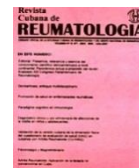


Revista Cubana de Reumatología

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen 21, Número 1; 2019 ISSN: 1817-5996
www.revreumatologia.sld.cu



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Artritis reactiva post-estreptocócica. Una revisión de literatura

Post-streptococcal reactive arthritis. A literature review

Reinaldo Enrique Comboza Morales ^{1*}, Andrea Abigail Miniguano Torres ², Erika Gabriela Rivadeneira Hermida ³, Dayana Cumandá Virano González ⁴, Tamara Patricia Capelo Burgos ⁵, Rocío Estefanía Álvarez Morillo ⁶

¹ Médico Residente. Hospital General IESS Latacunga. Universidad de Guayaquil Latacunga. Cotopaxi. Ecuador.

² Médico Residente. Hospital General IESS Latacunga. Universidad Técnica de Ambato. Ambato. Tungurahua. Ecuador.

³ Médico Residente. Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio. Hospital del día IESS Macas. Universidad Católica de Cuenca. Macas. Morona Santiago. Ecuador.

⁴ Médico Rural. Centro de Salud 24 de Mayo. Huamboya. Universidad Católica de Cuenca. Macas. Morona Santiago. Ecuador.

⁵ Médico Residente. Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio. Hospital del día IESS. Macas. Universidad Estatal de Cuenca. Macas. Morona Santiago. Ecuador.

⁶ Médico Residente. Hospital General IESS Latacunga. Universidad Central del Ecuador. Quito. Pichincha. Ecuador.

Contacto para la correspondencia: Dr. Reinaldo Enrique Comboza Morales: (reinaldo-enrique@hotmail.com)

RESUMEN

Introducción: existe un debate en la actualidad acerca de si la artritis reactiva post-estreptocócica es una entidad separada o una condición en el espectro de la fiebre reumática aguda.

Objetivo: revisar la literatura existente sobre el tema artritis reactiva post-estreptocócica.

Desarrollo: se realizó una búsqueda bibliográfica en Medline, Pubmed, Scielo y Dialnet, buscando como palabras clave: artritis y artritis reactiva post-estreptocócica. Además de la búsqueda computadorizada se realizó una búsqueda manual. Dichas bases de datos recogen las publicaciones más importantes en el campo científico de la medicina. La búsqueda se realizó en abril del 2018, y comprendió desde el año 1989 hasta la actualidad. Utilizamos el programa Reference Manager, versión 12, para crear una base de datos con las publicaciones, categorizarlas y filtrarlas de acuerdo a su relevancia para nuestro estudio. Se recabaron un total de 45 documentos en total, de los cuales fueron descartados unos 30, debido a su nivel de generalización y escasa especificidad en el tema abordado.

Conclusiones: los signos clásicos de tumefacción, eritema, calor y dolor están presentes, siendo el dolor el más importante, está presente en reposo y aumenta con los movimientos. Como en la FR, la artritis postestreptocócica es una artritis reactiva caracterizada por una infección faríngeaestreptocócica, un intervalo libre y una posterior inflamación aséptica en una o más articulaciones.

Palabras Clave: artritis reactiva post-estreptocócica; fiebre reumática; artritis.

ABSTRACT

Introduction: there is currently debate about whether post-streptococcal reactive arthritis is a separate entity or condition in the spectrum of acute rheumatic fever.

Objective: to review the existing literature on the topic post-streptococcal reactive arthritis.

Development: a bibliographic search was carried out in Medline, Pubmed, Scielo and Dialnet, searching as keywords: arthritis and post-streptococcal reactive arthritis. In addition to the computerized search, a manual search was carried out. These databases collect the most important publications in the scientific field of medicine. The search was conducted in April 2018, and ran from 1989 to the present. We use the Reference Manager program, version 12, to create a database with publications, categorize them and filter them according to their relevance to our study. A total of 45 documents were collected, of which about 30 were discarded, due to their level of generalization and lack of specificity in the topic addressed.

