

Artritis reactiva tras infección reciente por estreptococo betahemolítico del grupo A y *Salmonella* del grupo B

J.A. Gómez Carrasco^a, A. Carrasco Torres^a, P. Sevilla Ramos^a,
J.C. López Robledillo^b y E. García de Frías^a

^aServicio de Pediatría. Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

^bUnidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Niño Jesús. Madrid.

(An Esp Pediatr 2001; 54: 510-512)

Se expone el caso clínico de una niña de 2 años y 8 meses de edad que presentó monoartritis de rodilla de instauración y resolución lentas, poco después de haber presentado una faringitis aguda y un proceso diarreico entre 1 y 2 semanas antes, respectivamente. Los datos complementarios sugieren que se trata de una artritis reactiva tras una infección estreptocócica, demostrándose además *Salmonella* en heces. La artritis reactiva postestreptocócica, a diferencia de la fiebre reumática, suele tener un curso clínico lento y no cumple los criterios de Jones. La coincidencia en el tiempo con el padecimiento de una infección gastrointestinal por *Salmonella* plantea la posibilidad de que la asociación de ambos gérmenes, productores por sí mismos de artritis reactiva, posean una actuación sinérgica en el paciente referido.

Palabras clave:

Artritis reactiva. *Streptococo del grupo A. Salmonella del grupo B.*

REACTIVE ARTHRITIS SHORTLY AFTER STREPTOCOCCUS β -HEMOLYTICUS TYPE A AND SALMONELLA TYPE B INFECTION

We report the case of a girl aged 2 years and 8 months with monoarticular arthritis of the knee. Onset and outcome were slow. The child had suffered uncomplicated pharyngitis and a diarrheal process 1 and 2 weeks respectively prior to developing the disease. Additional data suggested the presence of reactive arthritis after *Streptococcus* infection. *Salmonella* was also detected in the feces. Unlike rheumatic fever, post-streptococcus reactive arthritis does not follow Jones' criteria and the clinical course is slow. Because gastrointestinal infection with both *Streptococcus* and *Salmonella* occurred simultaneously, the interaction between both agents, each of which alone can cause reactive arthritis, might have produced a synergic action in our patient.

Key words:

Reactive arthritis. *Streptococcus β -hemolyticus type A. Salmonella type B.*

INTRODUCCIÓN

El interés de presentar el caso de una paciente que ha padecido una artritis reactiva con signos de infección estreptocócica reciente radica, en primer lugar, en el hecho de que se trata de un proceso poco frecuente o poco reconocido, y todavía lo es menos su historia natural. En segundo lugar, tomando como argumento este caso, y dada la corta edad de la niña, contribuir a subrayar la relevancia del estreptococo betahemolítico como agente infeccioso, que de nuevo cobra importancia en la enfermedad infecciosa pediátrica y, en particular, en años recientes¹. En tercer lugar, este caso tiene la peculiaridad de que en él coexistía *Salmonella* en heces, tras un proceso gastroenterítico agudo en las semanas previas.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Niña de 2 años y 7 meses que 2 días antes de ingresar en el servicio de pediatría presentó fiebre moderada y dolor subjetivo referido en la extremidad inferior izquierda. Posteriormente se observó claudicación para la marcha e imposibilidad de apoyar dicha extremidad, sin signos de inflamación visibles. La semana previa había padecido un catarro de vías respiratorias superiores por el que no recibió tratamiento antibiótico. Así mismo se refirió un proceso diarreico leve 2 semanas antes. La paciente no presentaba otros antecedentes personales ni familiares de interés. En la exploración física se observó rodilla izquierda en flexo con aumento de temperatura local, tumefacta y con signos de derrame e impotencia funcional. El estado general era bueno y el resto de la exploración

Correspondencia: Dr. J.A. Gómez Carrasco.

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Ctra. de Meco, s/n. Alcalá de Henares. 28805 Madrid.

Correo electrónico: jgomez@hupa.insalud.es

Recibido en junio de 2000.

Aceptado para su publicación en enero de 2001.

sistemática, normal. En las exploraciones complementarias destacaban los siguientes resultados: hemograma con series roja, blanca y plaquetaria normales; bioquímica hemática, inmunoglobulinas G, A, M y C3 y C4 normales; proteína C reactiva (PCR); 15,6 mg/l; antiestreptolisina O (ASLO), 1.070 U/ml; factor reumatoide y anticuerpos antinucleares (ANA), negativos. El electrocardiograma resultó normal. El examen del líquido sinovial mostró: leucocitos, 36.000 (mononucleares, 30%; polimorfonucleares, 70%); glucosa, 73 mg/dl; proteínas, 3,5 g/dl; Mantoux negativo; hemocultivo y cultivo de líquido sinovial, negativos; test de ELISA para antígeno del estreptococo beta-hemolítico del grupo A en faringe, positivo. La radiografía de rodilla izquierda mostraba desplazamiento de líneas grasas suprarrotulianas compatible con derrame intraarticular. La radiografía de tórax fue normal.

Ante el caso descrito, los hallazgos en las pruebas complementarias, la ausencia de fiebre en el momento del ingreso, y al no cumplir los criterios de Jones de fiebre reumática, la paciente fue diagnosticada de artritis reactiva postestreptocócica. En el momento del alta se prescribió antibioterapia oral con penicilina para erradicar el estreptococo de faringe y se pautó ibuprofeno oral como antiinflamatorio. Tras una mejoría inicial, la paciente mantenía cierto grado de tumefacción de la rodilla de forma más o menos estable. Reapareció 10 días después fiebre elevada, e incremento de la tumefacción de la rodilla con signos de derrame; el resto de la exploración física era normal. En ese momento, entre las exploraciones complementarias, el hemograma y la bioquímica sistemática fueron normales. La radiografía de la rodilla seguía siendo normal, la ecografía demostró derrame articular y el líquido sinovial tiene las características siguientes: 3.200 leucocitos (poli-

morfonucleares, 48%, mononucleares, 52%, glucosa, 6 mg/dl, proteínas totales, 6,6 g/dl), adenosindesaminasa (ADA) en líquido sinovial, 70 U/l (elevado). El cultivo de líquido sinovial continúa siendo negativo; tinción de auramina, para *Mycobacterium tuberculosis*, negativa, cultivo específico para micobacterias, negativo. El C3 y C4 eran normales y el factor reumatoide y los ANA se mantenían negativos. Un segundo electrocardiograma y un ecocardiograma son normales. El HLA-B27 es negativo. La determinación secuencial del ASLO y la PCR se muestra en la figura 1. Estudio serológico: rubéola, citomegalovirus, parvovirus B19 y *Brucella* negativo. Serología para virus EB: anticuerpos heterófilos positivos; IgM anti-VCA, positivo. No se llevó a cabo serología para *Borrelia burgdorferi*. El segundo Mantoux fue negativo. En el coprocultivo rutinario recogido en el primer ingreso se obtuvo *Salmonella del* grupo B sensible a ampicilina y cotrimoxazol; el control del coprocultivo 7 días más tarde resultó negativo. El examen oftalmológico fue normal.

Ante la reaparición de la fiebre, y aunque no existían pruebas de artritis supurada, en espera del resultado del segundo cultivo del líquido sinovial, se instauró tratamiento con cefotaxima y cloxacilina, medicación que se mantuvo 10 días. El tratamiento con ibuprofeno se continuó en dosis antiinflamatorias. Con la evidencia de que no se trataba de una artritis infecciosa y el convencimiento de que era reactiva, se mantuvieron los antiinflamatorios no esteroides (AINE), ya sin antibióticos, durante las semanas siguientes. No mejoró de forma significativa hasta la quinta semana desde el inicio del proceso. A partir de entonces la paciente se encuentra asintomática, y lleva vida normal, sin ninguna limitación de los movimiento activos o pasivos de la rodilla afectada.

