



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

Avances en la caracterización clínica y terapéutica de la artritis reactiva

Trabajo de titulación para optar el título de Médico General

Autor:

Henry Patricio, Cruz Arias

Tutora:

Dra. Mónica Caiza

RIOBAMBA, ECUADOR. 2024

DERECHOS DE AUTORÍA

Yo, Henry Patricio Cruz Arias, con cédula de ciudadanía 092920093-9, autor del trabajo de investigación titulado: AVANCES EN LA CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y TERAPÉUTICA DE LA ARTRITIS REACTIVA, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mí exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 25 enero 2024.

A handwritten signature in blue ink, reading "Henry Patricio Cruz Arias", is written over a horizontal line.

C.I: 092920093-9

DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR Y MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del tribunal de Grado del trabajo de investigación **Análisis de los avances en la caracterización clínica y terapéutica de la Artritis Reactiva**, presentado por Henry Patricio Cruz Arias, con cedula de identidad 0929200939, emitimos el DICTAMEN FAVORABLE, conducente a la APROBACIÓN de la titulación. Certificamos haber revisado y evaluado el trabajo de investigación y cumplida la sustentación por parte de su autor; no teniendo mas nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 26 de abril de 2024.

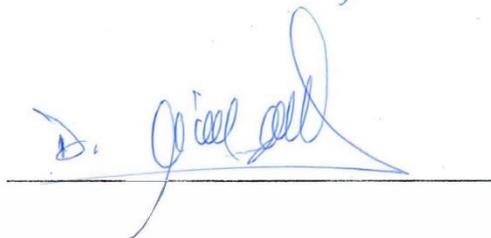
Dr. Patricio Vásconez

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO



Dr. Wilson Nina

MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



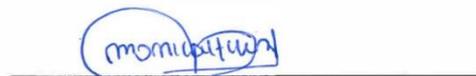
Dra. María Belén Espindola

MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Dra. Mónica Caiza

TUTORA



CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del proyecto de investigación: "AVANCES EN LA CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y TERAPÉUTICA DE LA ARTRITIS REACTIVA", presentado por el estudiante Henry Patricio Cruz Arias con cedula de identidad 092920093-9, bajo la tutoría de la Dra. Mónica Caiza, certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este, con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el proyecto de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba a los 26 días del mes de abril de 2024.

Presidente del tribunal de grado

Dr. Patricio Vásconez

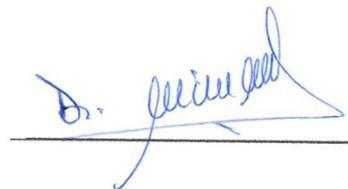


Miembros Del Tribunal

Dra. María Belén Espíndola



Dr. Wilson Nina





UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO CID
Ext. 1133

Riobamba 23 de abril del 2024
Oficio N°033-2023-2S-TURNITIN -CID-2024

Dr. Patricio Vásquez
DIRECTOR CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNACH

Presente.-

Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial saludo, en atención al pedido realizado por la **Dra. Mónica Alexandra Caiza Asitimbay**, docente tutor de la carrera que dignamente usted dirige, para que en correspondencia con lo indicado por el señor Decano mediante Oficio N°1233-D- FCS-ACADÉMICO-UNACH-2023, realice validación del porcentaje de similitud de coincidencias presentes en el trabajo de investigación con fines de titulación que se detalla a continuación; tengo a bien remitir el resultado obtenido a través del empleo del programa TURNITIN, lo cual comunico para la continuidad al trámite correspondiente.

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos de los estudiantes	% TURNITIN verificado	Validación	
					Si	No
1	1233-D-FCS-20-12-2023	Análisis de los avances en la caracterización clínica y terapéutica de la Artritis Reactiva	Cruz Arias Henry Patricio	10	x	

Atentamente



PhD. Francisco Javier Ustáriz Fajardo
Delegado Programa TURNITIN
FCS / UNACH
C/c Dr. Vinicio Moreno – Decano FCS

DEDICATORIA

Todo el esfuerzo expresado en este trabajo va dedica para todos aquellos tutores que con esfuerzo y dedicación lograron formar, y encaminar a un estudiante de medicina, llevarlo a lograr su sueño ser llamado médico, sobre todo agradecimiento a mis padres quienes, con esfuerzo y dedicación, lograron llevarme a la realización de todos mis proyectos.

Una mención Especial a Dios quien es el guía desde el momento de mi nacimiento, quien me ha prestado fortaleza, valor y dedicación para continuar adelante.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a la institución que vio crecer y ahora como toda madre ver el esfuerzo dedicación en educar, encaminar, e infundir buenos valores reflejado en sus hijos (sus estudiantes), Universidad Nacional de Chimborazo, a quien llevare airoosamente por siempre su sello en mi mandil. Pero no menos importante agradezco a la Dr. Mónica Caiza en conjunto con el tribunal quienes con mucha amabilidad y preocupación ha llevado todo este proyecto con mucho esfuerzo y dedicación

ÍNDICE GENERAL

DECLARATORIA DE AUTORÍA

DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR Y MIEMBROS DEL TRIBUNAL

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE FIGURAS

RESUMEN

ABSTRACT

CAPITULO I.....	13
1.1. INTRODUCCIÓN.....	13
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	16
1.4. OBJETIVOS	17
1.4.1. General.....	17
1.4.2. Específicos	17
CAPÍTULO II.....	18
METODOLOGÍA.....	18
2.1. Tipo de Investigación	18
2.2. Diseño de la investigación	18
2.3. Estrategia de búsqueda	18
2.4. Criterios de selección	18
2.5. Selección de la información.....	19
2.6. Técnica de análisis de la información	19
2.7. Consideraciones éticas.....	19
1.1. Resultados del algoritmo de búsqueda	20
CAPITULO III	22
RESULTADOS	22
3.1. Generalidades.....	22
3.2. Conceptualización	22
3.3. Epidemiología.....	23
3.4. Etiología.....	23
3.5. Factores de riesgo.....	23
3.6. Patogénesis.....	24
3.7. Síntomas	25

3.8. Manifestaciones Clínicas	26
3.9. Diagnóstico	29
3.10. Tratamiento.....	30
DISCUSIÓN.....	33
CAPITULO IV	35
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONES	36
REFERENCIAS	37

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.0 Resultado de búsqueda de nuevos avances Clínicos y terapéuticos.....	21
Tabla 1.1 Dosificación habitual de los AINE.....	31

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Algoritmo de búsqueda	20
---	----

RESUMEN

La artritis reactiva, antes conocida como síndrome de Reiter, se manifiesta tras infecciones intestinales o genitourinarias. Sus síntomas abarcan inflamación articular, conjuntivitis, uretritis, lesiones cutáneas y diarrea. Asociada comúnmente a bacterias como *Chlamydia trachomatis*, *Salmonella* y *Yersinia*, puede variar desde una artritis leve hasta una forma multisistémica grave, con afectación asimétrica de articulaciones, principalmente en los dedos de los pies y grandes articulaciones. El objetivo general establecido en este proyecto de investigación es analizar los avances en la caracterización clínica y terapéutica de la Artritis Reactiva, mediante una revisión sistemática de la literatura. La investigación se basó en una revisión bibliográfica en las principales bases de datos: Elsevier, PubMed, Revistas de reumatología, Sciencedirect, Google académico, Journals, Springer, Libros, así como en las guías y protocolos. La investigación concluye que la caracterización clínica y terapéutica de la artritis reactiva no solo proporciona beneficios directos a los pacientes, sino que también tiene un impacto significativo en la eficiencia del sistema de salud.

Palabras clave: artritis reactiva, articulaciones, monoarticular.

