



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. julio-dic. 2000; 4(2):75-83

ARTÍCULO ORIGINAL

Comportamiento del síndrome de reiter en niños y adultos en la provincia de Pinar del Río

Behavior of Reiter's syndrome in children and adults in Pinar del Rio province

**Jorge Félix Rodríguez Hernández¹, María Isabel Basabes Márquez²,
Alejandro Márquez Ferrer³, Orestes René Rodríguez Hernández⁴.**

¹Especialista de I Grado en reumatología. Profesor Instructor. Clínica Provincial de Reumatología "Isabel Rubio Díaz". Pinar del Río.

²Especialista de I Grado en Pediatría. Profesor Instructor. Clínica Provincial de Reumatología "Isabel Rubio Díaz". Pinar del Río.

³Especialista de I Grado en Medicina General integral. Clínica Provincial de Reumatología "Isabel Rubio Díaz". Pinar del Río.

⁴Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Deportiva. Clínica Provincial de Reumatología "Isabel Rubio Díaz". Pinar del Río.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y descriptivo en 36 pacientes con Síndrome de Reiter Clásico, en igual proporción de niños y adultos, diagnosticados y tratados durante la fase aguda de la enfermedad, por el Servicio provincial de Reumatología de Pinar del Río, en el período comprendido desde abril de 1997 hasta abril 1999, con el objetivo de determinar algunas características clínico-epidemiológicas. Se presentó la enfermedad en edades de 6 a 44 años, con predominio del color de la piel blanca y en el sexo masculino. Resultó más frecuente el síndrome de Reiter post-enteral, en niños y adolescentes, con un período de lactancia que osciló entre 11 a 20 días en la mayoría, describiéndose como patrón secuencial más común de presentación clínica en niños la diarrea, fiebre, conjuntivitis, uretritis a diferencia de los adultos: diarrea o secreción uretral, uretritis y conjuntivitis. Prevalció la forma oligoarticular asimétrica.

DeCS: SÍNDROME DE REITER, NIÑO, ADULTO.

ABSTRACT

A prospective, descriptive and longitudinal study was carried out in a population of 36 patients suffering of Classic Reiter's Syndrome who were diagnosed and treated during the acute phase of the disease by the Provincial Rheumatology Service of Pinar del Río between April 1997 to April 1999, the ratio between children and adults was similar. The aim of the study was to determine some clinical-epidemiological patterns. The disease was present in 6 to 44 year old patient with a predominance of white male patients. The post-enteral Reiter's Syndrome was more frequent in children and teenagers with a latent period ranging between 11 - 20 days in the most of them. The more common sequential pattern of clinical presentation in children was diarrhea, fever, conjunctivitis, urethritis, arthritis unlike adults who had diarrhea or urethral secretion, urethritis, arthritis and conjunctivitis, predominating the asymmetrical oligoarticular form.

DeCS: REITER'S SYNDROME, CHILD, ADULT.

INTRODUCCIÓN

Desde el siglo XVI se tiene conocimiento del desarrollo de la artritis en hombres que habían adquirido recientemente una infección uretral. Otros autores describieron esta forma de presentación dadas por la asociación de estos dos signos, pero no fue hasta 1818 que Sir Benjamin Brodie registra la primera asociación de uretritis, artritis y conjuntivitis, observadas en cinco pacientes. Casi 100 años después en 1916, Hans reiter se refirió a un caso que desarrolló un cuadro disentérico agudo caracterizado por acompañarse de artritis, uretritis no gonocócica y conjuntivitis. En ese mismo año Hiessinger y Le Roy diagnosticaron 4 casos de diarrea leve asociada con un síndrome conjuntouretralesinovial. A ellos se debe la denominación de la enfermedad de Hiessinger - Le Roy - Reiter, simplificada en la primera descripción en Estados Unidos en 1942 por Bauer y Engelman a Síndrome de Reiter con el que es ampliamente reconocido.¹