Conclusions: the classic signs of swelling, erythema, heat and pain are present, with pain being the most important, it is present at rest and increases with movements. As in RF, post-streptococcal arthritis is a reactive arthritis characterized by a pharyngeal-streptococcal infection, a free interval and subsequent aseptic inflammation in one or more joints.

Keywords: post-streptococcal reactive arthritis, rheumatic fever, arthritis.

Recibido: 21/09/2018

Aprobado: 30/10/2018

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas en la infancia son de especial significación actualmente debido a que se les reconoce como potencialmente graves y con impacto directo en la calidad de vida del paciente pediátrico. Aunque en la actualidad existen más de 100 enfermedades reumáticas pediátricas, tales como la artritis idiopática juvenil, la espondilitis juvenil, la artritis psoriásica juvenil, la dermatomiositis juvenil, el lupus sistémico eritematoso, la esclerodermia juvenil, la fibromialgia y la enfermedad mixta de tejido conectivo, la fiebre reumática (FR) sigue atrayendo el interés de los estudiosos en el campo de la reumatología pediátrica.⁽¹⁾

Existe un debate en la actualidad acerca de si la artritis reactiva post-estreptocócica (PSRA) es una entidad separada o una condición en el espectro de la fiebre reumática aguda (IRA). Es muy significativo expresar que PSRA es una entidad distinta y, en este trabajo científico se revisan las diferencias sustanciales entre PSRA y ARF. Se brindan algunas de las características demográficas clínicas, genéticos, y el tratamiento de PSRA que difieren de ARF.

Se sistematizan los criterios diagnósticos y las fórmulas de regresión que intentan clasificar a los pacientes con PSRA a diferencia de la IRA. El desenvolvimiento de estos resultados científicos puede estar relacionado y condicionado con el tema de los antibióticos profilácticos después de PSRA. Por tanto, serán imprescindible estudios metadisciplinarios futuros para responder desde una concepción generalizadora a la solución preventiva de esta enfermedad.

Es bueno expresar que la artritis reactiva postestreptocócica (ARPE) se caracteriza por una afección articular en forma de oligo o poliartritis de naturaleza no migratoria, de evolución benigna y sin lesiones articulares, pero con tendencia a recidiva. Cabe señalar que en su regularidad suele afectar a niños, aunque se han descrito algunos casos en adultos jóvenes; sin embargo, su aparición en mayores de 60 años es excepcional.

También se puede visualizar al cuadro articular la presencia de síntomas sistémicos, entre los que se identifican como: mal estado general, mialgias o sudación nocturna, dificultando de cierta manera su diagnóstico pues en muchos casos se acompañan además de otras afecciones articulares, manifestaciones sistémicas y gran actividad biológica, resaltando la posibilidad de que éstas puedan ser las principales manifestaciones de este síndrome, y que este diagnóstico debe considerarse incluso en adultos, por lo que se requiere la búsqueda de protocolos más efectivos en la actualidad, porque se manifiesta como un desafío para las Ciencias Médicas. Este trabajo se enfoca en revisar la literatura existente sobre el tema. Su lectura resulta de utilidad para residentes y especialistas de reumatología, y otras especialidades afines, así como para la comunidad médica general y los nuevos médicos en formación de nuevos médicos.

DESARROLLO

Para el desarrollo de este estudio se realizó una búsqueda bibliográfica en Medline, Pubmed, Scielo y Dialnet, buscando como palabras clave: artritis y artritis reactiva post-estreptocócica. Además de la búsqueda computarizada se realizó una búsqueda manual. Dichas bases de datos recogen las

publicaciones más importantes en el campo científico de la medicina. La búsqueda se realizó en abril del 2018, y comprendió desde el año 1989 hasta la actualidad. Utilizamos el programa Reference Manager, versión 12, para crear una base de datos con las publicaciones, categorizarlas y filtrarlas de acuerdo a su relevancia para nuestro estudio. Se recabaron un total de 45 documentos en total, de los cuales fueron descartados unos 30, debido a su nivel de generalización y escasa especificidad en el tema abordado.

