Reumatol Clin. 2020;16(Espec Cong):467

Reumatología Clínica

https://www.reumatologiaclinica.org

RC112 - Artritis víricas: análisis descriptivo de una serie de 131 pacientes

A.V. Orenes Vera[1], N. Fernández-Llanio Comella[2],L. Montolio Chiva[1], I. Vázquez Gómez[1], E. Flores Fernández[1], D. Ybañez García[1], A. Martínez Ferrer[1], E. Valls Pascual[1], A. Sendra García[1,3], V. Núñez Monje[1], I. Torner Hernández[1] y J.J. Alegre Sancho[1]

[1]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.[2]Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. [3]Fundación para el fomento de la investigación sanitaria y biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO). Valencia.

Resumen

Introducción: La artritis de etiología vírica se considera la causa más frecuente de artritis aguda. El agente etiológico más frecuente es el parvovirus B19 (B19). Además, existen otros virus que pueden dar lugar a patología articular inflamatoria, como son: virus de Epstein-Barr (VEB), citomegalovirus (CMV), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), rubeola, parotiditis, virus de la hepatitis B y C (VHB y VHC) y Chikungunya (en viajeros transcontinentales o inmigrantes).

Objetivos: Describir las características epidemiológicas, curso clínico, analítico, evolución y tratamiento de una serie de pacientes con diagnóstico confirmado de artritis vírica.

Métodos: Estudio descriptivo de una serie de casos de artritis vírica recogidos entre los años 2000 y 2019. Se recogieron variables epidemiológicas (sexo, edad, estación del año, año de diagnóstico, hijos en edad pediátrica), clínicas (patrón articular, pródromos, clínica acompañante) y analíticas (PCR, VSG, ANA, FR). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 22.0.

Resultados: Se recogieron 131 pacientes, 109 mujeres y 22 varones. La edad media al diagnóstico era de 39,7 años (DE 11,9). El 93,9% de los casos fueron producidos por B19, 3,8% por VEB, y sólo 3 por otros virus (1 por CMV, 1 por VHB, 1 por parotiditis). Los años de mayor incidencia fueron 2005 (55 casos), 2000 (10 casos) y 2016 (8 casos). Sólo la mitad de los casos (46,6%) se produjeron en primavera, un 32,8% en verano, 15,3% en invierno y 5,3% en otoño. En contra de lo esperable, un 20% de los casos convivían con hijos en edad pediátrica. El cuadro clínico más frecuente fue la poliartritis aguda (53,4%), seguido de las poliartralgias de ritmo inflamatorio (19,1%). Cabe destacar la presentación en forma de oligoartritis aguda en un 10,7% de los casos, y en forma de monoartritis aguda en un 3,1% de los casos. Un 54,2% presentó un cuadro prodrómico, en general respiratorio, y la clínica articular se acompañó de un rash cutáneo en un 35,1% y de fiebre en un 29% de los casos. Analíticamente, el 33,6% presentó PCR elevada, el 39,7% VSG elevada, el 19,8% anemia transitoria, el 9,9% ANA positivos (4,6% de forma transitoria), el 9,1% anti DNA-dc (7,6% transitoriamente), y el 10,7% FR positivo (3,1% transitoriamente). En el 79,4% de los casos la clínica fue autolimitada, con una duración media de 36 días (DE 47,7), pero en un 12,3% se produjeron una o varias recidivas. El 69,5% sólo precisaron del uso transitorio de paracetamol y/o AINES (el 6,7% no tomó tratamiento dada la rápida resolución de la clínica), pero fue necesario asociar corticoterapia en un 21,4% de los casos. Un 4,6% de los casos evolucionaron a la cronicidad, siendo necesaria la adición de FAME en 3 pacientes (dos de ellos quedaron filiados como artritis reumatoide, en tratamiento con metotrexato y leflunomida, y el tercero como conectivopatía indiferenciada, en tratamiento con hidroxicloroquina).

Conclusiones: El B19 sigue siendo la causa más frecuente de artritis vírica en nuestra población y afecta mayoritariamente a mujeres jóvenes. Aparece con un patrón de presentación esporádico, ocasionalmente epidémico y de predominio en estaciones cálidas. Una presentación clínica en forma de oligoartritis o monoartritis aguda no debe hacernos descartar esta posible etiología. Tampoco en caso de positividad de marcadores de autoinmunidad. Uno de cada 20 casos puede cronificarse y hacer necesario el uso de FAME.

1699-258X © 2020. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados