor reumatoideo y HLA-B27 negativos. El diagnóstico se basa en la clínica, en los títulos altos de anticuerpos antiestreptolisina O (AELOS) y en la elevación de reactantes de fase aguda. El tratamiento es sintomático, para las manifestaciones articulares y dermatológicas, con AINES y corticoesteroides. La Asociación Americana del Corazón recomienda iniciar profilaxis con penicilina o eritromicina (esta última en caso de alergia a los betalactámicos) durante un año, descartando que no haya manifestaciones valvulares, las cuales se presentan en el 6 %.

## OBSERVACIÓN CLÍNICA

Hombre de 43 años, previamente sano, con historia inicial de siete semanas de fiebre subjetiva y odinofagia intensa; se diagnosticó amigdalitis aguda y se inició tratamiento con clindamicina 300 mg VO cada 12 horas. Cinco días después presentó lesiones cutáneas en el 20 % de la superficie corporal, consistentes en

placas eritematosas con descamación central escasa, de 8 cm aproximadamente, edematizadas, pruriginosa y dolorosa, ubicadas en cuello, brazos, espalda superior, dorso de las manos, muslos y zona maleolar medial. Concomitantemente, el paciente presentó artritis e impotencia funcional en muñecas y articulaciones metacarpofalángicas, además de dolor a la movilización pasiva en cadera izquierda y fiebre objetiva de 38.3°C. Se tomaron hemocultivos, que fueron negativos, y no se encontró foco infeccioso. El paciente recibió metilprednisolona 80 mg IV cada 8 horas por 72 horas, con lo cual mejoraron totalmente los síntomas cutáneos y articulares; al terminar el ciclo de corticosteroides, el paciente presentó recaída de todos los síntomas, motivo por el cual fue hospitalizado. Resultado general de paraclínicos realizados: función renal, hemograma y uroanálisis normales; VDRL, ENAS, ANAS, factor reumatoide, HLA-B27, FTA-Abs, hepatitis C, HIV y hepatitis B: negativos, AELOS positivos en títulos altos (526 Unidades Todd; límite superior hasta 300). Resonancia nuclear magnética de columna lumbar, caderas y articulaciones sacroilíacas sin hallazgos patológicos. La biopsia de piel mostró una epidermis con hiperqueratosis, acantosis e infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular e intersticial. Se descartó enfermedad autoinmune o toxicodermia.

Se inició prednisona 20 mg diarios por ocho semanas, con lo cual mejoraron totalmente los síntomas cutáneos y articulares, sin recaídas luego de la reducción paulatina de la dosis, hasta la suspensión a las doce semanas.

## DISCUSIÓN

La artritis postestreptocócica se presenta con frecuencia en Europa del Este y en Estados Unidos, con una incidencia anual de 2 por

cada 100 000 habitantes (1-3). Etiológicamente se asocia a una infección orofaríngea por *Streptococcus pyogenes* que desencadena síntomas articulares y dermatológicos (síndrome artritis-dermatitis). Como diagnósticos diferenciales se encuentran: lupus eritematoso sistémico, espondiloartritis, neoplasias, enfermedades metabólicas, síndrome de Sweet y fiebre reumática del adulto (4); con respecto a esta última se ha debatido si corresponden a una misma patología o si son independientes (5,6), debido a que presentan una etiología común.

Ayoub y Ahmed (7) proponen unos criterios alternos para el diagnóstico de artritis postestreptocócica (tabla 1), teniendo en cuenta las manifestaciones clínicas de la artritis, la evidencia de la infección y la ausencia de otros criterios que encajan en el diagnóstico de fiebre reumática según los criterios de Jones (8,9).

**Tabla 1.** Criterios para el diagnóstico de artritis reactiva postestreptocócica

Criterios para el diagnóstico de artritis postestreptocócica
Características de la artritis Inicio agudo, simétrico o asimétrico, no migratorio Recurrente o prolongada Pobre respuesta a los salicilatos o a los AINES
Evidencia de infección por <i>Streptococcus</i> del grupo A
No presencia de otras manifestaciones de fiebre reumática aguda
No cumple criterios para fiebre reumática aguda (Criterios de Jones)

Fuente: Modificado de Ayoub y Ahmed (5).

En la tabla 2 se presentan las diferencias entre estas dos enfermedades.

La serología es de gran importancia para el diagnóstico definitivo de la patología arti-

cular; Valtonen et al. (10) encontraron que las enfermedades más comunes asociados a títulos elevados de AELOS fueron: fiebre reumática, artralgia o mialgia inespecíficas asociadas a infección estreptocócica y artritis reactiva, por lo cual la evidencia de estos anticuerpos elevados permite circunscribir el diagnóstico diferencial y diagnosticar, con cierta precisión, las entidades articulares secundarias a infecciones orofaríngeas (10).