En la literatura actual se manifiesta que la artritis está presente en un 70 % de los pacientes. Es la más común de las manifestaciones mayores, pero es poco específica, pues está presente en muchas otras enfermedades reumáticas, siendo una causa frecuente de diagnósticos erróneos. La artritis de la FRA presenta, no obstante, una serie de características que permiten ayudar a su diferenciación.

Se señala también que la artritis es: el signo más frecuente, pues aparece en el 75% de los pacientes con ataque agudo. Es una poliartritis de carácter agudo que afecta a las grandes articulaciones (tobillos, rodillas, codos); es migratoria, errática, cambiando en pocos días de una a otra articulación. Presenta signos inflamatorios con calor, rubor y tumefacción con dolor intenso. Cuando existe derrame, este no es purulento. La artritis se cura sin dejar secuelas. Pues es una rápida respuesta a los salicilatos. Se describe en la historia desde la mitad del siglo XX.

Por tanto, es un término confuso descrito en el año 1959, para denominar a la FR del adulto con poca o nula afectación cardíaca y a los pacientes pediátricos que tras una infección por estreptococos beta hemolíticos del grupo A, presentan artralgiyas y/o artritis reactivas sin cumplir los criterios de Jones. Es un síndrome poco conocido que ha generado mucha controversia y en el cual faltan criterios diagnósticos claros y recomendaciones terapéuticas correctas.

Artritis con tumefacción o dolor y limitación de la movilidad, en al menos una articulación, o artralgiyas. Evidencia de infección estreptocócica reciente. La afectación articular tiende a ser poliarticular con afectación de pequeñas y grandes articulaciones con una duración de más de dos meses, con curso benigno y en pocos casos se comprueba carditis, aunque se han descrito secuelas cardíacas ocasionalmente.

Este cuadro puede ser debido tanto a infecciones por el grupo A como por el grupo G, pues los estreptococos G tienen antígenos en su membrana celular con reactividad cruzada con los del A y se han publicado cuadros de poliartritis y entesitis tras infecciones por estreptococos del grupo G.

No está claro si precisan profilaxis antibiótica en todos los casos. Diagnóstico diferencial. Debe establecerse con la ACJ, las espondiloartropatías, la artritis estreptocócica aguda y las artritis reactivas tras infecciones entéricas (*Salmonella*, *Yersinia*, *Campylobacter*) otras infecciones genitourinarias (clamidias).

Los criterios clínicos ayudan a la correcta identificación de los pacientes con infección estreptocócica, pero, en ocasiones, el diagnóstico es difícil, pues existen niños sanos colonizados crónicamente con el estreptococo del grupo A; otras veces, el germen no se encuentra en la faringe en el momento de la aparición de la sintomatología y la respuesta serológica no se presenta inmediatamente tras la infección aguda, pudiendo tardar semanas o meses hasta su ascenso.

Artritis reactiva postestreptocócica

La artritis reactiva postestreptocócica es aquella artritis causada por el estreptococo que no cumple los criterios diagnósticos para la fiebre reumática aguda.

Se define la artritis reactiva postestreptocócica (ARPE) como aquella artritis de una o más articulaciones asociada a una infección reciente por el EGA en un paciente que no cumple los criterios de Jones para el diagnóstico de FRA. Para algunos autores, la ARPE formaría parte del espectro de la FRA, mientras que para otros es una entidad diferente.

“El término artritis reactiva postestreptocócica (ARPS), surgido en 1982, fue originalmente aplicado en pediatría para una entidad diferente de la fiebre reumática (FR). Se propusieron los siguientes hallazgos distintivos de la ARPS: comienzo dentro de los 10 días de la infección por estreptococo beta hemolítico del grupo A, artritis prolongada o recurrente y escasa respuesta al tratamiento con aspirina”.^(1,2)

Otros investigadores describieron a la artritis como no migratoria, con un pico de incidencia en las mujeres de edad mediana y con un bajo riesgo (estimado en un 8%) de carditis. Sobre la base de los hallazgos clínicos se propusieron una serie de criterios de diagnóstico. El objetivo de los autores fue examinar si la ARPS constituye un síndrome clínico homogéneo mediante el análisis de la bibliografía disponible.

La artritis postestreptocócica se presenta con frecuencia en Europa del Este y en Estados Unidos, con una incidencia anual de 2 por cada 100 000 habitantes. Etiológicamente se asocia a una infección orofaríngea por *Streptococcus piógenos* que desencadena síntomas articulares y dermatológicos (síndrome artritis-dermatitis).

Como diagnósticos diferenciales se encuentran: lupus eritematoso sistémico, espondiloartritis, neoplasias, enfermedades metabólicas, síndrome de Sweet y fiebre reumática del adulto; con respecto a esta última se ha debatido si corresponden a una misma patología o si son independientes, debido a que presentan una etiología común.

“Es una artritis que aparece a los pocos días de una faringitis aguda por estreptococo beta hemolítico del grupo A. Podría tratarse de una forma frustrada de Fiebre Reumática. Puede aparecer en cualquier edad, pero su prevalencia es mayor durante la adolescencia y entre los 20 y 40 años. Se caracteriza por una monoartritis o oligoartritis aguda asimétrica, no migratoria que puede cursar con febrícula y malestar general. Puede afectar a cualquier articulación, aunque preferentemente se localizan en extremidades inferiores. Muy raramente se producen afectación cardíaca y manifestaciones neurológicas. El tratamiento consiste en penicilina y AINEs para los síntomas”.⁽²⁾

Comentan los autores que “el análisis de los datos provenientes de informes de casos y series de casos de ARPS resulta limitado, tanto por la heterogeneidad de las fuentes de datos como por la dificultad en el establecimiento de causalidad. Sin embargo, pueden extraerse algunas conclusiones. La ARPS afecta por igual a hombres y mujeres tanto niños como adultos.

La distribución en cuanto a la edad parece ser bimodal con un pico a los 8-14 años y otro a los 21-37 años, lo que la diferencia de la FR que tiene un único pico de incidencia en la infancia, alrededor de los 12 años y de la artritis reactiva que tiene un pico de incidencia a los 27-34 años. La distribución

geográfica de los casos comunicados de ARPS probablemente refleje más un sesgo de información que una verdadera prevalencia".⁽³⁾

La artritis postestreptocócica es una entidad clínica que se manifiesta por compromiso articular secundario a un proceso infeccioso orofaríngeo asociado a *Streptococcus B* hemolítico del grupo A. La edad de aparición más frecuente es entre 21 y 37 años, sin distinción de sexo; se presenta más en pacientes con el alelo HLA-DRB1*01, que funciona como disparador posterior a la infección.

Las manifestaciones que se pueden encontrar son: síntomas generales, compromiso oligoarticular no migratorio, que se caracteriza por dolor, edema e impotencia funcional de muñecas, articulaciones metacarpofalángicas, tobillos y caderas, con pobre respuesta a salicilatos y a antiinflamatorios no esteroideos (AINES), además de una pléyade de manifestaciones dermatológicas.

Estos individuos tienen factor reumatoideo y HLA-B27 negativos. El diagnóstico se basa en la clínica, en los títulos altos de anticuerpos antiestreptolisina O (AE-LOS) y en la elevación de reactantes de fase aguda. El tratamiento es sintomático, para las manifestaciones articulares y dermatológicas, con AINES y corticoesteroides.

La Asociación Americana del Corazón recomienda iniciar profilaxis con penicilina o eritromicina (esta última en caso de alergia a los betalactámicos) durante un año, descartando que no haya manifestaciones valvulares, las cuales se presentan en el 6 %.

Se han descrito casos de artritis asociada a infección estreptocócica en adolescentes y en adultos que no cumplen los criterios diagnósticos de Fiebre Reumática (criterios de Jones). La artritis puede afectar a las articulaciones de las manos, responder de forma incompleta al tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, y durar varios meses.