ABSTRACT

Reactive arthritis, formerly known as Reiter syndrome, manifests after intestinal or genitourinary infections. Its symptoms include joint inflammation, conjunctivitis, urethritis, skin lesions, and diarrhea. Commonly associated with bacteria such as *Chlamydia trachomatis*, *Salmonella*, and *Yersinia*, it can range from mild arthritis to a severe multisystem form, with asymmetric joint involvement, primarily affecting the toes and large joints. The primary objective of this research project is to analyze advancements in the clinical and therapeutic characterization of reactive arthritis through a systematic review of the literature. This research was based on a bibliographic review of major databases, including Elsevier, PubMed, rheumatology journals, ScienceDirect, Google Scholar, Springer, and books, as well as relevant guidelines and protocols. The study concludes that the clinical and therapeutic characterization of reactive arthritis not only provides direct benefits to patients but also significantly impacts the efficiency of the healthcare system.

Keywords: reactive arthritis, joints, monoarticular



Reviewed by:
Dra. Nelly Moreano
ENGLISH PROFESSOR
C.C. 1801807288

CAPITULO I

1.1.INTRODUCCIÓN

La frecuencia de la artritis reactiva cambia dependiendo de la ubicación geográfica. A nivel global, la incidencia anual se sitúa entre 0,6 y 27 por cada 100.000 personas, mientras que la prevalencia oscila entre 30 y 40 por cada 100.000 habitantes. Los agentes patógenos responsables pueden tener origen entérico o genitourinario, siendo *Chlamydia trachomatis* el más prevalente. En muchos casos, esta infección transcurre sin síntomas en la mayoría de los portadores, siendo este organismo el principal reservorio de la enfermedad (1).

La artritis reactiva (ARe) constituye un tipo de espondiloartropatía que se manifiesta típicamente como monoartritis, principalmente afectando las extremidades, con un porcentaje de positividad a HLA-B27 que oscila entre el 50% y el 70%. Además, puede presentar entesitis, dactilitis y manifestaciones extraarticulares como uretritis, psoriasis y conjuntivitis (2) (3) (4). La ARe puede estar asociada a infecciones bacterianas, tales como *Chlamydia psittaci*, *Chlamydia pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, o infecciones virales (3) (4) (5). Se considera una enfermedad poco común y se clasifica dentro del grupo de las espondilo-artropatías, aunque aún no existen criterios diagnósticos universalmente aceptados (6)

Investigaciones indican que la artritis reactiva tiende a ser más prevalente en individuos de edades comprendidas entre los 20 y 50 años. Los hombres muestran una mayor predisposición a desarrollar artritis reactiva asociada con bacterias transmitidas sexualmente, mientras que las mujeres tienen una mayor probabilidad de contraerla a través de infecciones gastrointestinales. Aunque poco frecuente, esta afección puede presentarse en niños, aunque es más común en adolescente (7). En Ecuador, hasta la fecha, no existen investigaciones que hayan examinado el impacto de la artritis reactiva ni explorado los factores asociados con esta condición. La obtención de estos datos sería fundamental para desarrollar políticas de salud destinadas a mitigar los efectos de la artritis reactiva. Esto no solo mejoraría la atención brindada a los pacientes afectados, sino que también podría llevar a una utilización más eficiente de los recursos sanitarios (8).

Por consiguiente, es de suma importancia examinar la descripción clínica y el tratamiento de la artritis reactiva con el fin de comprender su impacto en nuestra comunidad. Esto permitiría al Estado asignar recursos de manera prioritaria y elaborar políticas públicas adecuadas para abordar esta enfermedad poco frecuente y mitigar sus riesgos.

1.2.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La artritis reactiva es una inflamación de las articulaciones que surge algunos días o semanas después de una infección gastrointestinal o genitourinaria causada por los agentes mencionados previamente. Esta condición está estrechamente vinculada con la presencia del marcador genético HLA-B27. Aunque se clasifica como una enfermedad poco común, actualmente se considera parte de las espondilo-artropatías, si bien no existen criterios diagnósticos universalmente aceptados (6).

La Artritis Reactiva (ARe) se presenta en aproximadamente el 0,8%-4% de los casos de uretritis o cervicitis no gonocócicas, y en un rango del 1%-15% de los brotes epidémicos de infecciones intestinales causadas por Salmonella u otras enterobacterias. Aunque su frecuencia en el contexto de otras infecciones del tracto genital bajo, como la prostatitis o la salpingitis, aún no se conoce con certeza. Respecto a la incidencia de la ARe en nuestra área, no se dispone de datos precisos; sin embargo, en Noruega se reporta una incidencia de aproximadamente 10 casos por cada 100.000 habitantes al año, mientras que en Finlandia se registra un rango de 30 a 40 casos anuales por cada 100.000 habitantes (10).

La artritis reactiva puede aparecer entre los 20 y 50 años con mayor frecuencia en varones, algunos de ellos tienen una fuerte asociación genética a HLA-B27. (9)

Por ello el presente estudio va encaminado a analizar la caracterización clínica y terapéutica de la artritis reactiva tomando en cuenta ciertos factores como:

- Manifestaciones clínicas
- Factores de riesgos y agentes causales de la artritis reactiva
- Mecanismos fisiopatológicos

Por tal motivo cabe realizar la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la importancia de analizar la caracterización clínica y terapéutica de la artritis reactiva?

1.3.JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, la mayoría de los casos diagnosticados de Artritis Reactiva (ARe) presentan un cuadro clásico incompleto, ya que a menudo falta alguno de los síntomas de la triada característica. Las manifestaciones clínicas de esta enfermedad pueden aparecer de forma casi simultánea o de manera gradual a lo largo de unas pocas semanas, involucrando la afectación de los sistemas articular, cutáneo-mucoso y ocular. Por lo general, la ARe se manifiesta con la presencia de una oligoartritis asimétrica entre 1 y 6 semanas después de la infección inicial, aunque en algunos casos puede presentarse incluso varios meses más tarde. En al menos la mitad de los pacientes, los síntomas remiten en menos de 6 meses y la mayoría se recuperan por completo dentro de un año, aunque un porcentaje variable (aproximadamente del 15 al 20%) experimenta una evolución crónica, especialmente en aquellos pacientes que son positivos para el antígeno HLA-B27 (11).

Según un artículo publicado por la Revista Electrónica de Portales Médicos, el síndrome de Reiter, conocido actualmente como Artritis Reactiva, se caracteriza por la presencia de una triada de síntomas que incluyen artritis, uretritis y conjuntivitis. Esta afección surge como una respuesta del sistema inmunológico del cuerpo a una infección distante, que puede tener origen gastrointestinal o genital. Los síntomas suelen aparecer entre 1 y 6 semanas después de la infección. Se clasifica también como una espondiloartropatía debido a que comparte manifestaciones clínicas con este grupo de enfermedades, y es común encontrar en los pacientes una alta frecuencia de positividad para el antígeno HLA-B27 (50-85%). Aunque es más común en adultos jóvenes (en la tercera década de la vida), también puede presentarse en otras etapas de la vida (12).

Según un estudio publicado en la Revista Artritis y Reumatología, el síndrome de Reiter es una afección reumatológica poco común que forma parte del grupo de las espondiloartropatías seronegativas, asociadas con poliartritis inflamatoria. Esta enfermedad tiene una prevalencia de aproximadamente 3,5-5 casos por cada 100.000 personas. Se observa con mayor frecuencia en hombres de entre 20 y 50 años y es más común en personas de raza blanca. Generalmente se desarrolla como resultado de complicaciones de procesos infecciosos, siendo más comúnmente secundaria a infecciones genitourinarias de transmisión sexual en adultos (13).

Con ello se puede señalar la importancia de este estudio, en el cual analizaremos todas las variables presentes en la caracterización clínica y terapéutica de la artritis reactiva, publicados en libros, tesis, revistas indexadas de alto impacto que nos ayudarán a consolidar el conocimiento académico sobre este tema.

1.4.OBJETIVOS

1.4.1. General

- Analizar los avances en la caracterización clínica y terapéutica de la Artritis Reactiva, mediante una revisión sistemática de la literatura en el periodo 2018-2023.

1.4.2. Específicos

- Determinar los hallazgos más recientes en la fisiopatología de la Artritis reactiva y su clasificación.
- Determinar los factores de riesgo que se presentan en los pacientes con Artritis reactiva.
- Identificar el tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con artritis reactiva.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1. Tipo de Investigación

El trabajo de investigación es de tipo descriptivo y documental, ya que se procedió a analizar publicaciones, artículos científicos, libros, y documentos de sitios web relacionados con la caracterización clínica y terapéutica de la artritis reactiva, con el propósito de recabar información relevante que permita agrupar las posiciones teóricas, resultados, discusiones y conclusiones de los diferentes autores y aporten al desarrollo de la presente revisión bibliográfica.