Este síndrome es una antropatía inflamatoria seronegativa, asimétrica, recurrente, que afecta predominantemente a extremidades inferiores, articulaciones sacroilíacas y columna vertebral. Aparece relacionada con una uretritis no gonocócica o con una Enfermedad Diarréica Aguda. El cuadro clínico se completa con la presencia de conjuntivitis y/o iritis, así como lesiones mucocutáneas. Afecta predominantemente al 90 % de los varones jóvenes entre los 18 a 26 años, pero puede observarse en edades entre 2 a 40 años, aunque los reportes en niños son escasos.²

La etiología no está clara aunque se invocan factores infecciosos como Salmonella enteritidis, Salmonella typhimurium, Yersinia enterocolítica y Campilobacter yeyuni, Shigella, Clamidia, Ureaplasma urealyticum. En su etiología se invocan factores genéticos relacionados con el HLA _ B27 cuya frecuencia de asociación es de un 80 %.³⁻⁷

Dada la importancia que tiene su diagnóstico oportuno en los diferentes grupos de edades, estableciendo la secuencia de presentación de los síntomas, decidimos estudiar el comportamiento de algunas características clínico -epidemiológicas en su forma clásica, a través de un análisis comparativo en infantes y adultos, con el objetivo de ampliar los conocimientos sobre la enfermedad.

MÉTODO

Se realizó un estudio un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo de los pacientes con diagnóstico confirmado de Síndrome de Reiter Clásico, hospitalizados en los Servicios de Reumatología del Hospital Pediátrico y Clínicos Quirúrgicos Provinciales de Pinar del Río, en el periodo comprendido de abril de 1997 hasta abril de 1999.

Se tomó la muestra de 36 pacientes armónicamente fraccionados en niños y adultos, seleccionados en el universo de casos atendidos por la especialidad durante el proceso agudo de la enfermedad.

Elaboramos encuestas a los efectos de esta investigación, auxiliándolos de las historias clínicas ambulatorias y hospitalarias.

Se analizó descriptivamente la información y se procesaron los resultados sobre la base del Test de significación para proporciones con un nivel de confiabilidad del 95 %.

RESULTADOS

Relacionamos las variables personales de edad, sexo y color de la piel en la tabla 1, registrándose la enfermedad en las edades comprendidas de 6 a 44 años, distribuidos armónicamente entre niños y adultos, señalándose que para este último grupo el 33,33 % correspondió a las edades entre 15 y 29 años y el 16,66 % estaba entre 30 y 44 años.

En relación con el sexo los resultados obtenidos muestran mayor número de pacientes masculinos 19 (80,55 %) en comparación con 7 niñas que representaban el 19,44 %. Señalamos que el 100 % de los adultos pertenecieron al sexo masculino.

Predominó significativamente la piel blanca en el 83,33 % de la muestra que incluyó la totalidad de los adultos.

Tabla 1. Distribución de los pacientes según edad, sexo y color de la piel.

Grupo de edades	Sexo n = 36				Color de la piel n = 36					
	Masculino		Femenino		Blanca		Negra		Mulata	
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
6 a 14 años	11	30,55	7*	19,44	12	37,5	2	5,55	4	11,11
15 a 29 años	12	33,33	-	-	12	33,33	-	-	-	-
30 a 44 años	6	16,66	-	-	6	16,66	-	-	-	-
Total	29	80,55	7	19,44	30	83,33	2	5,55	4	11,11

Fuente: Historia Clínicas y encuestas realizadas.

(* 38,88 % del total de casos pediátricos)

La frecuencia del síntoma inicial relacionado con la enfermedad le representamos en la tabla 2, donde observamos que la diarrea superó a la uretritis significativamente a expensas de edades pediátricas, 16 casos para un 88,88 % contrariamente a los adultos en los que se apreció ligero predominio de la uretritis respecto a la infección enteral.

Tabla 2. Frecuencia del síntoma inicial. Síndrome de Reiter.

Síndrome inicial	Niños (18)		Adultos (18)		Total (36)	
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
Diarrea	16	88,88	7	38,88	23	63,88
Uretritis	2	11,11	11	61,11	13	36,11
Total	18	100	18	100	36	100

Fuente: Historia Clínicas y encuestas realizadas.