El diagnóstico se basa en asociar la presencia de estos síntomas con la demostración de una infección reciente por estreptococo. Algunos de estos pacientes pueden desarrollar en el futuro carditis, por lo que la mayoría de los médicos coinciden en que la artritis post estreptocócica es una variante de Fiebre Reumática. Por tanto, se recomienda tanto la profilaxis con antibióticos como descartar la existencia de carditis.

En 1993, Deighton propuso las siguientes características de la ARPE que servirían para distinguirla de la FRA:

1. "Inicio de los síntomas en los primeros 10 días desde el comienzo de la infección por EGA, versus las 2 ó 3 semanas observadas en la FRA
2. Artritis de evolución prolongada y/o recurrente, en contraste con la FRA, en que la artritis es migratoria y dura entre pocos días y unas 3 semanas
3. Respuesta lenta y parcial a la aspirina, mientras que en la FRA la respuesta es rápida y espectacular".⁽⁴⁾

En 1997, Ayoub y Ahmed hicieron una propuesta de criterios diagnósticos para la ARPE. El diagnóstico diferencial es similar al de la FRA. Entre las manifestaciones clínicas, la faringitis se encuentra presente en un 66 % de los pacientes, un 30 % refieren febrícula y otro 30 % pueden presentar un exantema

no escarlatiniforme que precede al inicio de la artritis. Hasta un 50 % de los niños refieren rigidez matutina de duración variable.

La artritis, presente en un 70-80 % de los casos, es asimétrica y no migratoria y afecta principalmente a las articulaciones de las extremidades inferiores, aunque hasta un 50 % pueden presentar afectación de alguna articulación de las extremidades superiores. La afectación cardíaca, mucho más baja que en la FRA, es de alrededor del 6 %.

Ayoub y Ahmed ⁽⁵⁾ proponen unos criterios alternos para el diagnóstico de artritis postestreptocócica (tabla 1), teniendo en cuenta las manifestaciones clínicas de la artritis, la evidencia de la infección y la ausencia de otros criterios que encajan en el diagnóstico de fiebre reumática según los criterios de Jones.⁽⁶⁾

Tabla 1. Criterios alternos para el diagnóstico de artritis post-estreptocócica.

Criterios para el diagnóstico de artritis postestreptocócica
Características de la artritis Inicio agudo, simétrico o asimétrico, no migratorio Recurrente o prolongada Pobre respuesta a los salicilatos o a los AINES
Evidencia de infección por <i>Streptococcus</i> del grupo A
No presencia de otras manifestaciones de fiebre reumática aguda
No cumple criterios para fiebre reumática aguda (Criterios de Jones)

Las pruebas de laboratorio muestran un recuento leucocitario normal. La VSG, en cambio, se encuentra elevada hasta en un 75 % de los pacientes. Los títulos de ASLOS y anti-DNAasa B se encuentran elevados en el 88 % y 80 %. Por otra parte, dado el intervalo más corto entre la infección por el EGA y el inicio de los síntomas, estos pacientes presentan una mayor frecuencia de resultados positivos en el test de detección rápida y de cultivos faríngeos positivos para el EGA (75 %) frente a los pacientes con FRA.

En la ARPE está indicado el tratamiento del episodio agudo de infección por EGA, así como el control de los síntomas con antiinflamatorios no esteroideos. No obstante, como ya se ha comentado, una de las características de la ARPE es que no se observa la rápida respuesta con la administración de aspirina descrita en la FRA.

La profilaxis antimicrobiana es objeto de discusión dada la baja incidencia de afectación cardíaca. Se ha propuesto el tratamiento por un mínimo de 1 ó 2 años. Si al cabo de este tiempo no se han encontrado signos de afectación cardíaca, se podría suspender la profilaxis. Sin embargo otros autores prefieren hacer el mismo tratamiento que para aquellos pacientes con FRA sin afectación cardíaca (5 años desde el último episodio o hasta los 18 años, lo que sea antes).

