

11. *Matsomoto, K. et al.*: Progesterone and estrogen receptors in Japanese breast cancer. En: Hormone receptors and breast cancer. W. L. Me. Guire, Ed., Raven Press, New York, 1978. P. 43.
12. Progesterone receptors in breast cancer. En: Hormone receptors and breast cancer. W. L. Me. Guire, Ed., Raven Press, New York, 1978. P. 31.
13. *Me Guire, W. L. et al.*: Hormones In breast cancer: Update 1978. *Metabolism* 27: 487, 1978.

Recibido: 18 de noviembre de 1982.

Aprobado: 15 de mayo de 1983.

Dra. Amparo Macías  
Instituto de Oncología y  
Radiobiología Calle 29 y E, Vedado.  
Ciudad de La Habana.

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "SATURNINO LORA" SANTIAGO DE CUBA

## Síndrome de Reiter: Diagnóstico de excepción en una mujer

Por los Dres.:

RAFAEL ERNESTO TOIRAC LAMARQUE\*, NOEL MOYA GONZALEZ\*\*, DORIS PERDOMO LEYVA\*\*,  
ABELARDO TOIRAC LAMARQUE\*\*\* y CARLOS RODRIGUEZ VILLALON\*\*\*\*

Toirac Lamarque, R.; y otros. *Síndrome de Reiter: Diagnóstico de excepción en una mujer*. Rev Cub Med 23: 2, 1984.

Se presenta el caso de una paciente con síndrome uretroconjuntivo-articular con manifestaciones mucosas, en la que se planteó el diagnóstico de síndrome de Reiter. Se descartan las entidades que con mayor fuerza tienen que diferenciarse de éste, como la artritis gonocócica y los síndromes de Behcet y de Stevens-Johnson, basándonos en la clínica, la evolución, los estudios complementarios y la respuesta al tratamiento; estos mismos elementos parecen confirmar el diagnóstico a pesar de lo raro que resulta la presentación de esta afectación en mujeres, niños y ancianos.

\*\* Especialista de I grado en medicina interna. Hospital provincial docente "Saturnino Lora".  
Santiago de Cuba.

\*\*\* Residente de 1er. año de farmacología. Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba

\*\*\*\* Especialista de I grado en ginecología. Hospital materno norte "Tamara Bunke" Santiago de Cuba.

Especialista de I grado en oftalmología. Hospital provincial docente "Saturnino Lora".

## INTRODUCCION

El síndrome de Reiter, se reconoce, estrictamente por la tríada: artritis, uretritis no gonocócica y conjuntivitis. Muchos pacientes también presentan manifestaciones mucocutáneas. La tríada o tétrada completa no es rara, pero la combinación de artritis y uretritis (y prostatitis) es bastante frecuente.<sup>1\*\*</sup> Ya desde principio del siglo XIX, era conocida una identidad que se caracterizaba por el cuadro clínico descrito, pero fue en 1916, cuando *Fiessinger, Leroy* y luego *Reinter*, establecen una descripción cuidadosa de este síndrome.<sup>2,5</sup>

Hasta el año 1962, existían más de 500 publicaciones en la literatura referente a esta afección;<sup>6</sup> sin embargo, nosotros no hemos encontrado referencia alguna que formule su descripción en una mujer como la que motiva la presente comunicación.

### *Presentación del caso*

Paciente F.B.F., del sexo femenino, de 40 años de edad y de la raza blanca; con antecedentes de buena salud anterior, refiere que 6 días antes de su ingreso se le presentaron molestias en ambos ojos, dadas por prurito, ardor y enrojecimiento; dos días después comienza a tener lugar dolor y ardor miccional, así como secreción uretral blanquecina, todo ello acompañado de fiebre hasta 38°C; acude al cuerpo de guardia donde se trata como una sepsis urinaria y una conjuntivitis con medicamentos que no recuerda. Tres días después aparece al nivel de la rodilla derecha dolor, enrojecimiento y aumento de volumen con elevación de la temperatura, acompañándose de imposibilidad para caminar, por lo que acude nuevamente al cuerpo de guardia y se decide su Ingreso.

