

# Palatitis circinada como manifestación excepcional en un caso de artritis reactiva

Roger Rovira López<sup>1</sup>, Marta Bertolín Colilla<sup>1</sup>, Maider Arando<sup>2</sup>, María Jesús Barberá<sup>2</sup> y Ramón María Pujol<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Dermatología del Hospital del Mar, Barcelona

<sup>2</sup>Unidad de Infecciones de Transmisión Sexual, CAP Drassanes, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

## Introducción

La artritis reactiva pertenece al grupo de las espondiloartropatías seronegativas y se caracteriza clásicamente por oligoartritis simétrica, entesitis, enfermedad ocular inflamatoria y uretritis o cervicitis, que aparecen entre 1-4 semanas después de una infección, particularmente del tracto urogenital o gastrointestinal. Los patógenos más comúnmente implicados en el desarrollo de una artritis reactiva son *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Shigella flexneri*, *Campylobacter jejuni* y diversas especies de *Salmonella* y *Yersinia*. La presencia de HLA-B27 predispone al desarrollo de una artritis reactiva. Las manifestaciones muco-cutáneas más comunes en la artritis reactiva incluyen lesiones psoriasiformes como la queratodermia blenorragica y la balanitis circinada, la vulvitis ulcerativa así como cambios ungueales. Las manifestaciones en mucosa oral son poco frecuentes e incluyen aftas orales, glositis y lengua geográfica.

## Caso clínico

Varón de 33 años, sin antecedentes patológicos, valorado por cuadro de 3 semanas de evolución de lesiones en glande y posterior aparición de inflamación en rodilla izquierda y tobillo derecho, sin otra sintomatología añadida como fiebre, astenia o diarrea. Explicaba cuadro de disuria y secreción uretral en el mes previo, tratado con amoxicilina y ácido clavulánico durante 4 días con mejoría parcial de la clínica. Había aplicado extracto hidro-glicerinado de higo en las lesiones genitales con empeoramiento de éstas. Refería relaciones sexuales de riesgo en los 2 meses anteriores a nuestra valoración. La exploración física evidenció máculo-pápulas erosivas a nivel de glande y surco balano-prepucial (Figura 1a), una placa eritematosa de bordes circinados, no dolorosa, a nivel de paladar (Figura 2) y una placa depapilada en la zona posterior de la lengua, así como artritis a nivel de rodilla izquierda y entesitis a nivel del tendón aquileo derecho (Figura 1b). El diagnóstico diferencial de las lesiones genitales incluía una dermatitis de contacto, una balanitis circinada, un secundarismo sífilítico y una aftosis genital. Por otra parte, las lesiones a nivel oral planteaban el diagnóstico diferencial con una gingivostomatitis herpética, un secundarismo sífilítico y una estomatitis aftosa.

Los hallazgos de laboratorio realizados en un primer tiempo mostraron piuria (>25 leucocitos polimorfonucleares por campo) en muestra de primer chorro de orina y serologías para VIH y lúes negativas. Se decidió tratar de forma empírica con doxiciclina 100 mg/12h durante 7 días, orientando como una posible uretritis por *Chlamydia trachomatis*, decapitada por el tratamiento con amoxicilina y ácido clavulánico, con resolución posterior de la piuria pero persistencia de las lesiones muco-cutáneas y la sintomatología articular.

Posteriormente recibimos los resultados de PCR para *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium* y *Ureaplasma urealyticum* en muestra de primer chorro de orina, siendo negativos. El análisis sanguíneo mostró leucocitosis con neutrofilia, proteína C reactiva y VSG elevadas, así como HLA-B27 positivo y HLA-B51 negativo. Se realizó PCR para VHS en lesiones orales y genitales resultando negativas. El líquido sinovial mostró características inflamatorias, con cultivo negativo. Realizamos también biopsia de la lesión del paladar que reveló un patrón psoriasiforme con paraqueratosis, hiperplasia epitelial, elongación regular de crestas interpapilares y dilatación de vasos capilares a nivel de las papilas dérmicas (Figura 3). Se orientó el cuadro como una artritis reactiva secundaria a una probable uretritis infecciosa, y se decidió instaurar tratamiento con prednisona e indometacina orales e infiltración de glucocorticoides intra-articulares con mejoría importante de los síntomas y resolución total de las lesiones cutáneas.

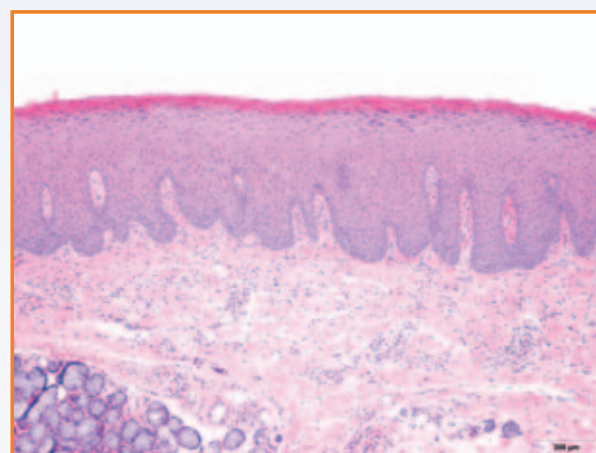
Figura 2. Lesiones a nivel del paladar blando y duro



Figura 1. Lesiones en pene (a) e imagen clínica de entesitis a nivel del tendón aquileo derecho



Figura 3. Imagen histológica de la biopsia de la lesión del paladar (hematoxilina-eosina, x40)



## Discusión

El diagnóstico de la artritis reactiva se establece a partir de los hallazgos clínicos, que puede verse dificultado porque la tríada clásica de conjuntivitis, uretritis y artritis sólo se aprecia en un tercio de los casos. Tampoco existen hallazgos de laboratorio confirmatorios por sí solos de la enfermedad. La balanitis circinada se considera una manifestación mucosa característica de este proceso; la presencia de lesiones similares en la mucosa oral, descritas como estomatitis migratoria o lengua geográfica ectópica, representa un hallazgo excepcional, poco descrito en la literatura, que puede facilitar el diagnóstico de esta entidad.

## Bibliografía

1. Wu IB, Schwartz RA. Reiter's syndrome: the classic triad and more. *J Am Acad Dermatol*. 2008 Jul;59(1):113-21.
2. Schmitt SK. Reactive arthritis. *Infect Dis Clin North Am*. 2017 Mar.[Epub ahead of print].
3. Marghescu S, Kock BW, Lubach D. Urethritis circinata in Reiter's disease. Therapy with etretinate (Tigason). *Hautarzt*. 1985 May;36(5):291-3.
4. Zadik Y, Drucker S, Pallmon S. Migratory stomatitis (ectopic geographic tongue) on the floor of the mouth. *J Am Acad Dermatol*. 2011 Aug;65(2):459-60.