2.2. Diseño de la investigación

El diseño del presente trabajo de investigación se basó en la revisión bibliográfica con enfoque cualitativo, teniendo como finalidad recopilar información actualizada y detallada sobre la caracterización clínica y terapéutica de la artritis reactiva y este sea un referente para los profesionales de salud.

2.3. Estrategia de búsqueda

Para el desarrollo de la revisión bibliográfica se efectuó una búsqueda en las principales bases de datos: Elsevier, PubMed, Revistas de reumatología, Sciencedirect, Google académico, Journals, Springer, Libros, así como en las guías y protocolos aprobados para su aplicación. En esta etapa se utilizarán palabras clave en español (“artritis reactiva”, “síndrome de reiter”, “factores de riesgo”, “epidemiología”, “diagnóstico”, “tratamiento”) y en inglés (“Reiter's syndrome”, “risk factors”, “epidemiology”, “diagnosis”, “treatment”); los que se combinaron mediante el uso de operadores booleanos: and, more, or y less.

2.4. Criterios de selección

De inclusión:

- Artículos (idioma inglés y español) publicados en los últimos 5 años
- Estudios completos

- Artículos que contengan información sobre el tema

De exclusión:

- Artículos sin permiso de acceso al texto completo
- Artículos publicados fuera del tiempo definido

2.5. Selección de la información

Se llevó a cabo una revisión exhaustiva y sistemática de la literatura científica, empleando búsquedas en distintas bases de datos académicas y fuentes pertinentes, incluyendo registros de ensayos clínicos. La selección de estudios acordes con los objetivos de la revisión se realizará mediante la aplicación de criterios de inclusión y exclusión predefinidos.

2.6. Técnica de análisis de la información

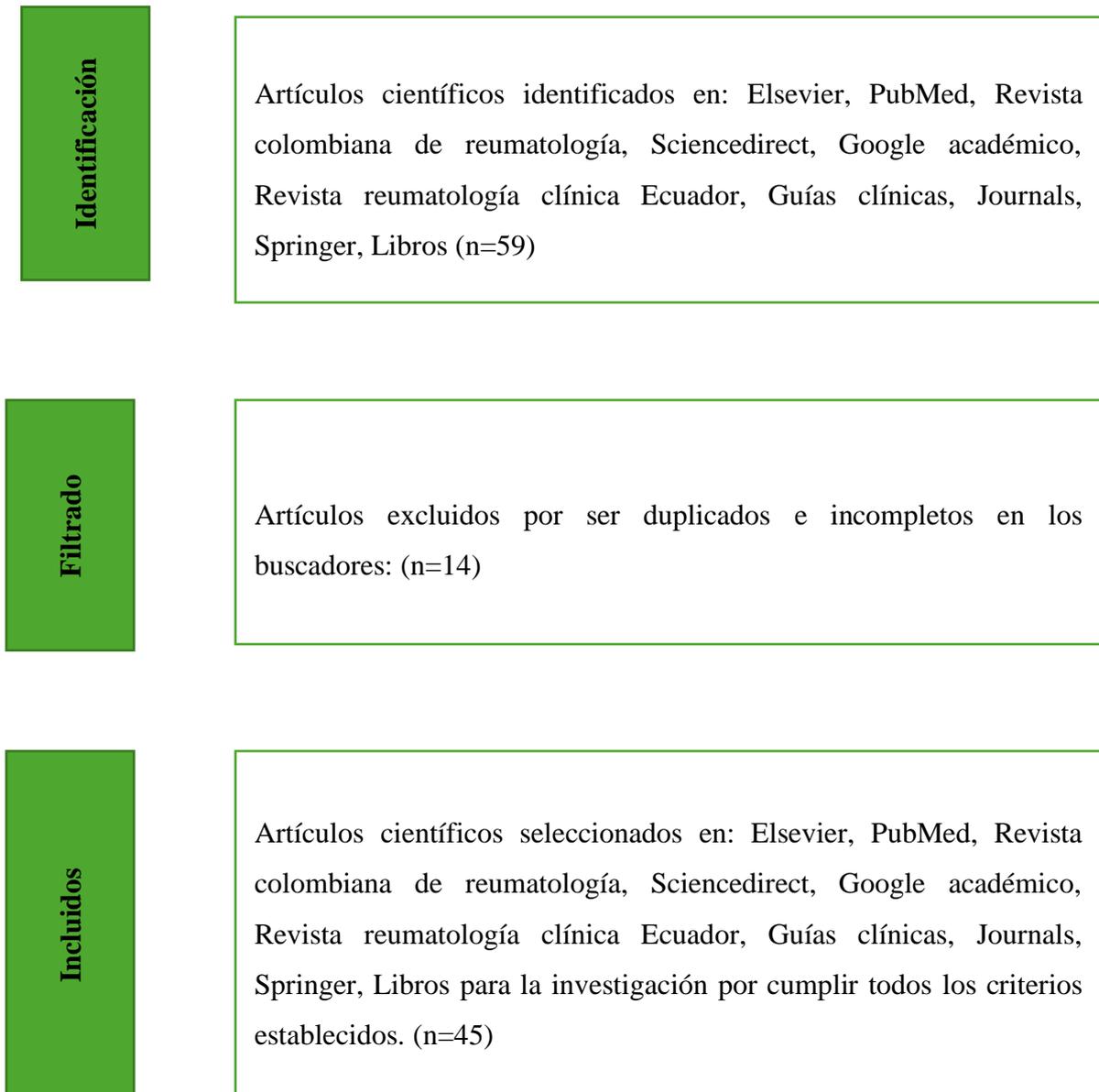
Se hace uso de la triangulación de fuentes a través del método de análisis y síntesis.

2.7. Consideraciones éticas

Para el desarrollo del trabajo de investigación se efectuó una búsqueda, revisión y obtención de información de publicaciones, documentos de sitio web, artículos científicos, libros en los gestores de búsqueda mencionados. La información recabada fue utilizada únicamente para fines de análisis y contrastación de datos, por ende, no se requerirá autorización de terceros ya que se trabajará con bases de datos de libre acceso, además de referenciar y citar correspondientemente los documentos empleados.

1.1. Resultados del algoritmo de búsqueda

Figura 1 Algoritmo de búsqueda



Elaborado por: Henry Cruz

Tabla 1.0 tipo de estudio

Resultado de Búsqueda de nuevos Avances Clínicos y terapéuticos			
Año	Autores del Título de Revistas o Documento Científico	Tipo Estudio	Nivel de Evidencia del Documento
2018	Santoyo N, Valverde , Arenas A, Carbonell L,	Descriptiva	1+
2021	Delgado	Exploratoria	1+
2019	Bekarysova D, Yessirkepov M, Zimba O,	Explicativa	2+
2023	Gasparyan AY, Ahmed S	Descriptiva	1++
2018	Lucchino B, Spinelli FR, Perricone C, Valesini G,	Descriptiva	2++
2019	di Franco M.	Descriptiva	1+
2022	Tuta E, Santacruz , Camacho J, Olivella J, Collazos	Explicativa	2+
2019	, Gómez J, et al.	Exploratoria	1+
2022	Bohórquez C, Movasat A, Turrión A, Pérez A.	Exploratoria	2+
2023	Artritis reactiva.	Exploratoria	1+
2018	Cruz , Montero , Salazar , Villacís.	Descriptiva	1+
2019	Espinoza LR, García	Descriptiva	1
2022	Vila V, Senabre	Descriptiva	
2021	Vila V, Senabre	Descriptiva	
2023	Palacios B, Valles NL, Bartolomé MT, Pascual AJ,	Descriptiva	
2018	López J, Marín LA. Cómo	Descriptiva	
2022	Yokogawa N, Minematsu N, Katano H, Suzuki T	Exploratoria	2+
2019	Baimukhamedov C, Dossybayeva G, Makhmudov	Exploratoria	2+
2022	S, Botabekova A. Artritis	Exploratoria	1+
2020	Bekarysova D, Yessirkepov M, Zimba O, Gas	Explicativa	1+
2021	Walsh JA, Magrey M.	Explicativa	1+
2018	De Stefano L, Rossi S, Montecucco C, Bugatti S	Descriptiva	1++
2019	Santacruz , Londoño J, Santos , Arzuag A	Descriptiva	2
2020	Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW, McQuaid	Descriptiva	1++
2021	KR.	Descriptiva	1+
2022	García A, Chacón J, García H, Iraheta J	Descriptiva	1
	Misra R, Ahmed S, Chaudhury A, Lawrence A,	Descriptiva	1++
	Agarwal V, Aggarwal A	Descriptiva	1+
	Ouedraogo F, Navara R, Thapa R, Patel.	Descriptiva	1++
	Shimoyama K, Teramoto A, Murahashi Y, Takaha	Descriptiva	1++
	K. Surgically	Descriptiva	1++
	Lipina M, Makarov M, Mukhanov V, Karpashevich	Descriptiva	1++
	A, Maglevaniy S, Amirdjanova V	Descriptiva	1++

