

## Casos clínicos

### Compromiso de la articulación atlantoaxoidea en un paciente con sospecha de artritis reactiva. Reporte de caso

#### *Atlantoaxial joint involvement in a patient with suspected reactive arthritis. Case report*

Elías Emanuel Dufau

#### RESUMEN

Sección Reumatología, Sanatorio Güemes, Buenos Aires, Argentina

**Palabras clave:** artritis reactiva; *Chlamydia trachomatis*, inmunoglobulinas IgG e IgM positivas; subluxación atlantoaxoidea.

Revista Argentina de Reumatología 2025; Vol. 36 (18-21)

**Contacto del autor:** Elías Emanuel Dufau

E-mail: emanuel.29.lanus@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 22/8/2024

Fecha de trabajo aceptado: 24/3/2025

**Conflictos de interés:** el autor declara que no presenta conflictos de interés.

**Key words:** reactive arthritis; *Chlamydia trachomatis*; positive IgG and IgM immunoglobulins; atlantoaxial subluxation

Se presenta el caso de una paciente de 23 años, con compromiso inicialmente oligoarticular asimétrico, que progresó a poliartritis, junto con cervicalgia de 2 meses de evolución. Los resultados del laboratorio inmunológico fueron negativos para anticuerpos anticitrulinados, factor reumatoideo, anticuerpo antinuclear y HLA-B27, y con resultados de IgG e IgM positivos para *Chlamydia trachomatis*. Se realizó radiografía, tomografía axial computarizada y resonancia magnética de columna cervical y pelvis con evidencia de subluxación atlantoaxoidea y microerosiones en la misma. Además, se observó una importante sinovitis en la articulación coxofemoral izquierda con subluxación; se descartó osteítis o cambios estructurales en la articulación sacroilíaca. El objetivo de este reporte fue describir un caso de sospecha de artritis reactiva con compromiso de la articulación atlantoaxoidea.

#### ABSTRACT

The case of a 23-year-old female patient is presented, with asymmetrical oligoarticular joint involvement initially that progresses to polyarthritis, along with neck pain of 2 months duration. The immunological laboratory results were negative for anticitrullinated antibodies, rheumatoid factor, antinuclear antibody and HLA-B27; and with positive IgG and IgM results for *Chlamydia trachomatis*. A x-ray, computed axial tomography and magnetic resonance imaging of the cervical spine and pelvis were performed with evidence of atlantoaxial subluxation and microerosions therein. In addition, significant synovitis was observed in the left coxofemoral joint with subluxation; osteitis or structural changes in the sacroiliac joint were ruled out. The objective of this report is to describe suspected reactive arthritis with involvement of the atlantoaxial joint.

## INTRODUCCIÓN

Las espondiloartropatías son un grupo de entidades con características comunes, como la afectación sacroilíaca, las entesitis, la ausencia de factor reumatoideo (FR), la presencia de HLA-B27 y la uveítis, entre otros<sup>1,9,11</sup>. La artritis reumatoide reactiva (ARe) forma parte de este grupo. Los causantes de la misma incluyen

principalmente microorganismos como *Salmonella enteritidis*, *Shigella flexneri*, *Campylobacter*, *Yersinia enterocolitica* y *Chlamydia trachomatis*<sup>10</sup>. La ARe se manifiesta generalmente de una a 3 semanas después de la infección, aunque *C. trachomatis* puede presentar un período de latencia de hasta 4 semanas, y puede causar infecciones asintomáticas, especialmente en mujeres<sup>6,7</sup>. La

serología para anticuerpos contra *C. trachomatis* presenta limitaciones debido a la posible reactividad cruzada con *C. pneumoniae* y a la alta prevalencia de anticuerpos específicos en la población general<sup>4,5,6</sup>. La técnica de elección para el diagnóstico de ARe por *C. trachomatis* es la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), que es sensible y específica para detectar el ADN de *C. trachomatis* en muestras de orina, exudado uretral o cervical. Se estima que la presencia de HLA-B27 en esta entidad oscila alrededor del 30%. Los pacientes HLA-B27 positivos tienden a desarrollar una enfermedad más grave y a presentar afectaciones extraarticulares, como uretritis y conjuntivitis<sup>1,5</sup>. Las espondiloartropatías pueden presentar afectación en el esqueleto axial, principalmente en la articulación sacroilíaca y/o sobre las entesis<sup>1</sup>.

### CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 23 años, con antecedentes de consumo de sustancias (marihuana y alcohol), trastorno límite de la personalidad, múltiples tatuajes y antecedentes heredo-familiares de una tía con artritis reumatoide.