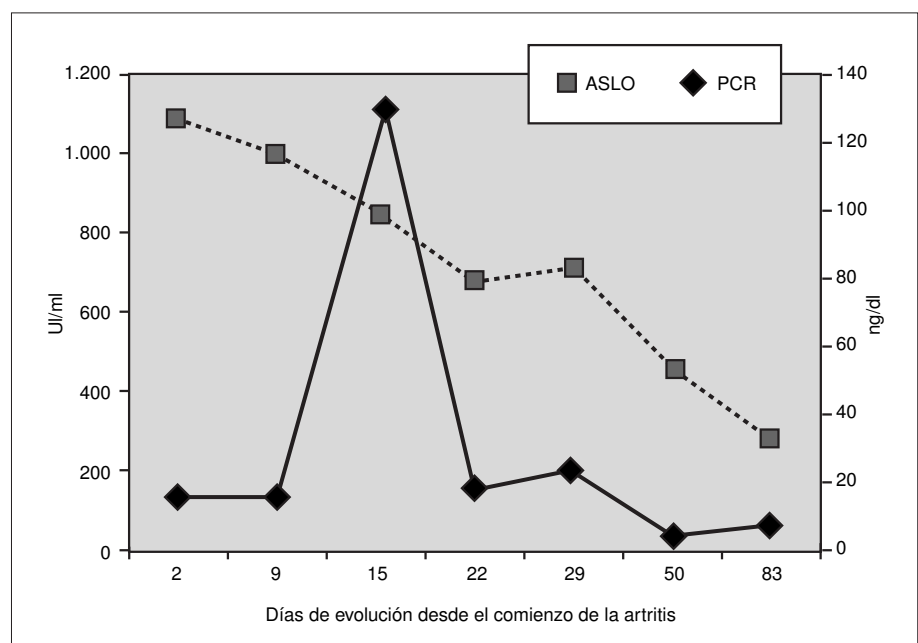


Figura 1. Evolución del valor de la antiestreptolisina O (ASLO) (U/ml) y de la proteína C reactiva (PCR) (ng/dl).

DISCUSIÓN

La artritis reactiva postestreptocócica es una inflamación articular estéril, asociada a la evidencia de infección estreptocócica previa. La enfermedad fue descrita en el año 1982, y su frecuencia está aumentando, con una incidencia aproximada, según los diferentes estudios consultados del 4% de niños con procesos reumáticos¹. Aparece en el intervalo de edad entre los 5 y los 16 años (media, 9 años) y no existen diferencias entre los sexos. Los criterios diagnósticos habitualmente utilizados son: *a)* artritis/artralgia tras una infección por estreptococo betahemolítico del grupo A; *b)* no cumplir los criterios de Jones para el diagnóstico de fiebre reumática, y *c)* descartar otras artritis reactivas²⁻⁵. Se diferencia de la fiebre reumática en varios aspectos, entre los que destacan el período de latencia libre de síntomas que es de aproximadamente 10 días en la artritis reactiva postestreptocócica, frente a los 21 días en la fiebre reumática. La artritis es de carácter recurrente y prolongada con una duración aproximada de 2 meses en la primera, comparada con el carácter migratorio con resolución completa en unas semanas de la segunda. Finalmente, la artritis reactiva postestreptocócica presenta una peor respuesta a los salicilatos y AINE en general.