El periodo de latencia de la enfermedad se reflejó en la tabla 3, apreciándose que fue de 11 a 20 días en el 50,0 % de los casos seguido por un intervalo de 21 a 30 días en el 22,22 % y de 4 a 10 días en el 13,88 %, señalándose solo un 5,55 % con mas de 30 días y en 3 pacientes no se logró la precisión del mismo.

Tabla 3. Periodo de latencia. Síndrome de Reiter.

Periodo de latencia	Niños (18)		Adultos (18)		Total (36)	
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
4 a 10 días	1	5,55	4	22,22	5	13,88
11 a 15 días	8	44,44	2	11,11	10	27,77*
16 a 20 días	4	22,22	4	22,22	8	22,22*
21 a 30 días	4	22,22	4	22,22	8	22,22
Más de 30 días	1	5,55	1	5,55	2	5,55
No preciso	-	-	3	16,66	3	8,33
Total	18	100	18	100	36	100

Fuente: Historia Clínicas y encuestas realizadas.

* 50 %

Los síntomas mas frecuentes de expresión de la enfermedad se organizaron por orden de presentación en la tabla 4. Describimos aquellos con pacientes mas elevados según su frecuencia en el orden de aparición que para los niños resultó ser: diarrea (signo inicial) 83,33 %, fiebre (61,11 %), conjuntivitis (55,55 %), disuria (50 %), artritis (27,77 %) y tendinitis (22,22 %) y en los adultos fue: diarrea o secreción uretral (signo inicial) 38,88 % para ambos, artritis (72,22 %), conjuntivitis (55,55 %) y balanitis circinada (5, 55 %).

Tabla 4. Orden de presentación de los síntomas mas frecuentes. Síndro

	Primero				Segundo				Tercero				Cuarto				Niño	
	Niños		Adultos		Niños		Adultos		Niños		Adultos		Niños		Adultos			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%		
diarrea	15	83,35	7	38,88														
Secreción uretral			7	38,88			8	44,44	5	27,77	4	22,22	1	5,55				
Disuria					2	11,11							9	50				
Artritis							5	27,77	2	11,11	13	72,22	4	22,22	3	16,66	5	27,77
Conjuntivitis	1	5,55	2	11,11	5	27,77	4	22,22	10	55,55			2	11,11	10	55,55	1	5,55
Fiebre	2	11,11	2	11,11	11	61,11	1	5,55	1	5,55								
Estomatitis											1	5,55	1	5,55			2	11,11
Tendinitis																		
Balamitis																		
Total	18	100	18	100	18	100	18	100	18	100	18	100	17	94,44	13	72,22	8	44,44

Fuente: Historias clínicas y encuestas realizadas.

La tabla 5 refleja la forma de presentación de la afectación articular atendiendo al número de articulaciones afectadas y la simetría, donde apreciamos un predominio de la forma oligoarticular asimétrica (61,11 %) con igual comportamiento en niños y adultos. En general el 91,66 % de la muestra presentó afectación articular asimétrica.

Tabla 5. Afectación articular. Atendiendo al número y simetría.

Afectación articular atendiendo al número y simetría.		Niños (n = 18)		Adultos (n = 18)		Total (n = 36)	
		Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
Monoarticular		2	11,1	3	16,7	5	13,9
Oligoarticular	Simétrico	3	16,7	-	-	3	8,3
	Asimétrico	11	61,1	11	61,1	22	61,1
Polioarticular	Simétrico	-	-	-	-	-	-
	Asimétrico	2	11,1	4	22,2	6	16,7
Total	Simétrico	3	16,7	-	-	3	8,3
	Asimétrico	15	83,3	18	100	33	91,7

Fuente: Historia Clínicas y encuestas realizadas.

DISCUSIÓN

Del análisis de la tabla 1 se infiere la menor frecuencia de la enfermedad antes y después de las edades señaladas (6 a 44 años). Lockie y Hunder aseveran que solo el 3,2 % de los enfermos desarrollaron la enfermedad en la edad pediátrica, llama la atención el número de niñas afectadas en la muestra seleccionada (38,88) del total de niños y adolescentes, encontrándose una proporción global de la muestra que definió una relación de 4:1 varones, por cada hembra.