CAPITULO III

RESULTADOS

3.1. Generalidades

La artritis reactiva es una artropatía inflamatoria, posterior a infecciones en sitios diferentes a las articulaciones. Está incluida dentro la categoría de las espondiloartropatías. Era previamente conocida como “Síndrome de Reiter”, nombre en desuso debido a que el doctor Hans Reiter hacía parte de los Nazis y tuvo implicaciones en experimentos y crímenes de guerra durante la Segunda Guerra Mundial. (14)

3.2. Conceptualización

El término artritis reactiva se utiliza para describir la artritis que aparece tras una infección intestinal o génito-urinaria (15).

Según García y colaboradores (16) la ARe es una inflamación articular estéril que se desarrolla durante o después de una infección bacteriana localizada en un órgano distante, típicamente en el tracto genitourinario o gastrointestinal. Esta enfermedad fue descrita por primera vez en 1916 como parte de una tríada de artritis, conjuntivitis y uretritis, conocida entonces como síndrome de Reiter. Los microorganismos más comúnmente asociados con la artritis reactiva son *Chlamydia trachomatis*, *Shigella*, *Salmonella*, *Yersinia* y *Campylobacter*.

La artritis reactiva puede manifestarse de diversas maneras, desde una artritis monoarticular temporal hasta una afección multisistémica grave. Los síntomas generales pueden comprender fiebre, fatiga y pérdida de peso. La gravedad de la artritis puede variar, desde leve hasta severa. Por lo general, la afectación articular es asimétrica y monoarticular, afectando principalmente los dedos de los pies y las articulaciones grandes de las extremidades inferiores, pudiendo incluir derrames significativos en las rodillas. En casos graves, puede presentarse dolor de espalda. El daño articular es poco común. La participación axial, más frecuente en pacientes con HLA-B27 positivo, tiende a ser asimétrica, con la presencia de sindesmofitos grandes y prominentes (17).

3.3. Epidemiología

La tasa anual de incidencia oscila entre 0.6 y 27 casos por cada 100,000 personas, mientras que la prevalencia se sitúa entre 30 y 40 casos por cada 100,000. La artritis reactiva presenta características similares, ya sea desencadenada por infecciones entéricas o urogenitales, y la infección precedente puede ser asintomática en una proporción de los pacientes (19).

La artritis reactiva tiende a ser más común en individuos de raza blanca, especialmente en hombres jóvenes de entre 20 y 50 años, aunque también se han reportado casos en niños y personas de edad avanzada. Se ha observado un incremento en la frecuencia de artritis reactiva en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o diagnóstico de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (15).

3.4. Etiología

En numerosos pacientes, la artritis reactiva se origina a partir de una infección localizada en el tracto urinario o intestinal. Se distinguen dos formas de presentación de la artritis reactiva: 1) la variante venérea, que se transmite principalmente por contacto sexual y es más comúnmente causada por la bacteria *Chlamydia*; 2) la variante disintérica, que suele comenzar con diarrea y es provocada por bacterias como *Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia* o *Campylobacter*, las cuales se adquieren al ingerir alimentos contaminados por dichos gérmenes. Se estima que aproximadamente el 1 al 2% de las personas que experimentan intoxicación alimentaria con diarrea desarrollarán artritis reactiva. Aunque no se comprende completamente por qué algunas personas que padecen infecciones venéreas o intestinales desarrollan posteriormente artritis reactiva y otras no, se cree que un factor influyente es la presencia del gen HLA-B27, detectado en el 50-80% de los pacientes afectados. Sin embargo, es importante señalar que hasta un 6% de las personas sanas también pueden ser portadoras de este gen sin presentar enfermedad. El HLA-B27 es un miembro de la familia de genes relacionados con el sistema inmunológico, el cual protege al cuerpo contra las infecciones (15).

3.5. Factores de riesgo

Cualquier individuo puede desarrollar artritis reactiva, pero ciertos factores incrementan la probabilidad de contraer esta afección, incluyendo:

- a) **Antecedentes familiares:** La ARE No sé a relacionado estrictamente con los antecedentes familiares, sin embargo, el gen HLA-B27 presenta cierta afinidad en la aparición y cronicidad de la ARE. (10)
- b) **Antecedentes personales:** Uno de los principales antecedentes personales es la conducta sexual activa desmesurada, con múltiples parejas y sin ningún tipo de uso de métodos de barrera. Es común haber tenido relaciones sexuales, especialmente con una nueva pareja, en los tres meses anteriores al inicio de la artritis. La aparición de la artritis suele ocurrir en un lapso de aproximadamente 7 a 21 días (con una media de 14 días) después del contacto sexual en la mayoría de los pacientes. El período entre la uretritis, cervicitis o diarrea y el desarrollo de los síntomas articulares puede variar desde pocos días hasta seis semanas. (10)
- c) **Sexo:** Los hombres tienen una mayor predisposición a desarrollarla después de una infección de transmisión sexual, mientras que la afectación es igual entre hombres y mujeres si la causa es una infección gastrointestinal. (21)
- d) **Edad:** La incidencia es más común en personas de entre 20 y 50 años. (21)
- e) **Genética:** Individuos que portan un gen específico tienen una probabilidad mayor de desarrollar artritis reactiva, lo que puede resultar en síntomas más graves y persistentes (21). Se ha evidenciado una predisposición genética hacia la artritis reactiva, lo que sugiere que aquellos con antecedentes familiares de la enfermedad podrían estar en mayor riesgo de padecerla. Sin embargo, es importante destacar que la genética no es el único factor determinante, ya que la enfermedad también puede estar influenciada por factores ambientales (22).
- f) **Infección por VIH:** La presencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o el diagnóstico de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) incrementa la susceptibilidad de desarrollar artritis reactiva (21). Aunque aún no se comprende completamente el mecanismo subyacente de esta asociación, se postula que la respuesta inmune alterada característica del VIH podría desencadenar o contribuir al desarrollo de esta enfermedad (22).

3.6. Patogénesis

La artritis reactiva está claramente vinculada a una enfermedad infecciosa, y varios factores contribuyen a su desarrollo. Tres aspectos fundamentales de la patogénesis de la ARE son: la presencia de bacterias o productos bacterianos en la articulación, la

interacción entre el huésped y la bacteria, y la respuesta inmune local dirigida contra estas bacterias. El hecho de que bacterias tan diversas puedan inducir artritis, mientras que algunos subtipos bacterianos, como *Yersinia O:8* o *Shigella sonnei*, en algunas especies no lo hacen, sugiere que la antigenicidad por sí sola no determina la inducción de artritis. En cambio, parece que podría ser una propiedad de la habilidad de la bacteria para llegar a la articulación o para acceder a ciertos tipos de células y así evadir las defensas del huésped. La interacción bastante compleja entre el entorno (bacteria), el sistema inmunológico del huésped (células T, B, dendríticas y presentadoras de antígenos, y sistema de histocompatibilidad) eventualmente conduce al desarrollo de la artritis reactiva (18).