En febrero de 2024 inició con un cuadro clínico caracterizado por oligoartritis asimétrica en la segunda interfalángica proximal (IFP), carpo derecho y rodilla ipsilateral, asociado a cervicalgia, agregando posteriormente compromiso poliarticular, por lo que en marzo de 2024 consultó en un hospital de la Provincia de Buenos Aires donde recibió tratamiento con meprednisona 8 mg por 6 días con posterior alta sanatorial. Sin embargo, debido a la persistencia de los síntomas, concurrió a nuestro sanatorio.

Al ingreso, al examen físico osteomuscular, se observó artritis en la primera, segunda y tercera metacarpofalángicas (MTC), la tercera y quinta IFP derechas, segunda, cuarta MTC y IFP izquierdas; compromiso de ambos carpos y ambas rodillas; limitación de la flexoextensión y rotación externa e interna de la cadera izquierda y de la columna cervical debido al dolor. Al interrogatorio dirigido, negó dactilitis, psoriasis, alteraciones oculares, cervicitis o uso de drogas inyectables.

Se realizaron las siguientes pruebas analíticas: FR y anti-CCP negativos, HLA-B27 negativo, IgG e IgM positivas para *C. trachomatis* y reactantes de fase aguda elevados, eritrosedimentación 140 y proteína C reactiva 120. El laboratorio no disponía

del reactivo para realizar PCR para *C. trachomatis*.

Se realizaron radiografías de ambas manos con evidencia de pinzamiento simétrico radiocarpiano izquierdo, y en segunda y tercera MTC de la mano derecha; de rodillas sin alteraciones; de pelvis con evidencia de pinzamiento en la articulación sacroilíaca, coxofemoral izquierda; columna cervical, con imagen sugestiva de subluxación atlantoaxoidea (Figura 1).

Se realizó una tomografía axial computarizada y resonancia magnética (RM) de la columna y la pelvis que evidenciaron microerosiones en la articulación atlantoaxoidea y subluxación de la misma, sinovitis y bursitis en la articulación coxofemoral izquierda (Figura 2), sin signos de erosiones en la articulación sacroilíaca ni de osteítis. Por las características antes mencionadas y en contexto de serologías para *C. trachomatis* positivas pensamos en el probable diagnóstico de ARe.

La terapéutica fue administrar metotrexato 15 mg semanal y meprednisona 8 mg/día, además de requerir múltiples esquemas analgésicos con AINEs y opioides. En conjunto con el Servicio de Infectología, la paciente recibió una dosis única de azitromicina, ceftriaxona y metronidazol. Fue evaluada por el Servicio de Ginecología donde se le efectuó un tacto vaginal (no pudieron realizar una colposcopia debido al intenso dolor en la cadera) sin hallazgos macroscópicos de enfermedad pelviana inflamatoria o de otro tipo de vaginitis, y por el Servicio de Traumatología donde, en contexto de la subluxación atlantoaxoidea y sin compromiso medular, se le indicó tratamiento conservador con collar ortopédico y controles mensuales.

La paciente evolucionó con persistencia de los síntomas en la cadera, con limitación de la bipedestación, por lo que se realizó una nueva RM de pelvis con contraste endovenoso (Figura 3) donde se observó progresión de la sinovitis de la articulación coxofemoral izquierda con leve subluxación de la misma. Fue reevaluada por el Servicio de Traumatología donde se realizó una artrocentesis coxofemoral con toma de muestra para cultivos, los cuales fueron negativos para bacterias, hongos y micobacterias.

Durante su evolución, a las 3 semanas presentó una mejoría significativa por lo que inició movilización junto con el Servicio de Kinesioterapia y se otorgó el alta sanatorial continuando con el tratamiento instaurado.

Figura 1: A) Radiografía de sacroilíaca: pinzamiento SI izquierdo. B) Radiografía de cuello cervical: subluxación atlantoaxoidea (mayor de 5 mm). C) Radiografía de mano: pinzamiento 2-3 MTC.

