



## Carta al Editor

### Artritis reactiva por *Blastocystis hominis*

#### Reactive arthritis caused by *Blastocystis hominis*

Sr. Editor:

La artritis reactiva se define como una artritis aguda precedida de una infección entérica o genitourinaria. Esta infección suele preceder a la artritis en un mes. Las artritis reactivas más frecuentes son debidas a *Salmonella*, *Shigella*, *Chlamydia*, *Yersinia* y *Campylobacter*. No obstante, existen casos descritos en la literatura de artritis reactiva producida por otros microorganismos, tales como los protozoos<sup>1</sup>.

Actualmente, no hay criterios validados para la clasificación ni para el diagnóstico de la artritis reactiva. Según las definiciones de trabajo de la III Reunión Internacional sobre Artritis Reactiva, dos son las características clínicas que se consideran muy importantes<sup>2</sup>:

1. Artritis inflamatoria aguda, lumbalgia inflamatoria o entesitis.
2. Evidencia de infección que preceda a la enfermedad entre 4 y 8 semanas.

A continuación, se presenta un caso de artritis reactiva por *Blastocystis hominis* en paciente inmunocompetente.

Mujer de 45 años, española, sin hábitos tóxicos, que había realizado múltiples viajes a lugares, como India, Nepal, Kenia, Tanzania y Birmania. El último viaje lo realizó a Egipto hace un año. Entre sus antecedentes patológicos destacaba una oxiuriasis recurrente resuelta y aislamiento de *Blastocystis hominis* (*B. hominis*) en un último coprocultivo de control. Consultó por malestar general, raquialgia y artralgiacompañada de febrícula de 2 días de evolución. El periodo de latencia desde el aislamiento de *B. hominis* hasta el inicio de la sintomatología fue de 10 días, aproximadamente. En la exploración física presentaba fiebre (38 °C), monoartritis de rodilla izquierda, talalgia y dolor con enrojecimiento de globo ocular. El resto de la exploración por aparatos fue normal, incluyendo mucosa oral y genital. La radiografía de tórax no evidenció alteraciones. Se realizó una radiografía de manos palmooplaca, que fue normal. Se realizó artrocentesis de rodilla, obteniéndose líquido sinovial inflamatorio: 21.250/mm<sup>3</sup> leucocitos (94% polimorfonucleares) y glucosa: 143,4 mg/dl. El examen del líquido articular en el microscopio óptico de birrefringencia no evidenció cristales. Los cultivos del líquido articular, así como hemocultivos, urocultivos, coprocultivos, fueron negativos para bacterias y parásitos. En el hemograma: la VSG fue de 67 mm a la 1.<sup>a</sup> h, 15,8 × 10<sup>9</sup> leucocitos (88% neutrófilos), hemoglobina 12,2 g/dl, hematocrito 35%, PCR: 56 mg/l y fibrinógeno 601 mg/dl. Las funciones renal y hepática eran normales. Las serologías para hepatitis B y C, VIH, *Salmonella*, *Brucella* y *Treponema pallidum* fueron negativas. Los anticuerpos antinucleares y factor reumatoide fueron negativos. El antígeno de histocompatibilidad B27 fue positivo. El examen oftalmológico

evidenció uveítis anterior bilateral, de predominio derecho. Se diagnosticó de artritis reactiva por *B. hominis*; se continuó tratamiento con metronidazol 250 mg cada 8 h, que la paciente ya había comenzado antes de su consulta. Además, se inició indometacina 125 mg cada 24 h, con resolución de la artritis. La paciente intoleró el metronidazol y se cambió por tinidazol 1.000 mg cada 12 h. Al alta, la paciente presentó resolución de la artritis y mejoría de la uveítis. Continuó con indometacina y tinidazol. Posteriormente, la paciente acudió a consulta para control, con mejoría de la artritis, lo que le permitió ir reduciendo la dosis de antiinflamatorio paulatinamente. A su vez, presentó otro episodio de uveítis que se controló con tratamiento tópico. Los coprocultivos de control que se repitieron a las tres semanas de realizar tratamiento antiparasitario fueron positivos. Posteriormente, la paciente realizó otra tanda de tratamiento, repitiéndose los cultivos al cabo de un mes, que resultaron negativos.