Como ya se ha mencionado la ARe se evidencia debido a un factor infeccioso, y otro que es el inmunológico los cuales están íntimamente en interacción constante, debido a que se cree que las bacterias y sus productos contaminantes provocan una reacción inmunológica en la articulación de manera localizada, lo que puede tener un papel esencial en la ARe, la cual se sustentó con estudios realizados donde separan el ADN bacteriano del tejido sinovial. Debido a la relación que se tiene de la patología con el Gen HLA-B27 se relaciona con la posibilidad de llevar a cabo una reacción cruzada con el anticuerpo que se va desarrollando y ejerciendo el efecto de resistencia contra la patología y el HLA-B27. Cabe mencionar también que los pacientes que se encuentran en etapas de SIDA son susceptibles a presentar ARe tanto si la como en contraerla esto ocurre en 11% de los pacientes lo cual demuestra que las células T-Helper tengan un papel fundamental en la patogenia.

3.7. Síntomas

Los síntomas y signos de la artritis reactiva típicamente comienzan aproximadamente de una a cuatro semanas después de la exposición a la infección desencadenante (20). Estos pueden abarcar:

- Dolor, rigidez articular: La molestia articular, típicamente localizada en rodillas, tobillos, pies, talones, región lumbar o glúteos, es un síntoma frecuente. (20)
- Conjuntivitis: Muchas personas afectadas por artritis reactiva experimentan conjuntivitis, que se manifiesta con eritema ocular. (20)
- Uretritis: Aumento de la frecuencia urinaria, molestias durante la micción y la

prostatitis, cervicitis son posibles síntomas. (20)

- Entesitis: Principalmente en talones y la planta de los pies. (20)
- Tumefacción articular: En algunos casos, los dedos pueden presentar edema ++/+++. (20)
- Lesiones cutáneas: Aparición de aftas y sarpullido en las plantas de los pies y palmas de las manos. (20)
- Lumbalgia: El dolor, que tiende a intensificarse durante la noche o por la mañana, afecta la región lumbar. (20)

3.8. Manifestaciones Clínicas

La artritis reactiva no se propaga de persona a persona, pero la bacteria responsable puede transmitirse mediante contacto sexual o la ingestión de alimentos contaminados. No todas las personas expuestas a estas bacterias desarrollan artritis reactiva (20). Entre las principales manifestaciones están:

Alteraciones urogenitales

En las infecciones urogenitales masculinas originadas por *Chlamydia trachomatis*, pueden surgir diversas complicaciones, como uretritis, orquiepididimitis, prostatitis aguda o crónica, proctitis aguda, proctocolitis, infertilidad masculina, estenosis uretral y cistitis hemorrágica. En las mujeres, es frecuente que permanezcan asintomáticas, aunque pueden experimentar cervicitis con secreción mucopurulenta del cuello uterino y ectopia cervical hipertrófica, síndrome uretral, uretritis, sangrado postcoital, spotting intermenstrual, menorragia, bartolinitis, infección del tracto genital superior (endometritis, salpingo-ooforitis o enfermedad pélvica inflamatoria), perihepatitis (síndrome de FitzHugh-Curtis), dolor pélvico crónico, infertilidad y embarazo ectópico. En casos de infección por *C. trachomatis* durante el embarazo, puede asociarse con parto prematuro, rotura prematura de la bolsa de las aguas, bajo peso fetal, muerte neonatal y endometritis postparto. Los niños nacidos de madres infectadas pueden padecer conjuntivitis, infección nasofaríngea o neumonía (10).

Alteraciones intestinales

La diarrea asociada a la artritis reactiva de origen intestinal puede manifestarse de manera simultánea o preceder al inicio de los síntomas articulares en un lapso de 3 a 4 semanas.

En algunos casos, los pacientes pueden experimentar solo dolor cólico abdominal sin diarrea. Se han observado lesiones mucosas en el ileon y colon, que son asintomáticas y cuya relevancia clínica aún no está completamente definida, pero se asemejan a las lesiones encontradas en enfermedades inflamatorias intestinales. Además, se han documentado casos aislados de colitis colágena y colitis pseudomembranosa provocada por *Clostridium difficile* (10)

- *Infección por Salmonella*. Tiene una amplia variedad de especies animales como reservorio, se transmite principalmente a los seres humanos a través de alimentos o bebidas contaminadas. Además de provocar gastroenteritis y artritis reactiva, esta infección puede ocasionar otras manifestaciones como colitis, estado de portador intestinal sin síntomas, bacteriemia, sepsis, colecistitis, artritis séptica, osteomielitis, infecciones del tracto urinario, meningitis, neumonía, empiema e infecciones endovasculares, que incluyen endocarditis e infección de un aneurisma arteriosclerótico de la aorta abdominal. (10)
- *Infección por Shigella*. Se origina exclusivamente en humanos y se transmite principalmente a través de la vía oral-fecal. Los síntomas pueden variar y abarcar desde enterocolitis, proctitis y disentería hasta complicaciones más graves como perforación intestinal, obstrucción intestinal, dilatación tóxica del colon, prolapso rectal, encefalopatía, convulsiones, hiponatremia, hipoglucemia o síndrome hemolítico-urémico, este último ocasionado por la toxina Shiga (10).
- *Infección por Yersinia*. Es una enfermedad transmitida por animales en la que los humanos son huéspedes accidentales. La transmisión al ser humano puede ocurrir a través del cerdo (*Yersinia enterocolitica*), así como de aves y roedores (*Yersinia pseudotuberculosis*). Además, el agua y los alimentos contaminados también pueden ser fuentes de infección. Esta enfermedad puede provocar diversas complicaciones, como enterocolitis, linfadenitis mesentérica (que puede simular apendicitis), nefritis, eritema nodoso, erupción cutánea, amigdalitis pultácea, anormalidades en las pruebas de función hepática, bacteriemia, sepsis, meningitis, formación de abscesos viscerales y endocarditis (10)
- *Infección por Campylobacter*. Tiene como principales reservorios al cerdo, aves como el pollo y el pavo, así como al ganado vacuno y ovino. La transmisión puede ocurrir tanto de forma directa como a través del consumo de agua y alimentos contaminados. Los síntomas comunes incluyen enterocolitis, adenitis mesentérica

y megacolon tóxico, además de complicaciones locales como colecistitis, pancreatitis, hepatitis, peritonitis y hemorragia gastrointestinal masiva. Aunque menos frecuentes, las manifestaciones infecciosas extraintestinales pueden involucrar bacteriemia, sepsis, artritis séptica, osteomielitis, meningitis, absceso cerebral, infección del tracto urinario, enfermedad inflamatoria pélvica, infección fetal intrauterina, aborto séptico, muerte fetal y problemas neonatales, como enteritis, bacteriemia y meningitis. *Campylobacter fetus* también puede causar infecciones endovasculares, como tromboflebitis, aneurisma micótico y endocarditis bacteriana. Se han reportado complicaciones postinfecciosas que incluyen espondiloartritis reactiva, síndrome de Guillain-Barré, uveítis, anemia hemolítica, síndrome hemolítico-urémico, carditis, nefritis intersticial y encefalopatía (10).

- *Infección por Clostridium difficile*. Suele presentarse en personas que han sido tratadas previamente con una variedad de antibióticos, incluyendo penicilina, ampicilina, amoxicilina, cefalosporinas, clindamicina, lincomicina, eritromicina, vancomicina, metronidazol, quinolonas y trimetoprim. Los síntomas pueden variar desde ser asintomáticos hasta desarrollar diarrea pseudomembranosa de gravedad variable e incluso megacolon tóxico. Menos comúnmente, pueden presentarse complicaciones como hemorragia, sepsis, pneumatosis coli y espondiloartritis reactiva (10).