### *Examen físico*

Toma del estado general, temperatura 39°C.

Enrojecimiento en mucosa conjuntival, reacción ciliar importante en ambos ojos, no secreción purulenta (Figura 1).

Actitud de pie: antálgica con apoyo en miembro inferior izquierdo y semiflexión del derecho: dificultad para la marcha por impotencia funcional al nivel de la articulación de la rodilla derecha.

### *Soma*

Aumento de volumen al nivel de la rodilla derecha con enrojecimiento, elevación de la temperatura e impotencia funcional; dolor a la movilización de la rodilla izquierda sin signos flogísticos; mayor volumen al nivel de la articulación interfalángica proximal del 2do. dedo de la mano izquierda con signos flogísticos.

## APCV

Frecuencia cardíaca: 128/min. Tensión arterial: 120/80. No otras alteraciones. Sepsis oral ligera en ambas arcadas dentarias.

Puntos pielorreouretrales anteriores y posteriores dolorosos.

### *Examen ginecológico (datos positivos)*

Mucosa vaginal: lesiones eritematosas, en número de 6, que hacen relieve y convergen entre sí algunas de ellas, de más o menos  $V_2$  cm de diámetro; no dolorosas ni pruriginosas; no exudativas; que no sangran al contacto dgitoinstrumental ni aparecen cubiertas de membranas; se localizan en las paredes laterales de los dos tercios externos de la vagina (figura 2).

### *Evolución*

Se impone tratamiento con ácido acetil salicílico, colirio de cloramfenicol y trlplesulfa por vía oral, pero su estado no mejora; comienzan a aparecer nuevas manifestaciones clínicas, ahora de tipo cardiovascular con ritmo de galope ventricular izquierdo, así como fiebre en picos acompañadas de escalofríos, por lo que se decide cambiar el tratamiento e indicarle digitálicos por vía endovenosa, penicilina cristalina, gentamicina e indometacina, además del tratamiento local oftalmológico ya mencionado. El proceso inflamatorio articular se extiende a la articulación metacarpofalángica del dedo pulgar izquierdo.

Seis días después de su ingreso y con el tratamiento anterior la paciente mantiene los mismos síntomas y signos, aunque su estado general está ligeramente mejorado; aparecen extrasístoles aislados. Es observada por los compañeros del servicio de oftalmología, quienes en ese momento plantean que existe una reacción ciliar moderada en ambos ojos, sin edemas; folículos conjuntivales poco numerosos en la parte inferior.

Mediante biomicroscopia se observan punteados corneales subepiteliales que tiñen poco con la fluoresceína, diagnosticándose como una queratoconjuntivitis viral aguda: se asocia al tratamiento homatropina y clorfenidato (esquema).

Evolutivamente, la fiebre desciende lentamente y el estado general se mantiene sin variaciones; dos días después, se observa cierta mejoría, pero las manifestaciones articulares no remiten: se decide suspender el tratamiento antimicrobiano por considerar que no se ha obtenido una respuesta favorable.

Progresivamente la paciente comienza a mejorar a pesar de persistir las manifestaciones articulares que van quedando limitadas a la rodilla derecha y de menor intensidad; las molestias oculares, la secreción uretral y las lesiones vaginales también se alivian.

Es observada nuevamente por los oftalmólogos a los 14 días de su ingreso, quienes precisan un estado inflamatorio subagudo uveal (iridociclitis subaguda) y recomiendan la utilización de esteroides para aplicación local y sistémica. Se comienza tratamiento con prednisol subconjuntival 0,3 cc diariamente, y cortideltón 60 mg diarios en dos dosis.

Ocho días después de iniciado este tratamiento y ya sin antibioticoterapia, la paciente está totalmente asintomática, desapareciendo las manifestaciones oculares persitiendo solamente pigmentación en cristalino del ojo derecho; ausencia de manifestaciones articulares y uretrales así como normalidad absoluta al examen ginecológico.

Se van disminuyendo progresivamente las dosis de esteroides y finalmente egresa, después de 34 días de evolución; se le indica tratamiento ambulatorio con salicilatos, así como seguimiento ulterior por consulta externa.