La artritis reactiva por protozoos es poco frecuente. Los microorganismos implicados más frecuentes son *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*, *Trichomonas vaginalis* y *Toxoplasma gondii*, siendo poco común el *B. hominis*. Este es un protozoo que se transmite entre animales y humanos por la ingestión de quistes, presentes en el agua o los alimentos contaminados con material procedente de un portador. Su papel patógeno no está universalmente aceptado<sup>3</sup>, aunque se ha relacionado con episodios de diarrea y manifestaciones extraintestinales<sup>3</sup>; menos frecuente es su relación con artritis reactiva. Se han descrito diferentes tipos morfológicos, vacuolar y ameboide<sup>4</sup>, que podrían estar relacionados con su capacidad patógena.

Los mecanismos por los cuales los distintos parásitos pueden producir patología articular son múltiples. Por ejemplo, invasión local desde los huesos o músculos vecinos, por vía hematogena o linfática, con presencia de los individuos adultos, larvas o huevos en la cavidad articular. También podrían desencadenar una reacción inflamatoria reactiva a la presencia del parásito en los tejidos adyacentes, sin que existiera invasión articular propiamente dicha<sup>5</sup>. En nuestro caso, suponemos que este último sería el mecanismo más probable de acción del *B. hominis*.

Por otro lado, algunos autores utilizan el término de «reumatismo parasitario» en el caso de cuadros inflamatorios sin la presencia del parásito en la articulación ni en su vecindad, probablemente desencadenado por un mecanismo inmunológico<sup>5</sup>.

En la revisión bibliográfica realizada PUBMED 1990-2010 (palabras clave: *Blastocystis hominis* y artritis) se describen 4 casos que asocian *B. hominis* con artritis, tratándose en 2 de ellos de artritis infecciosa<sup>6,7</sup>. Los otros 2 casos asocian artritis reactiva con *B. hominis*<sup>8,9</sup>. El caso aportado sería pues el quinto relacionado con este parásito y la tercera descripción de artritis reactiva por este microorganismo.

Al igual que en los casos previos, se trataba de una mujer de mediana edad, inmunocompetente, que había viajado a países de riesgo. Sin embargo, a diferencia de lo descrito en los casos

anteriores, en el caso aportado el antígeno mayor de histocompatibilidad B-27 fue positivo.

### Bibliografía

1. Doury P. Arthrites parasitaires, rhumatismes parasitaires et arthrites reactionnelles. *Presse Med.* 1988;17:373-4.
2. Tank Yan Yu D, Thim Fang P. Síndrome de Reiter, espondiloartropatías indiferenciadas y artritis reactiva. En: Kelley, editor. *Tratado de reumatología* (1175-1153). Madrid: EdiDE; 2006.
3. Carbajal JA, Villar J, Lanuza MD, Esteban JG, Muñoz C, Borrás R. Significación clínica de la infección por *Blastocystis hominis*: estudio epidemiológico. *Med Clin (Barc)*. 1997;108:608-12.
4. Sheehan DJ, Rancher BG, Mckitrick JC. Association of *Blastocystis hominis* with symptoms of human disease. *J Clin Microbiol.* 1986;24:548-50.
5. Richi Alberti P. Revisión, patología reumatológica importada. *Semin Fund Esp Reumatol.* 2010;11:28-36.
6. Krüger K, Kamilli I, Schattenkirchner M. *Blastocystis hominis* as a rare arthritogenic pathogen. A case report. *Z Rheumatol.* 1994;53:83-5.
7. Lee MG, Rawlins SC, Didier M, DeCeulaer K. Infective arthritis due to *Blastocystis hominis*. *Ann Rheum Dis.* 1990;49:192-3.
8. Lakhnpal S, Cohen SB, Fleischmann RM. Reactive arthritis from *Blastocystis hominis*. *Arthritis Rheum.* 1991;34:251-3.
9. González I, Pons M, Carrasco I. Artritis reactivas y *Blastocystis hominis*: ¿una asociación casual? *Rev Esp Reumatol.* 2000;27:74-5.

Beatriz Tejera<sup>a,\*</sup>, Dolors Grados<sup>a</sup>, Melania Martínez-Morillo<sup>a</sup> y Silvia Roure<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Sección de Reumatología, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Barcelona, España

<sup>b</sup> Sección de Medicina Interna, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [bea\\_buchi@hotmail.com](mailto:bea_buchi@hotmail.com) (B. Tejera).