Alteraciones articulares

Es característico encontrar monoartritis subaguda o crónica, que se localiza de manera asimétrica, con mayor incidencia en las extremidades inferiores, particularmente en las rodillas, pies, tobillos y caderas, aunque también puede afectar a las extremidades superiores. Esta forma de artritis puede ser erosiva y causar discapacidad en aproximadamente el 15% de los pacientes. La poliartritis también puede presentarse, especialmente en casos de infección por *Yersinia* y *Campylobacter*. Las artritis esternoclaviculares, costocondrales y condroesternales son raras (10).

Alteraciones oftalmológicas

Los síntomas más comunes son la irritación y enrojecimiento de los ojos, sensibilidad a la luz, dolor ocular y disminución de la agudeza visual. La conjuntivitis se presenta en aproximadamente el 20-50% de los casos, mientras que la iritis, aunque más

característica, es menos común y se observa en alrededor del 2-11%. Otras afecciones oculares menos frecuentes incluyen hipopión, úlceras corneales, epiescleritis, queratitis, hemorragia intraocular, cataratas, neuritis óptica, uveítis posterior, sinequias posteriores, edema macular cistoide, vitritis, glaucoma, lesiones retinianas y pérdida permanente de la visión (10).

Alteraciones mucocutáneas

Las manifestaciones mucocutáneas pueden presentarse en diversas formas, incluyendo psoriasis típica, psoriasis guttata, psoriasis pustular palmoplantar, distrofia ungueal, queratodermia blenorragica, balanitis circinada, vulvitis, lengua geográfica, estomatitis, úlceras orales, eritema nodoso, púrpura y livedo reticularis. Estas lesiones suelen ser poco dolorosas en general (10).

Alteraciones renales

Aproximadamente el 50% de los pacientes muestran proteinuria, microhematuria y piuria aséptica, que generalmente son asintomáticas. La glomerulonefritis IgA y la amiloidosis son asociaciones poco comunes pero posibles. (10)

Otras manifestaciones

Además de los síntomas más comunes, como la inflamación articular, existen manifestaciones menos frecuentes y distintivas, como fiebre, pérdida de peso, fatiga intensa, tromboflebitis en las extremidades inferiores, polineuritis, afectación de pares craneales, meningoencefalitis, entre otros (10).

3.9. Diagnóstico

Diagnosticar la artritis reactiva puede ser un desafío ya que no hay pruebas de laboratorio específicas para confirmar su presencia. Dependiendo de la gravedad de los síntomas, es posible que el paciente sea derivado a un reumatólogo. Algunos de los métodos utilizados para el diagnóstico de la artritis reactiva son (23):

- **Examen físico.** El médico realizará un interrogatorio sobre la historia médica del paciente, sus síntomas actuales y cualquier problema médico relevante. Además, llevará a cabo un examen físico de las articulaciones para detectar signos de

inflamación y evaluar la amplitud de movimiento. Asimismo, se examinarán los ojos, la piel y la región genital del paciente (23).

- **Análisis de laboratorio.** Se realizarán análisis de sangre, orina y muestras de heces para descartar otras enfermedades y confirmar el diagnóstico. Estos análisis pueden incluir pruebas para evaluar diversos factores, como los niveles de inflamación, la presencia de anticuerpos asociados con otros tipos de artritis, señales de infección actual o reciente, y la detección del gen HLA B27, el cual puede estar presente en personas con esta condición (23).
- **Muestras de tejido.** Se pueden tomar muestras de tejido de la garganta, uretra (en hombres) y cuello uterino (en mujeres) para evaluar la presencia de signos de infección (23).
- **Análisis del líquido articular.** El médico podría extraer una muestra de líquido sinovial de la rodilla para detectar signos de infección o inflamación. Además, se examinará la posible presencia de cristales de ácido úrico, lo cual podría indicar la presencia de gota, una enfermedad relacionada con la artritis (23).
- **Radiografías.** Se pueden solicitar radiografías de las articulaciones, la pelvis y la columna para identificar signos de inflamación, daño articular, depósitos de calcio y otras características asociadas con la artritis reactiva (23).

3.10. Tratamiento

Antiinflamatorios no esteroideos

Los antibióticos se utilizan únicamente para tratar la infección subyacente. Aunque la artritis reactiva surge como resultado de una infección previa, no se aconseja el uso de antibióticos para tratar la artritis misma. En el caso de la artritis aguda, se opta por antiinflamatorios como tratamiento (24).

Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) conforman una categoría de compuestos con una estructura química notablemente diversa, destacándose por su capacidad para interferir en la producción de eicosanoides y ofrecer un efecto moderado tanto analgésico como antiinflamatorio. En la actualidad, existen más de 20 tipos distintos de AINE, disponibles en diversas formas farmacéuticas para su empleo en seres humanos (25).

Tabla 2.1 Dosificación habitual de los AINE

Fármaco	Dosis total (mg/24 h)	Intervalo de administración
AAS	3.000-6.000	6-8 h.
Ibuprofeno	1.200-2.400	8 h
Flurbiprofeno	200-300	12 h.
Flurbiprofeno Retard	200	24 h.
A. Mefenámico	750-1.500	8 h.
Meclofenamato Na	200-400	8 h.
Diflunisal	500-1.000	12 h.
Naproxeno	500-1.000	12 h.
Ketoprofeno	200	8-12 h.
Ketoprofeno Retard	200	24 h.
Aceclofenaco	200	12 h.
Diclofenaco	150-200	8-12 h.
Diclofenaco Retard	100	24 h.
Fenilbutazona	200-400	12-24 h.
Indometacina	75-150	8 h.
Sulindaco	200-400	12 h.
Tenoxicam	20	24 h.
Meloxicam	7,5-15	24 h.
Nabumetona	1.000-2.000	12-24 h.
Celecoxib	200-400	12-24 h.
Etoricoxib	90	24 h.

Fuente: Sociedad Española de Reumatología (SER) (2019), Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Artritis. (25)

Inyecciones

La aplicación de corticoides de liberación prolongada directamente en el área afectada ya sea en casos de entesopatía u oligoartritis resistente, puede proporcionar alivio de los síntomas. Además, la terapia física dirigida a preservar la movilidad articular puede ser beneficiosa durante el proceso de recuperación (17).

Esteroides

La uveítis anterior se maneja de manera convencional, utilizando corticosteroides y gotas oftálmicas midriáticas para evitar la formación de cicatrices. En cuanto a la conjuntivitis y las lesiones mucocutáneas, se recomienda únicamente un tratamiento sintomático (17). Dentro de marco del tratamiento con antibióticos solo se recomienda en infecciones producidas por clamidia su uso temprano ayuda a prevenir la forma crónica de ARe, Fármacos a disponibilidad en su tratamiento azitromicina (1g una sola dosis), doxiciclina (100 mg/ 12 horas por 7 días).

Fisioterapia

Un profesional de fisioterapia puede proporcionarte rutinas de ejercicios específicos diseñados para fortalecer tanto las articulaciones como los músculos. Los ejercicios destinados a fortalecer contribuyen a mejorar el respaldo de las articulaciones mediante el desarrollo de la musculatura que las rodea. Además, los ejercicios de amplitud de movimiento están diseñados para aumentar la flexibilidad articular y reducir la rigidez. (26)

DISCUSIÓN

La artritis reactiva (ARe) se considera clásicamente un subtipo de espondiloartritis (EspA) que se precipita después de una infección gastrointestinal o genitourinaria (36). La presentación habitual es artritis monoarticular u oligoarticular que afecta a articulaciones grandes y se produce alrededor de 2 a 4 semanas después de una infección. La ReA es un problema predominante en los países subdesarrollados donde abundan las infecciones intestinales y del tracto urinario. Aunque se informa en países de altos ingresos, el fenotipo generalmente se limita a artralgia, tenosinovitis, dactilitis o, a menudo, artritis no tan grave. El fenotipo observado en los trópicos es muy diferente con el rápido desarrollo de osteoartritis secundaria o incluso la evolución hacia espondilitis anquilosante (37) (2).