### *Complementarios*

*Hemograma:* séptico: leucocitos 17 600, segmentados 88, eosinófilos 2, linfocitos 10- Hto 39 Vol %, Hb 11,8 g %.

**Eritrosedimentación:** 62 mm en la primera hora. Glicemia, urea, creatinina, serología, heces fecales: normales. Orina: Alb. 2 cruces; leucocitos: 12 X campo; resto: negativo. Células LE: (3 muestras); factor reumatoide 3; urocultivo 3; exudados conjuntival y uretral 3 muestras, respectivamente: exudados vagina y cervical (medio de Thayer-Martín): negativos.

**Electroforesis de proteínas:** total: 7,30% con inversión del índice serina-globulina; albúmina: 2,63% y globulina 4,67% con aumento de las alfas 2 y gammas (policlónica) (gráfico).

**Electrocardiograma:** taquicardia sinusal con trastorno de la repolarización ventricular en cara diafragmática.

**Rayos X de tórax:** rodilas y manos: normales.

## DISCUSION

El síndrome uretroconjuntivoarticular o síndrome de Reiter es de causa desconocida, pero la atención se concentra más hacia un origen de tipo infeccioso.<sup>2-7</sup> Numerosas descripciones de esta enfermedad la relacionaban con epidemias de disentería bacilar,<sup>1-2-88</sup> y así algunos autores la consideran como la forma más acabada de reumatismo disentérico;<sup>9</sup> sin embargo, también se ha encontrado en relación con cuadros diarreicos de corta duración, de naturaleza indeterminada y no provocados por los gérmenes de la disentería bacilar;<sup>1-5</sup> por otra parte, la transmisión sexual parece obvia en muchos casos.<sup>1-2</sup>

Se ha sospechado la participación del micoplasma en la génesis de esta entidad, aunque no existen muchas pruebas a su favor, *Bedsonias* han sido aisladas en cultivos de uretra, ojos y articulaciones de pacientes con esa enfermedad; anticuerpos séricos contra el antígeno de la psitacosis mediante fijación del complemento, se han detectado en el suero de estos pacientes;<sup>5-10</sup> sin embargo, la importancia del aislamiento esporádico de tales organismos del líquido o del tejido sinovial no ha sido evaluada. En estudios preliminares parece existir una estrecha relación entre el síndrome de Reiter y el antígeno HLA, B 27. equivalente al observado en la espondilitis anquilosante!<sup>2-11</sup> la causa u origen viral, por supuesto, ha sido considerada.<sup>8-112</sup> La posibilidad de que este síndrome fuera una variante aguda de artritis reumatoide también fue considerada,<sup>6-13</sup> aunque ya actualmente no es aceptada por la mayoría de los autores.<sup>1-2-5</sup> Es posible que en un sujeto con un antecedente genético específico, el síndrome pueda depender de distintos microorganismos.<sup>14</sup>

Sea como fuere, afecta casi siempre y con carácter exclusivo a los varones jóvenes; a título absolutamente excepcional podemos hallarlo en el niño, el anciano y la mujer,<sup>1-2-4-5</sup>

Todas las características clínicas de este síndrome pueden aparecer simultáneamente, pero por lo general, los síntomas genitourinarios o gastrointestinales proceden a las manifestaciones oculares o reumáticas por varios días o semanas.<sup>1-2-5</sup> La artritis, parte importante del cuadro clínico

y generalmente la más duradera o incapacitante,<sup>7</sup> afecta con mayor frecuencia a las grandes articulaciones de los miembros inferiores (rodillas, tobillos, sacroilíacos), constituyendo generalmente un síndrome oligoarticular asimétrico y migratriz, sin dejar secuelas en la mayor parte de los pacientes.<sup>2,35</sup>

La conjuntivitis y la uretritis son precoces, pero casi siempre, fugaces, aunque en ocasiones pueden complicarse con iritis y queratitis, la primera; y con prostatitis, cistitis, orouiepididimitis e incluso infección pielorrenal, la segunda, sobre todo en las formas relacionadas con disentería bacilar<sup>5,7</sup>