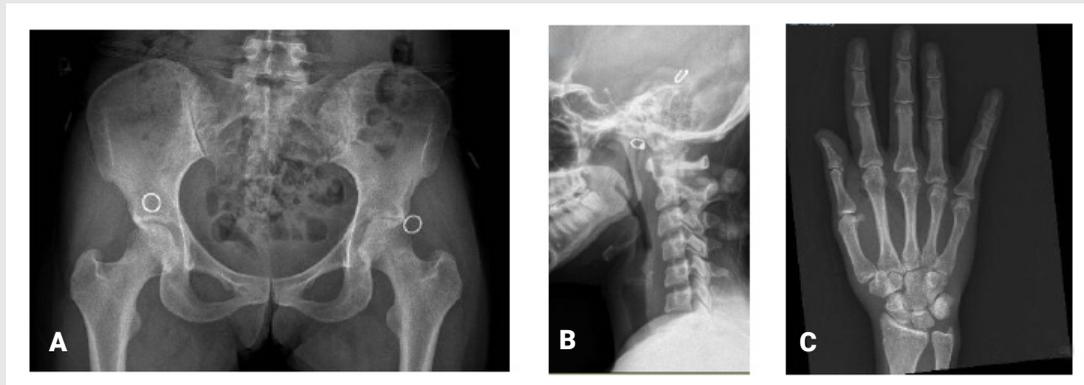


Figura 2: Primera resonancia magnética: sinovitis en la cadera izquierda, con inflamación muscular adyacente y bursitis ipsilateral. Sinovitis atlantoaxoidea.

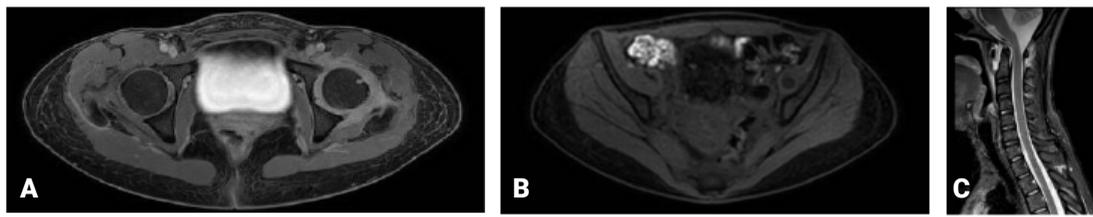
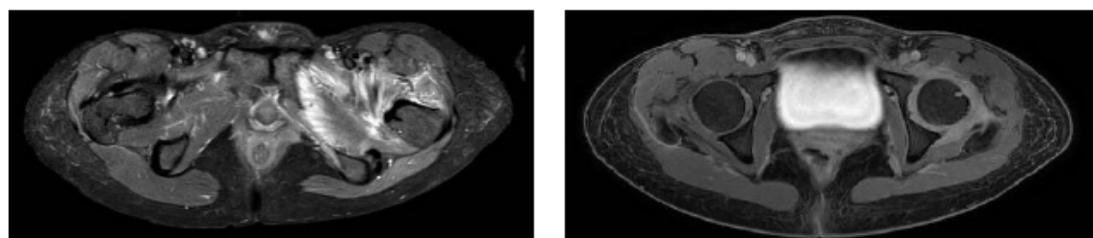


Figura 3: Resonancia magnética de pelvis control: progresión de la sinovitis de la coxofemoral izquierda, con leve subluxación, con abundante miositis adyacente, asimetría de los psoas.



## DISCUSIÓN

En el presente caso clínico, nuestra sospecha diagnóstica fue ARE en contexto de serologías positivas para *C. trachomatis*. Con respecto al diagnóstico de la infección, en diversos trabajos publicados se sugiere que el *gold standard* es la PCR en orina o por hisopado urogenital. En dichos estudios se observa asociación de anticuerpos con pruebas moleculares; se visualizó que los pacientes con PCR positiva en su mayoría

tenían anticuerpos IgG positivos<sup>6</sup>. Cabe aclarar que dichas serologías pueden presentarse por infección cruzada con *Chlamydia pneumoniae*, o pueden persistir positivas por largo tiempo y no asociarse a un cuadro de infección aguda<sup>3,5,6</sup>.

La ARE suele tener un curso autolimitado de 3 a 12 meses, pero hasta el 50% de los pacientes experimenta episodios recurrentes de artritis, y del 15% al 30% de ellos desarrollan síntomas crónicos de la enfermedad<sup>1,6</sup>.