El síntoma inicial es el elemento más importante que nos aproxima a identificar la naturaleza del agente responsable que suele ser una infección venérea o entérica, expresada clínicamente por uretritis o diarrea respectivamente (tabla 2).

Nuestros hallazgos coinciden con lo reportado por Lockie y Hunder que encontraron en su estudio una frecuencia mayor del 75 % de la diarrea en los casos pediátricos.⁸

En la generalidad de los pacientes con Síndrome de Reiter, la uretritis o la diarrea preceden a las manifestaciones de la triada clásica de la enfermedad en varios días, aspecto que conocemos como periodo de latencia (tabla 3). Careless señaló un intervalo que se extiende desde varios días hasta 2 o 3 semanas lo cual coincide con nuestros resultados.¹⁰

Según Silveira Torres,¹ existen descripciones reportadas en adultos por la literatura, desde Brodie en 1818 en su descripción de 5 pacientes y en las primeras publicaciones norteamericanas realizadas por Bauer y Engelman que citaron el orden de uretritis, artritis y conjuntivitis, que además concuerdan con nuestros hallazgos.

En análisis global podemos decir, que después de los síntomas de la triada como criterio de inclusión de pacientes en este trabajo, se registró fiebre en el 47,22 % de la casuística, a expensas básicamente de los niños.

Al considerar la afectación articular (tabla 5) o hicimos atendiendo al número de articulaciones inflamadas y la simetría. Nuestros resultados no coinciden en reconocer todo el carácter asimétrico de la tomas articular, han señalado la afectación polioarticular como la mas común.¹⁰

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silveira Torres LH. Artritis reactiva. En: Pindaro Martínez E. Introducción a la Reumatología 2da Edición México, Intersistema SA 1997 pp 194 -205.
2. Díaz Novas J. Algunos datos estadísticos sobre morbilidad e invalidez temporal de utilidad para el médico de la familia. Rev Cub Med Gen Int 8: 2, Abril-Junio, 1992, 178-181.
3. Meyer EH, Buschenfelde KH, Stellenwert des Nach weisis von antigenen, antikörpern und erregerspezifischen lymphozyten in der diagnostik erregerrinduzierter arthritiden/ value of antigen, antibody and pathogen specific

lymphocyte detection in diagnosis of pathogen _ induced arthritis. Z Rheumatol 54 (1): jan-feb. 1995; 16-25.

4. John H Klippel MD. Primer on the Rheumatic Diseases. II ed. Atlanta, Editorial Board, 1997 pp 184-187.

5. Green Schaller J. Espondilitis Anquilosante y otras Espondiloartropatías. En: Waldo EN. Tratado de Pediatría 15ta Edición Volumen I, Madrid, Ma Graw -Hill, Interamericana, 1998, 840_43.

6. Thonsom GTD, DeRubeis DA, Hodge MA, Rajanayagam C, Inma m RD: Post-Salmonella reactive arthritis: late clinical sequelae in a point source cohort. Am J Med. 1995; 8: 13-21.

7. Nanagara R, Feng LI, Beutler A, Hudson A, Shumacher HR. Alteration of chlamydia tracomatis biologic behavior in synovial membranes. Arthritis Rheum. 1995; 8: 1410-1416,.

8. Lockie GN, Hunder GG. Reiter´s syndrome in children. Introduction arthritis and rheumatism. Sociedad y Salud 1971;14:767.

9. Iliopoulos A, Karras D, Ioakimidis D. Change in the epidemiology of Reiter´s syndrome (reactive arthritis) in the post- AIDS. AIDS. An analysis of cases appearing in the Greek army. J Rheumatol 1995; 22: 252-254.

10. Careless DJ, Inman RD. Clinical and experimental aspects. Semin arthritis rheum. 1995: 24(6): 432-441.

Recibido: 4 de diciembre del 2000

Aprobado: 28 de diciembre del 2000

Dr. Jorge Félix Rodríguez Hernández. Facultad de Ciencias Médicas. Km. 89 Carretera Central. Pinar del Río.