Lesiones mucocutáneas como queratodermia blenorragica y balanitis circinata aparecen frecuentemente y proporcionan, sin duda alguna, el diagnóstico.<sup>2</sup> La queratodermia blenorragica se observa en el 30% de los pacientes, aproximadamente<sup>^</sup>

Suele presentarse en las zonas que soportan peso de la planta de los pies, en forma de conos cerosos, Dequeños, algo elevados, de color amarillo rojizo y que pueden alcanzar 4 ó 5 mm de diámetro; en término de días se hacen más numerosas, crecen, se fusionan y pueden abarcar casi toda la superficie plantar. En el examen hístico las lesiones son idénticas a la del psoriasis pustulosa, pero se diferencian de ella por la localización plantar.”

En el 80% de los enfermos, aproximadamente, hay una o muchas lesiones indoloras, de color rojo oscuro, algo elevadas, de 2 a 10 mm de diámetro, en la mucosa del paladar, apófisis alveolares, mejillas, glande y prepucio; no están cubiertas de membranas; no sangran al tocarlas y no ocasionan dolor espontáneo ni a la palpación.

El meato urinario suele estar rodeado de una zona enrojecida de 1 a 2 mm de anchura; esta clase de lesión no se observa en la uretritis gonocócica. Las lesiones de las mucosas no causan dolor ni molestias al enfermo, por lo cual no se observarán a menos que se investiguen específicamente.<sup>4</sup>

También se pueden presentar otras manifestaciones asociadas, como son: fiebre, que resulta habitual, astenia y adelgazamiento, así como linfa- denopatía, esplenomegalia, miocarditis, pericarditis y pleuresía.<sup>3,6,15</sup>

Desde el punto de vista de los complementarios, las características de los exámenes de laboratorio no son distintivas; hay leucocitosis en sangre periférica; el resultado del análisis de líquido sinovial no es diferente al de la artritis reumatoide, aunque las concentraciones de complemento son invariablemente elevadas; pueden encontrarse, alteraciones radiológicas yuxtaarticulares, pero no constituyen elementos diferenciales del Síndrome.

El diagnóstico diferencial principal hay que formularlo con la artritis gonocócica, aunque pueden concomitar ambas entidades. A pesar de que las manifestaciones mucocutáneas permiten, sin duda, plantear el diagnóstico, la dificultad para aislar la *N. gonorrhoeae* y la resistencia de las manifestaciones

al tratamiento antimicrobiano, constituyen las bases principales para diferenciar el síndrome de Reiter de la artritis gonocócica<sup>2</sup>

El tratamiento puede señalarse que es muy parecido al de la artritis reumatoide: salicilatos a dosis de 3,6 a 4,5 g por día, que pueden ser sustituidos por la fenilbutazona o la indometacina (100 a 200 miligramos diarios).<sup>1,2,5</sup> Las ciclinas de eficacia demostrada sobre las *Bedsonias*, carecen de acción en esta enfermedad.<sup>5</sup> No hay experiencia sobre el empleo de sales de oro,<sup>2</sup> aunque algunos opinan que pueden ser eficaces.<sup>5</sup>

En casos graves pueden utilizarse los esteroides,<sup>1</sup> aunque existen criterios en cuanto a que ellos son útiles para aliviar el dolor, pero no modifican el desarrollo del padecimiento.<sup>8</sup> Se han informado remisiones de casos muy graves con el uso de inmunosupresores, aunque éstos aún están en fase experimental.<sup>2</sup>

#### CONSIDERACIONES FINALES

A pesar de lo excepcional que resulta la aparición del síndrome de Reiter en la mujer, los elementos clínicos, humorales, microbiológicos y terapéuticos nos permiten hacer el planteamiento diagnóstico de esta entidad; señalamos que el primer elemento clínico en aparecer fue la conjuntivitis y no la uretritis como ocurre en la mayoría de los pacientes. Sospechamos la existencia de una miocarditis aguda por las alteraciones cardiovasculares que presentó la paciente<sup>^</sup>

La búsqueda infructuosa en numerosas investigaciones urológicas y ginecológicas de referencias específicas a esta entidad y, en especial, a las lesiones mucosas vaginales que se presentan en estas enfermas, confirman nuestro criterio de excepcionalidad en cuanto se refiere al diagnóstico del síndrome de Reiter en mujeres y al valor clínico que la presente comunicación, tiene por sí misma.