La artritis reactiva suele estar vinculada a infecciones genitourinarias y gastrointestinales provocadas por bacterias como Chlamydia, Salmonella, Shigella, Campylobacter y Yersinia. Aunque la colitis por C. difficile es menos reconocida como causa, se han informado aproximadamente 50 casos desde que se describió por primera vez en 1916. Se cree que su desarrollo está relacionado con una reacción autoinmune a los antígenos bacterianos que ingresan al torrente sanguíneo a través de la mucosa intestinal, afectando a las articulaciones y otros tejidos en individuos con predisposición genética (38).

El objetivo del tratamiento para la ARe es disminuir los síntomas clínicos y la inflamación tanto en las articulaciones como en otros tejidos afectados. Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos se utilizan como primera opción, mientras que los corticosteroides sistémicos son una alternativa en casos de enfermedad que no responde adecuadamente al tratamiento inicial (5) (2) (39) (40). Un enfoque quirúrgico como la sinovectomía se considera beneficioso para aliviar el dolor y prevenir la erosión ósea en pacientes con artritis reactiva. Este procedimiento implica la eliminación de la membrana sinovial engrosada que contiene agentes infecciosos, especialmente en casos donde el tratamiento farmacológico no ha sido efectivo (41) (42); sin embargo, aún no se comprende completamente cómo este procedimiento puede afectar a pacientes con ARe (43). Respecto al tratamiento de las manifestaciones extraarticulares, se ha recomendado principalmente el manejo sintomático o el uso de glucocorticoides tópicos, ya que la evidencia disponible es limitada y, en la mayoría de los casos, estas manifestaciones tienden a resolverse por sí solas (44) (43) (5).

Según investigaciones realizadas, el diagnóstico de artritis reactiva relacionada con COVID-19 se ve obstaculizado por varios factores, como la diversidad de síntomas osteomusculares que se presentan durante el período de recuperación o el síndrome post-COVID, la limitada eficacia de los criterios de clasificación actuales y la presencia previa de enfermedades reumatológicas que afectan las articulaciones. Además, el uso de fármacos como corticosteroides o antiinflamatorios no esteroideos durante la fase activa moderada o grave de la infección podría potencialmente reducir la aparición de síntomas osteomusculares y manifestaciones extraarticulares (45) (5).

Los estudios realizados se pueden corroborar que la artritis reactiva (ARe) surge como un subtipo de espondiloartritis vinculado a infecciones gastrointestinales o genitourinarias, siendo más prevalente en países con ingresos bajos a medios. Los síntomas, como la artritis en articulaciones grandes, son más pronunciados en regiones tropicales, con riesgo de evolución a espondilitis anquilosante. Las infecciones comunes asociadas incluyen Chlamydia, Salmonella, Shigella, Campylobacter y Yersinia, con la colitis por *C. difficile* menos reconocida. El tratamiento se centra en reducir síntomas e inflamación, utilizando antiinflamatorios no glucocorticoides y, en casos resistentes, glucocorticoides sistémicos.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

- En virtud a lo estudiado en el periodo 2018-2023 la caracterización clínica y terapéutica de la artritis reactiva no solo proporciona beneficios directos a los pacientes, sino que también tiene un impacto en la eficiencia del sistema de salud, no se evidencia avances su clínica: la cual se mantiene caracterizada por la triada de artritis, su tratamiento se a evidenciado que el uso de gluco-corticoides proporciona un mejor alivio de los síntoma (dolor, inflamación, limitación funcional).
- Dada la naturaleza global de la artritis reactiva y su asociación con diversos patógenos, se a determinado que dentro de los hallazgos mas reciente han que el gen HLA-B27 influye en la enfermedad ya que es un gen que determinante en la protección inmunología del organismo humano.
- La identificación temprana de la artritis reactiva disminuye factores de riesgos se a estudiado que la falta de tratamiento provoca que cambie de una afectación mono articular a una poliarticular, llevando a los pacientes a complicaciones sistémicas, deteriorando su estado de salud.
- Se identifico el tratamiento no farmacológico el cual consiste como primer punto prevención el uso de métodos de barra, el uso de hielo local para reducir los síntomas de inflamación local, con respecto al tratamiento farmacológico el uso de AINES – Gluco-Corticoides reducen los síntomas que desaparecen en la gran mayoría de los pacientes dentro de 2-5 meses también se menciona que el uso de antibióticos siempre cuando la infección sede por chlamydia, además, y el uso de metotrexato, sulfasalazina o en combinación.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda la realización de estudios epidemiológicos en Ecuador que evalúen la incidencia y prevalencia de la ARe, así como los factores de riesgo específicos en la población ecuatoriana. Estos estudios proporcionarán datos fundamentales para la formulación de políticas de salud adaptadas a las necesidades locales.
- Es esencial fomentar la concientización sobre la artritis reactiva entre profesionales de la salud y la población en general. La promoción de la identificación temprana de síntomas y la implementación de métodos diagnósticos precisos contribuirán a un manejo más eficiente de la enfermedad.
- Se sugiere la continuación de investigaciones que contribuyan al desarrollo de criterios diagnósticos más precisos y universalmente aceptados para la ARe. Esto facilitará una identificación más temprana y confiable de la enfermedad, mejorando así las estrategias de tratamiento y gestión clínica.
- Dar charlas a la población sobre métodos de planificación familiar, como se ha venido mencionando es un factor importante son las enfermedades de transmisión sexual causante de ARe.
- Actualizar al personal de salud sobre las manifestaciones clínicas y el abordaje terapéutica, de esta patología para brindar una atención de calidad a los pacientes.

REFERENCIAS

1. Santoyo N, Valverde , Arenas A, Carbonell L, Delgado. Pápulas eritemato-violáceas y dolor articular: síntomas de artritis reactiva por *Chlamydia trachomatis*. Elsevier. 2022; 48(6).
2. Bekarysova D, Yessirkepov M, Zimba O, Gasparyan AY, Ahmed S. Reactive arthritis before and after the onset of the COVID-19 pandemic. Clin Rheumatol. 2022.
3. Walsh JA, Magrey M. Clinical manifestations and diagnosis of axial spondyloarthritis. J Clin Rheumatol. 2021.
4. Lucchino B, Spinelli FR, Perricone C, Valesini G, di Franco M. Reactive arthritis: Current treatment challenges and future perspectives. Clin Exp Rheumatol. 2019.
5. Tuta E, Santacruz , Camacho J, Olivella J, Collazos , Gómez J, et al. Relación clínica entre la artritis reactiva y la infección por SARS-CoV-2: una revisión exploratoria. Revista Colombiana de Reumatología. 2023.
6. Bohórquez C, Movasat A, Turrión A, Pérez A. Artritis reactiva. Sciencedirect. 2017.
7. Oller B. Artritis reactiva. [Online].; 2022 [cited 2023 10 29. Available from: <https://es.familydoctor.org/condicion/artritis-reactiva-es/>.
8. Cruz , Montero , Salazar , Villacís. Calidad de vida en pacientes ecuatorianos con artritis reumatoide: un estudio transversal. Reumatología Clínica. 2019.
9. Espinoza LR, García. Microbios y articulaciones: la relación entre infección y articulaciones. Reumatología clínica. 2013; 9(4).
10. Vila V, Senabre. Artritis reactivas. [Online].; 2023 [cited 2023 10 29. Available from: <https://svreumatologia.es/wp-content/uploads/2023/02/svr-libros-enfermedades-reumaticas-actualizacion-svr-2013-capitulo-28.pdf>.
11. Palacios B, Valles NL, Bartolomé MT, Pascual AJ, López J, Marín LA. Cómo afecta la artritis reactiva o síndrome de Reiter a las personas afectas. [Online].; 2022 [cited 2023 11 15. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/como-afecta-la-artritis-reactiva-o-sindrome-de-reiter-a-las-personas-afectas/>.
12. Prado M. Síndrome de Reiter. A propósito de un caso clínico. [Online].; 2021 [cited 2023 11 15. Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/sindrome-de-reiter-a-proposito-de-un-caso-clinico/>.

