

Enfermedad de Reiter y BAVC en paciente de 37 años – 2003

Dr. Clemente Bilotta

Amigos del foro, un paciente de 37 años consulta por disnea en clase funcional 1- 2, de varios días de evolución.

Tiene como antecedente ser portador de una enfermedad de Reiter desde los 20 años, actualmente sin medicación y asintomático.

Le constato un BAVC en su ECG, con eco normal y Chagas (-).

Actualmente está internado, solo con una vía dado que tiene una FC aceptable, compensado hemodinámicamente.

Si alguien del foro tiene experiencia en este tipo de patología, agradeceré su aporte.

Cordilamente.

Dr. Constante Bilotta

General Villegas. Buenos Aires

OPINIONES DE COLEGAS

Mirá, yo no tengo experiencia en esta patología; sólo tengo algo de memoria y creo recordar que casi todas las espondiloartropatías seronegativas (fundamentalmente la espondilitis anquilopoyética), podían acompañarse de alteraciones en el tejido conectivo. Estas alteraciones parecen comenzar por detrás de la pared posterior de la válvula aórtica, e infiltrar desde allí, hasta provocar insuficiencia aórtica. Además, el proceso podría invadir el esqueleto fibroso del corazón y comprometer la parte penetrante del His. Repito, no tengo experiencia y sólo estoy tratando de hacer memoria. Seguramente ya tendrás respuestas más fundamentadas y expertas.

Saludos

Néstor Gorini.

Prezados amigos do foro;

Aqui Andrés Pérez Riera de SP. Brasil. Primeiramente desejo dar a benvindas a Edgardinho. Edgardo não imaginas quanto te hechamos de menos (em portugues tivemos muitas saudades de você) I miss you a lot!!!!!!!!!!!!. Você é muito importante para todos nos.

Faz um tempo eu fizera um pequeno resumo da síndrome de Reiter que envio agora foro para relembra os tempos que era internista.

Síndrome de Reiter

Constitui a mais comum artropatia inflamatória do homem jovem. Trata-se de uma artrite reativa pós-venérea (uroartrite) ou pós- disenterica (enteroartrite).

Pós-disenterica: quatro semanas após infecção pôr shigella, salmonella, yersinia ou campilobacter (1a 4% dos afetados desenvolvem Reiter).

Pós-uretrite: pôr chlamydia trachomatis.

Sexo: 5 a 1 em favor do homem

Raça: rara em negros.

Idade: 20 a 40 anos.

Hereditariedade: ligada ao antígeno HLA-B27 positivo em 65 a 95% dos casos. Esta é positiva em 90% dos pacientes homens com espondilite anquilosante da raça caucasiana muito mais raro em negros e asiáticos.

Clínica: tríada clássica conjuntivite-uretrite-artrite só tem valor histórico.

1) oligoartrite inflamatória assimétrica mais de grandes juntas dos membros inferiores

2) Entesopatia: inflamação no local de inserção de tendões e ligamentos.

3) uretrite: secreção mucoide. prostatite(80%), cistite, salpingite, cervicite

4) balanite circinada (25% presente) pequenas úlceras indolores na glândula e meato.

5) queratoderma blenorrágica: máculo-pápulas palmo-plantares (13%) hiperqueratóticas.

6) conjuntivite e uveíte anterior(40%)

7) acometimento cardíaco (10%) IAO e defeitos de condução pode levar ao Bloqueio AV de diversos graus por acometimento do esqueleto cardíaco com prolongamento do AH no eletrograma.

Deve nestes casos seguir os postulados da clínica para indicar MP definitivo. Nos pacientes com espondilose anquilosante 30% sofrem algum grau de bloqueio AV. Estudos eletrofisiológicos assinalam que o nível do bloqueio é o nó AV (AH PROLONGADO).

Pacientes com HLA-B27 gene tem mais FA. Envolvimento da válvula aórtica se observa em 30% pelo eco e em 100% na autópsia. Pode co-existir insuf mitral por contiguidade.

Laboratório: VHS acelerada, proteína C reativa positiva, leucocitose neutrofílica, antígeno HLA-B27 positivo em 65 a 95%, sacroileíte no Rx, espondilite, com acometimento preferencial das três últimas torácicas e as três primeiras lombares.

Tipos de evolução

três tipos:

15 a 50% recorrente em surtos, 20% crônica axial e periférica, e o resto surto único severo autolimitado.

diagnóstico diferencial:

deve se fazer com:

artrite séptica atual, gota, pseudogota, AR, artrite psoriásica, espondilite anquilosante.

Andrés R. Pérez Riera

La enfermedad de Reiter (artritis, conjuntivitis y uretritis, conforme a la tríada descrita por este autor), hoy se diagnostica por la presencia de artritis reumatoidea seronegativa, oligoarticular y asimétrica, con uretritis o cervicitis.

Manifestaciones poco comunes de la enfermedad constituyen: pleuropericarditis, insuficiencia aórtica, manifestaciones neurológicas y amiloidosis secundaria.

Lo anterior es extraído del texto de Harrison's Principles of Internal Medicine.

No se describe el BAVC dentro de las manifestaciones de esta afección, pero estimo que la implantación de un marcapaso definitivo es una indicación precisa.

Saludos.

Dr. Luciano Pereira