#### SUMMARY

Toirac Lamarque, R. et al. *Reiter's syndrome: diagnosis of exception in a woman*. Rev Cub Med 23: 2, 1984.

The case of a patient with articular urethroconjunctival syndrome associated with mucosal manifestations, diagnosed as Reiter's syndrome, is presented. Entities as gonococccic arthritis and Behcet's syndrome and Stevens-Johnson syndrome, which with a high forcé differs from the Reiter's syndrome, are put aside. based on clinics, evolution, complementary studies and response to treatment. These same elements seem to verify diagnosis despite uncommon occurrence of this affectation in women, children, and oid individuáis.

## RÉSUMÉ

Toirac Lamarque, R. et al. *Syndrome de Reiter: Diagnostic d'exception chez une femme*. Rev Cub Med 23: 2, 1984.

Il s'agit d'une patiente avec syndrome uréthroconjonctif-articulaire avec des manifestations muqueuses, diagnostiquée comme porteuse du syndrome de Reiter. On écarte les entités qui se différencient le plus de ce syndrome, telles que l'arthrite gonococcique et les syndromes de Behcet et de Stevens-Johnson, sur la base de la clinique, de l'évolution, des études complémentaires et de la réponse au traitement; ces éléments semblent confirmer le diagnostic, malgré la rareté de la présentation de cette affection chez les femmes, les enfants et les vieillards.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Harrison*. Medicina Interna. 2: 2 184, 4ta. Ed. La Prensa Med Mex Méjico, 1973.
2. *Cecil-Loeb*: Tratado de Medicina Interna. 1: 182, Uta. Ed. Interamericana, Madrid, 1978.
3. *Conn. H. F. et al.*: Diagnóstico clínico actual. P. 965, Labor. Barcelona, 1969.
4. *Pedro Pons, A. et al.*: Tratado de Patología y Clínica Médicas. 6: 238, 3ra. Ed. Salvat, Barcelona, 1968.
5. *Vallery Radot, P. et al.*: Patología Médica, 8: 150 Espax, Barcelona, 1972.
6. *Kulka, J. P.*: Las lesiones del síndrome de Reiter. Editorial. Rev Clin Esp 86 (6): 420, Septiembre, 1962.
7. *Montgomery, M.; R. Poske*: Dermatopatías y Enfermedades Reumáticas. Clin Med North Am
8. *Lombas Garda, M. y otros*: Concepto, clasificación diagnóstico y tratamiento de las artropatías. 4 (1): MINSAP, La Habana, 1976.
9. *Ravault, P.; M. Noubier*: Las artritis supuradas por inyecciones locales de esteroides. Rev Prat 13: 3 733, 1963.
10. *Smith, D.*: Urología general. 3ra. Ed. p. 102. Instituto Cubano del Libro, La Habana, 1974.
11. *Kruoo. M. A.; M. J. Chatton.*: Diagnóstico clínico y tratamiento. 15ta. Ed. p. 1 194. El Manual Moderno, México, 1980.
12. *Roca Goderich, R.*: Temas de Medicina Interna. 3: 132 2da. Ed. Espax, Barcelona, 1977.
13. *Hauser, W. H.*: Compendio de Medicina Interna. P. 868, Jims, Barcelona, 1969.
14. *Calón, A.*: Síndrome de Reiter. Clin Med North Am. Enfermedades Reumáticas. Interamericana, marzo, 1977.
15. *Lombas García, M. y otros*: Artritis reumatoide (2da. parte), p. 23. Serie Información de Ciencias Médicas. CNICM, No. 20, 1974.

Recibido: 12 de noviembre de 1982.

Aprobado: 15 de junio de 1983.

Dr. *Rafael Ernesto Toirac Lamarque*

Calle B No. 30, e/ 5 y 10

Rpto. 30 de noviembre, Santiago de Cuba

Provincia Santiago do Cuba.