La evolución de la artritis en la ARPE es persistente, con una duración entre el inicio y la resolución de entre 5 días y 8 meses (media de 66 días). Las similitudes y diferencias entre la fiebre reumática aguda y la artritis postestreptocócica se pueden observar en la tabla 2.

Tabla 2. Similitudes y diferencias entre la fiebre reumática aguda y la artritis post estreptocócica.

Diferencias	Fiebre reumática aguda	Artritis post estreptocócica
Periodo de latencia	2-3 semanas	Menor a 10 días
Edad	4-9 años	8-14 años y 21-37 años
Sexo	Femenino > Masculino	Femenino = Masculino
Artritis	No siempre, aumenta con la edad, migratoria, severa, duración de una semana con resolución a las tres semanas	Todos los pacientes. Aditiva, prolongada, duración de dos meses en promedio
Compromiso dermatológico	Eritema marginado, tardío en su aparición el curso de la enfermedad	Eritema nodoso y diferentes tipos de rash
Respuesta a la aspirina o a los Antiinflamatorios no esteroideos (AINES)	Buena respuesta	Respuesta moderada

Por otro lado, la serología es de gran importancia para el diagnóstico definitivo de la patología articular; Valtonen et al.⁽⁷⁾ encontraron que las enfermedades más comunes asociadas a títulos elevados de AELOS fueron: fiebre reumática, artralgia o mialgia inespecíficas asociadas a infección estreptocócica y artritis reactiva, por lo cual la evidencia de estos anticuerpos elevados permite circunscribir el diagnóstico diferencial y diagnosticar, con cierta precisión, las entidades articulares secundarias a infecciones orofaríngeas (ibidem).

Además debe tenerse en cuenta que en solo 60 % hay antecedente clínico claro de infección faríngea,⁽⁸⁾ y entre un 29-37 % hay resultado de cultivo faríngeo positivo.⁽⁹⁾

Con respecto al tratamiento, algunos autores apoyan las recomendaciones de la American Heart Association para la profilaxis de infecciones estreptocócicas recurrentes para evitar el compromiso valvular. En pacientes que han presentado más de un episodio de artritis reactiva postestreptocócica podría ser útil la profilaxis con penicilina G benzatínica 1 200 000 unidades mensuales, buscando evitar las recidivas articulares a futuro.^(10- 12)

Los períodos de artritis por lo general son prolongados, recurrentes y con respuesta variable a los antiinflamatorios no esteroides, distinto a lo que se puede observar en la mejoría clínica de un paciente con fiebre reumática, quien responde característicamente a los salicilatos.

Con respecto al uso de esteroides en esta entidad, no se encuentran muchos reportes al respecto; su uso está permitido pero bajo vigilancia médica, debido a posibles complicaciones que puedan presentarse durante su administración, idealmente con disminución gradual de la dosis luego de observarse mejoría.

En cuanto al tratamiento, no queda claro si es más aceptable dar tratamiento antibiótico preventivo, como en la FR; pues se han descrito recaídas y también carditis. Al parecer, lo prudente es administrar tratamiento unos tres meses y si en la evolución no aparecen complicaciones, parar la medicación.⁽¹³⁾

Referido al pronóstico y la evolución: el pronóstico suele ser bueno pero los síntomas y signos puede durar un tiempo prolongado y si aparecen complicaciones, principalmente, cardíacas, entonces es reservado en función de la evolución que adopte. Existen una serie de cuestiones aún no claras en esta patología:^(14,15)

La artritis postestreptocócica y la FR, ¿son entidades diferentes o manifestaciones de la misma enfermedad?

. ¿Cuál es el riesgo de desarrollar complicaciones cardíacas?

. ¿Todos los pacientes requieren tratamiento preventivo?

. ¿Cuál es la incidencia real de la enfermedad?

En resumen, las recomendaciones ante este cuadro clínico, son:

El antecedente de infección estreptocócica debe establecerse por cultivo faríngeo o por comprobación del ascenso del título da ASLO u otros antígenos estreptocócicos.