A pesar de lo que se acaba de exponer somos conscientes de que existen diferencias entre los expertos en la terminología utilizada para referirnos a estos procesos tradicionalmente denominados artritis reactivas. Recientemente, en el IV International Workshop on Reactive Arthritis, en Berlín-1999⁶, un cuestionario dirigido a especialista en reumatología ponía de manifiesto diferencias de criterio importantes, pero también destacaba puntos de acuerdo sólidos; así, se está de acuerdo en que debe utilizarse más apropiadamente el término de “artritis relacionada con infección” para casos con historia de infección sintomática precedente con un intervalo mínimo de tiempo de entre 1 y 7 días y un máximo de 4 semanas, el patrón de articulaciones afectadas predominante es asimétrico y afectan los miembros inferiores. Se está de acuerdo en reservar el término “artritis reactiva” para los casos con síntomas similares asociados a patógenos, con antígeno HLA-B27 más espondiloartropatía.

En el caso de nuestra paciente, al confirmarse la presencia de *Salmonella* en heces, el diagnóstico de artritis reactiva postestreptocócica podría cuestionarse, dado que el tercer criterio diagnóstico exige haber descartado otras artritis reactivas. No obstante, la peculiaridad de nuestra paciente y en otros que puedan ser similares, radica en no poder afirmar cuál de ambos, si es que sólo uno de

los dos gérmenes, fue el responsable del fenómeno inflamatorio postinfeccioso. Dado que ambos gérmenes pueden ser responsables de artritis reactiva parainfecciosa o postinfecciosa y ambos son coincidentes en el tiempo en esta paciente, creemos imposible excluir a ninguno como responsable del proceso inflamatorio. Desde luego, nuestro caso se considera como una “artritis asociada a infección” por estreptococo y *Salmonella*. Aun no encontrándose descrita la asociación de estreptococo con otros gérmenes o con *Salmonella* en la bibliografía consultada, recientemente se ha presentado un caso en el II Congreso de Reumatología Pediátrica⁷ (Valladolid, 1999), en el cual ambos gérmenes estaban presentes en un niño de 8 años de edad, con un curso clínico muy similar al nuestro.

Creemos y proponemos que, en los casos inhabituales de simultaneidad de agentes infecciosos reconocidos como responsables de inflamación articular aséptica, se contemple la posibilidad de que ambos estén implicados y, más probablemente, actúen de forma sinérgica en el origen de la inflamación articular. En vista de lo aquí comentado, y aún no pudiendo afirmar que la coincidencia de gérmenes favorezca el fenómeno de la “artritis asociada a infección”, creemos que, como mínimo, no es posible rechazar la idea de “sinergia” de microorganismos en la patogenia de estos procesos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adhmed S, Ayoub EM, Scornik JC, Wang C, She J. Poststreptococcal reactive arthritis: clinical characteristics and association with HLA-DR alleles. *Art Rheum* 1998; 41: 1096-1102.
2. Merino Muñoz R, Viota Losada F, Sancho Madrid B, Castro Gussoni C, García-Consuegra Molina J. Fiebre reumática y artritis postestreptocócicas. *An Esp Pediatr* 1991; 35: 239-242.
3. Schaffer FM, Agarwal MD, Helm J, Gingell RL, Roland JMA, O'Neil KM. Poststreptococcal Reactive Arthritis and Silent Carditis: a case report and review of the literature. *Pediatrics* 1994; 93: 837-839.
4. Schattner A. Poststreptococcal reactive rheumatic syndrome. *J Rheumatol* 1996; 23: 1297-1298.
5. Birdi N, Allen U, D'Astous J. Poststreptococcal reactive arthritis mimicking acute septic arthritis: a hospital-based study. *J Ped Orthopaed* 1995; 15: 661-665.
6. Braun J, Kingsley G, Van der Heijde D, Sieper J. On the difficulties of establishing a consensus on the definition of and diagnostic investigations for reactive arthritis. Results and discussion of a questionnaire prepared for the 4th International Workshop on Reactive Arthritis, Berlin, Germany, July 3-6, 1999. *J Rheumatol* 2000; 27: 2185-2192.
7. Ros JB, Soria E, Domingo A, Rodríguez L, Martín I, González E. Artritis reactiva [resumen]. *An Esp Pediatr* 2000; 52: 97.