**Tabla 2.** Similitudes y diferencias entre fiebre reumática aguda y artritis postestreptocócica

Diferencias	Fiebre reumática aguda	Artritis post estreptocócica
Periodo de latencia	2-3 semanas	Menor a 10 días
Edad	4-9 años	8-14 años y 21-37 años
Sexo	Femenino > Masculino	Femenino = Masculino
Artritis	No siempre, aumenta con la edad, migratoria, severa, duración de una semana con resolución a las tres semanas	Todos los pacientes. Aditiva, prolongada, duración de dos meses en promedio
Compromiso dermatológico	Eritema marginado, tardío en su aparición el curso de la enfermedad	Eritema nodoso y diferentes tipos de rash
Respuesta a la aspirina o a los Antiinflamatorios no esteroideos (AINES)	Buena respuesta	Respuesta moderada

Fuente: modificada de Van der Helm-van et al. (3).

También debe tenerse en cuenta que en solo 60 % (11) hay antecedente clínico claro de infección faríngea y entre un 29-37 % (12) hay resultado de cultivo faríngeo positivo.

Con respecto al tratamiento, algunos autores apoyan las recomendaciones de la American Heart Association para la profilaxis de infecciones estreptocócicas recurrentes para evitar

el compromiso valvular. En pacientes que han presentado más de un episodio de artritis reactiva postestreptocócica podría ser útil la profilaxis con penicilina G benzatínica 1 200 000 unidades mensuales, buscando evitar las recidivas articulares a futuro (1,13). Los períodos de artritis por lo general son prolongados, recurrentes y con respuesta variable a los antiinflamatorios no esteroides, distinto a lo que se puede observar en la mejoría clínica de un paciente con fiebre reumática, quien responde característicamente a los salicilatos (14). Con respecto al uso de esteroides en esta entidad, no se encuentran muchos reportes al respecto; su uso está permitido pero bajo vigilancia médica, debido a posibles complicaciones que puedan presentarse durante su administración, idealmente con disminución gradual de la dosis luego de observarse mejoría, como se logró con el paciente de este caso, quien obtuvo una buena evolución de su sintomatología. Debido a la ausencia de recaídas en este paciente, no se consideró la terapia profiláctica, además por ser primer episodio de faringoamigdalitis.

**Conflicto de interés:** ninguno.

**Financiación:** Universidad Pontificia Bolivariana.

## REFERENCIAS

1. Shulman ST, Ayoub EM. Streptococcal reactive arthritis. *Curr Opin Rheumatol* 2002; 14: 562-65.
2. Mackie SL, Keat A. Poststreptococcal reactive arthritis: what is it and how do we know? *Rheumatology* 2004; 43: 949-54.
3. Van der Helm-van Mil AH. Acute rheumatic fever and poststreptococcal reactive arthritis reconsidered. *Curr Opin Rheumatol* 2010; 22: 437-42.
4. Keat A. Reiter's syndrome and reactive arthritis in perspective. *N Engl J Med* 1983; 309: 1606-15.
5. Jansen TL, Janssen M, de Jong AJ, Jeurissen ME. Post-streptococcal reactive arthritis: a clinical and serological description, revealing its distinction from acute rheumatic fever. *J Intern Med* 1999; 245: 261-7.
6. Li EK. Rheumatic disorders associated with streptococcal infections. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2000; 14: 559-78.
7. Ayoub EM, Ahmed S. Update on complications of group A streptococcal infections. *Curr Prob Pediatr* 1997; 27: 90-101.
8. Jones TD. The diagnosis of rheumatic fever. *JAMA* 1944;126: 481-84.
9. Barash J, Mashlach E, Navon-Elkan P, Berkun Y, Harel L, Tauber T et al. Pediatric rheumatology study group of Israel. Differentiation of post-streptococcal reactive arthritis from acute rheumatic fever. *J Pediatr* 2008; 153: 696-9.
10. Valtonen JM, Koskimies S, Miettinen A, Valtonen VV. Various rheumatic syndromes in adult patients associated with high antistreptolysin O titres and their differential diagnosis with rheumatic fever. *Ann Rheum Dis* 1993; 52: 527-30.
11. Wallace MR, Garst PD, Papadimos TJ, Oldfield EC 3<sup>rd</sup>. The return of acute rheumatic fever in young adults. *JAMA* 1989; 262: 2557-61.
12. Guidelines for the Diagnosis of Rheumatic fever. Jones criteria, 1992 update. *JAMA* 1992; 268: 2069-73.
13. Moya F, Martinez S, Comulada J, Granados J. Artritis reactiva postestreptocócica. *Rev Esp Reumatol* 2000;27: 77-8.
14. Casado E, Lacámara N, Piñeiro R, Siles A et al. Fiebre reumática aguda versus artritis reactiva postestreptocócica ¿Qué diría Jones? *J Anpedi* 2011;76(3):178-9.