Si el cultivo es positivo debe tratarse con penicilina.

Para un correcto diagnóstico debe hacerse una cuidadosa historia clínica y una buena exploración física.

Debido al peligro de las complicaciones, debería darse tratamiento antibiótico preventivo durante unos tres meses, hasta comprobar la ausencia de carditis o corea. Es preciso establecer la incidencia, los riesgos y la evolución del cuadro para indicar la estrategia a seguir.

CONCLUSIONES

La evaluación clínica correcta y precisa de la cavidad bucal en pacientes con sospecha de estar implicados en el carácter autoinmune de morbilidad puede dar lugar a un mejor manejo de las condiciones bucales presentados por estos individuos, siendo una conducta integrada entre el estomatólogo y el médico, el elemento clave para el éxito del abordaje terapéutico.

El papel de los estomatólogos es importante para establecer el diagnóstico de Enfermedad de Behçet, ya que podrían ser los primeros en detectarla. La Estomatitis Aftosa Recurrente es un síntoma inicial común de EB. Se requiere un enfoque multidisciplinario para diagnosticar y tratar la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Camino Benavides JE, Vásquez Peralta MH, Cando Ger AE, Cando Guamialama YE. Aspectos relevantes para la prevención primaria, secundaria y terciaria de la fiebre reumática. Rev Cubana de Reumatología [Internet]. 2017 [citado 2018 May 27];19(2). Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/539>
2. Mackie SL y Keat A. Artritis Reactiva Posestreptocócica: (Qué Sabemos?) Rheumatology. 2004;43(8):949-954.
3. ¿Sabías que es la Artritis Reactiva Postestreptocócica? Aula de formación; 2015.
4. Casado E, Lacámara N, Piñeiro R, Siles A. Fiebre reumática aguda versus artritis reactiva postestreptocócica ¿Qué diría Jones? J Anpedi. 2011;76(3):178-9.
5. López JA. Fiebre reumática y artritis reactiva post-estreptocócica; [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-01/fiebre-reumatica-y-artritis-reactiva-post-estreptococica/>
6. Ayoub EM, Ahmed S. Update on complications of group A streptococcal infections. Curr Prob Pediatr. 1997; 27: 90-101.
7. Jones TD. The diagnosis of rheumatic fever. JAMA. 1944;126:481-84.
8. Valtonen JM, Koskimies S, Miettinen A, Valtonen VV. Various rheumatic syndromes in adult patients associated with high antistreptolysin O titres and their differential diagnosis with rheumatic fever. Ann Rheum Dis. 1993; 52: 527-30.
9. Wallace MR, Garst PD, Papadimos TJ, Oldfield EC 3rd. The return of acute rheumatic fever in young adults. JAMA. 1989; 262: 255-761.
10. Guidelines for the Diagnosis of Rheumatic fever. Jones criteria, 1992 update. JAMA. 1992; 268: 2069-73.
11. Jansen TL, Janssen M, de Jong AJ, Jeurissen ME. Post-streptococcal reactive arthritis: a clinical and serological description, revealing its distinction from acute rheumatic fever. J Intern Med. 1999; 245: 261-7.
12. Shulman ST, Ayoub EM. Streptococcal reactive arthritis. Curr Opin Rheumatol. 2002; 14: 562-65.
13. Moya F, Martinez S, Comulada J, Granados J. Artritis reactiva postestreptocócica. Rev Esp Reumatol. 2000;27: 77-8.
14. Keat A. Reiter's syndrome and reactive arthritis in perspective. N Engl J Med. 1983; 309: 1606-15.

15. Barash J, Mashiach E, Navon-Elkan P, Berkun Y, Harel L, Tauber T et al. Pediatric rheumatology study group of Israel. Differentiation of post-streptococcal reactive arthritis from acute rheumatic fever. J Pediatr. 2008; 153: 696-9.

Conflicto de interés

Los autores refieren no tener conflicto de intereses.