Estudios recientes brindaron información sobre distintos mecanismos patogénicos subyacentes en la ARE, y las mismas surgen de una interacción compleja entre los factores genéticos (incluido HLA-B27) y los factores ambientales. Actualmente sabemos que la articulación atlantoaxoidea es de característica sinovial, por lo que es afectada en la artritis reumatoide. En el caso de las espondiloartropatías, el compromiso característico es a nivel sacroilíaco u otros sectores de la columna (entesis)<sup>1</sup>. A través de una búsqueda bibliográfica, encontramos tres casos reportados de ARE con subluxación atlantoaxoidea<sup>8,9,12</sup>. Todos fueron hombres, adultos jóvenes, con un promedio de edad de 30 años. Dos de los pacientes presentaron lesiones cutáneas o en la región genital (hiperqueratosis ungueal, lesiones papulosas en la piel y balanitis circinada, respectivamente), mientras que en dos casos se reportó conjuntivitis bilateral asociada, y un único caso presentó dactilitis<sup>8,9</sup>. Además, en un paciente se identificaron sindesmofitos en la radiografía de la columna dorsal<sup>12</sup>. En todos los casos, se documentó el antecedente de uretritis o infección gastrointestinal con una evolución de uno a 3 meses, así como positividad para HLA-B27, lo cual no se evidenció en el caso de nuestra paciente<sup>8,9,12</sup>. No obstante, todos comparten en común un cuadro de poliartritis asociado con alteraciones radiográficas en la articulación sacroilíaca. Cabe destacar que en ninguno de los tres casos se realizó PCR para *C. trachomatis*, asumiendo el diagnóstico en función de las características clínicas presentadas<sup>8,9,12</sup>.

## CONCLUSIONES

Para el presente caso clínico no dispusimos del método estándar de referencia para el diagnóstico de ARE, ni se observaron características compatibles con otras enfermedades inmunomediadas. Por lo tanto, hasta el momento, sostenemos la hipótesis de dicho diagnóstico, destacando la particular afectación

de la articulación atlantoaxoidea. No obstante, será necesario reunir más casos para confirmar esta posible asociación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Vila-Fayos V, Senabre JM. Artritis reactivas. En: Enfermedades reumáticas: Actualización SVR. 2013. Cap 28: p. 599-610.
2. Steven S, Minis E, Athabasiou A, Leizer J, Linhares M. *Chlamydia trachomatis*: el patógeno persistente. Facultad de Medicina de la UMKC. 2017 oct;24(10).
3. Hoenderboom B, Van Willege M, Land J, Plejiser J, Gotz H. Prueba de anticuerpos para estimar la exposición pasada a *Chlamydia trachomatis* en el estudio de cohortes de clamidia de los Países Bajos. 2019 oct;7(10):442.
4. Alfieri A, Guillermo R, Arcila N, Guevara Y. Determinación de anticuerpos contra *Chlamydia trachomatis* en pacientes del servicio de infertilidad del Centro Médico Dr. Rafael Guerra Méndez, Valencia, Venezuela. Caracas. 2005 ene;25(1).
5. Martínez TA. Diagnóstico microbiológico de *Chlamydia trachomatis*: estado actual de un problema. Rev Chil Infectol. 2001;18(4).
6. López M, Hurtado F, Guerra I. Papel de los anticuerpos en el desarrollo de la infección por *Chlamydia trachomatis* y su utilidad para el diagnóstico. Perinatol Reprod Hum. 2002;16:140-50.
7. Arango A, Mattar S, Visbal J. *Chlamydia trachomatis*: aspectos microbiológicos, clínicos y epidemiológicos. Univ Córdoba. 2001;6(2):87-96.
8. Santavirta S, Slätis P, Sandelin J, Lindqvist C, Kontinen YT. Atlanto-axial subluxation in patients with seronegative spondylarthritis. Rheumatol Int. 1987;7(1):43-6.
9. Rastegar K, Ghalaenovi H, Babashahi A, Shayanfar N, Jafari M, Jalalian M, Fattahi A. Cervical spine involvement: a rare manifestation of Reiter's syndrome. Open Rheumatol J. 2014 Oct 24;8:82-8.
10. Kyoung K, Young An, Park Soo, Kim Joon. Reporte de un caso de síndrome de Reiter con mielopatía progresiva. J Clin Neurol 2007 dic;3(4):215-8.
11. Carreño MA. Enfrentamiento de los pacientes con poliartralgia y poliartritis. Rev Med Clin Condes. 2021;32(4):449-56.
12. Ordás-Calvo C, Jalón-Monzón A, Ballina-García FJ, Babío-Herraiz J, Viña-Alonso LM, Rodríguez-Arboleya L. Paciente con poliartritis en atención primaria. Med Integral. 2002;39(1):8-17.
13. Melsom RD, Benjamin JC, Barnes CG. Spontaneous atlantoaxial subluxation: an unusual presenting manifestation of Reiter's syndrome. Ann Rheum Dis. 1989 Feb;48(2):170-2. doi: 10.1136/ard.48.2.170. PMID: 2930269; PMCID: PMC1003708.