13. Revista Artritis y Reumatología. ¿Qué es el síndrome de Reiter? [Online].; 2020 [cited 2023 11 15. Available from: <https://artritispr.com/articulos/que-es-el-sindrome-de-reiter/>.
14. Aguirre DA. Artritis reactiva. [Online].; 2018 [cited 2023 10 30. Available from: <https://asoreuma.org/wp-content/uploads/2018/11/09-ARTRITIS-REACTIVA.pdf>.
15. Sociedad Española de Reumatología. Artritis Reactiva. [Online].; 2017 [cited 2023 10 30. Available from: https://inforeuma.com/wp-content/uploads/2017/04/36_Artritis-Reactiva_ENFERMEDADES-A4-v03.pdf.
16. García V, Briones A, Valero M, Blanco BA, Bachiller J. Otras espondiloartritis. [Online].; 2021 [cited 2024 01 25. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541221000731>.
17. Yaseen. Artritis reactiva. [Online].; 2022 [cited 2024 01 25. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-de-los-tejidos-musculoesquel%C3%A9tico-y-conectivo/enfermedades-articulares/artritis-reactiva>.
18. Espinoza. Artritis Reactiva: Puesta al Día. [Online].; 2021 [cited 2023 10 30. Available from: <https://sochire.cl/wp-content/uploads/2021/09/r-171-1-1343619302.pdf>.
19. Asociación Colombiana De Reumatología. Artritis Reactiva, Características Clínicas. [Online]. [cited 2023 10 30. Available from: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/reumatologia/vol-6399/reumatologia6399artritis2/>.
20. Mayo Foundation for Medical Education and Research. Artritis reactiva. [Online].; 2022 [cited 2024 01 25. Available from: <https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/artritis-reactiva>.
21. NIH. Artritis reactiva. [Online].; 2022 [cited 2024 01 25. Available from: <https://www.niams.nih.gov/es/informacion-de-salud/artritis-reactiva>.
22. Clínica Jaime Catarroja. Artritis reactiva: síntomas, causas y tratamiento de esta enfermedad. [Online].; 2023 [cited 2024 01 25. Available from: <https://clinicajaimecatarroja.com/blog/artritis-reactiva#factores-de-riesgo-relacionados-con-la-artritis-reactiva>.
23. Foundation A. Artritis reactiva. [Online].; 2022 [cited 2023 10 30. Available from:

<https://espanol.arthritis.org/diseases/reactive-arthritis>.

24. Sociedad Argentina de Reumatología. Artritis Reactiva. [Online].; 2023 [cited 2024 01 25]. Available from: https://www.reumatologia.org.ar/enfermedades_reumaticas_detalle.php?IdEnfermedad=16.
25. Sociedad Española de Reumatología. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Artritis Reumatoide. [Online].; 2019 [cited 2024 01 25]. Available from: <https://www.ser.es/wp-content/uploads/2019/03/Guia-de-Practica-Clinica-para-el-Manejo-de-Pacientes-con-Artritis-Reumatoide.pdf>.
26. Infobae. Artritis reactiva: causas, síntomas, diagnóstico y tratamiento. [Online].; 2023 [cited 2024 01 25]. Available from: <https://www.infobae.com/noticias/2023/03/17/artritis-reactiva-causas-sintomas-diagnostico-y-tratamiento/>.
27. Quaytman J, Gollamudi U, Bass N, Suresh S. Reactive arthritis and silent thyroiditis following SARS-CoV-2 infection: Case report and review of the literature. Clin Case Rep. [Online].; 2022 [cited 2024 01 25]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8819636/>.
28. Parisi S, Borrelli R, Bianchi S, Fusaro E. Viral arthritis and COVID-19. [Online].; 2020 [cited 2024 01 25]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7535796/>.
29. Yokogawa N, Minematsu N, Katano H, Suzuki T. Case of acute arthritis following SARS-CoV-2 infection. [Online].; 2020 [cited 2024 01 25]. Available from: <https://ard.bmj.com/content/80/6/e101>.
30. Baimukhamedov C, Dossybayeva G, Makhmudov S, Botabekova A. Arthritis after SARS-CoV-2 infection: Reactive arthritis or virally mediated arthritis?. [Online].; 2023 [cited 2024 01 25]. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s15010-022-01936-2>.
31. Bekarysova D, Yessirkepov M, Zimba O, Gas. Reactive arthritis before and after the onset of the COVID-19 pandemic. [Online].; 2022 [cited 2024 01 25]. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10067-022-06120-3>.
32. Walsh JA, Magrey M. Clinical manifestations and diagnosis of axial spondyloarthritis. [Online].; 2021 [cited 2024 01 25]. Available from:

https://journals.lww.com/jclinrheum/fulltext/2021/12000/clinical_manifestations_and_diagnosis_of_axial.47.aspx.

33. De Stefano L, Rossi S, Montecucco C, Bugatti S. Transient monoarthritis and psoriatic skin lesions following COVID-19. *Ann Rheum Dis*. [Online].; 2020 [cited 2024 01 25]. Available from: <https://ard.bmj.com/content/82/4/e86>.
34. Santacruz , Londoño J, Santos , Arzuag A. Extra-articular manifestations in reactive arthritis due to COVID-19. [Online].; 2021 [cited 2024 01 25]. Available from: <https://www.cureus.com/articles/72521-extra-articular-manifestations-in-reactive-arthritis-due-to-covid-19#!/>.
35. Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW, McQuaid KR. Diagnóstico clínico y tratamiento México: McGraw Hill; 2023.
36. García A, Chacón J, García H, Iraheta J. Artritis reactiva: actualización 2018. [Online].; 2018 [cited 2024 01 25]. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10067-018-4022-5>.
37. Misra R, Ahmed S, Chaudhury A, Lawrence A, Agarwal V, Aggarwal A. Desarrollo de espondilitis anquilosante en pacientes con artritis reactiva y espondiloartropatía periférica: estudio hospitalario en el norte de la India. [Online].; 2018 [cited 2024 01 25]. Available from: https://ard.bmj.com/content/77/Suppl_2/353.1.
38. de los Mozos , Casas , Calvo , García. Artritis reactiva asociada a Clostridioides difficile: un caso clínico inusual y revisión de la literatura. [Online].; 2021 [cited 2024 01 25]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-artritis-reactiva-asociada-clostridioides-difficile-S0213005X21002883>.
39. Ouedraogo F, Navara R, Thapa R, Patel. Reactive arthritis post-SARS-CoV-2. [Online].; 2022 [cited 2024 01 25]. Available from: <https://www.cureus.com/articles/64634-reactive-arthritis-post-sars-cov-2>.
40. Quaytman J, Gollamudi U, Bass N, Suresh S. Reactive arthritis and silent thyroiditis following SARS-CoV-2 infection: Case report and review of the literature. [Online].; 2022 [cited 2024 01 25]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ccr3.5430>.
41. Shimoyama K, Teramoto A, Murahashi Y, Takaha K. Surgically treated reactive arthritis of the ankle after COVID-19 infection: A case report. [Online].; 2022 [cited

2024 01 25. Available from: [https://www.jiac-j.com/article/S1341-321X\(21\)00364-0/fulltext](https://www.jiac-j.com/article/S1341-321X(21)00364-0/fulltext).

42. Lipina M, Makarov M, Mukhanov V, Karpashevic A, Maglevaniy S, Amirdjanova V, et al. Arthroscopic synovectomy of the knee joint for rheumatoid arthritis. [Online].; 2019 [cited 2024 01 25. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00264-018-4160-z>.
43. Bentaleb I, Abdelghani , Rostom S, Amine B. Reactive arthritis: Update. [Online].; 2020 [cited 2024 01 25. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40588-020-00152-6>.
44. Santacruz , Londoño J, Santos , Arzuag A. Extra-articular manifestations in reactive arthritis due to COVID-19. [Online].; 2021 [cited 2024 01 25. Available from: <https://www.cureus.com/articles/72521-extra-articular-manifestations-in-reactive-arthritis-due-to-covid-19#!/>.
45. Taniguchi , Nishikawa , Yoshida T, Terada , Tada , Tamura , et al. Expanding the spectrum of reactive arthritis (ReA): Classic ReA and infection-related arthritis including poststreptococcal ReA, Poncet's disease, and iBCG-induced ReA. [Online].; 2021 [cited 2025 01 25. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00296-021-04879-3>.