



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/2283 - Espondilitis Anquilosante en una consulta de atención primaria

M. Martínez Hernández^a, R.F. Sánchez Lizarraga^b, E.M. Fernández Cueto^c, M.S. Fernández Guillén^c, A.M. Fernández López^d, M. González^c, M. García Aroca^e y C. Celada Roldán^f

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. Murcia. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. Murcia. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. Cartagena. Murcia. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar. Cartagena. Murcia. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^fMédico Residente de 2^o año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Tomás es un varón de 30 años conocido por acudir asiduamente por lumbalgia. En las últimas consultas el dolor ha incrementado afectando en ocasiones la cadera. Había acudido a urgencias la semana pasada por un dolor ocular que se diagnosticó de uveítis anterior. El dolor está presente continuamente, especialmente de noche cuando le despierta. Al levantarse por la mañana se encuentra rígido, y aunque después se va aliviando, el dolor persiste todo el día. Refiere también fatiga. Comenta que su padre tenía una historia similar con rigidez cervical como la que él empezaba a sentir. El dolor lumbar es en ambos lados, a veces solo de uno o de otro lado, alternantemente. Al preguntar por la irradiación, se señala los muslos pero no lo describe como un rampazo que vaya más distal de la rodilla.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 96/65, pulso: 70 lpm, T^a: 36,1 °C, ACP: ligera taquipnea, resto normal. Abdomen: depresible, no masas ni megalías. Puño-percusión negativa. Neurológico: rigidez cervical, consciente y orientado, pares craneales fuerza y reflejos normales. Lassègue y Bragard negativos, el paciente se pone de puntillas y de talones con normalidad. Exploración aparato locomotor: rigidez cervical e hipercifosis dorsal, con protrusión cervical colocando al paciente de espaldas a la pared (medición de flecha cervical de Forrestier). Al sospechar por la edad y el dolor inflamatorio axial y sacroilíaco que pueda tratarse de una espondilitis anquilosante entre otros diagnósticos, determinamos que la movilidad articular lumbar mediante el test de Schöber es menor a 5 cm resultando patológica. La maniobra de Volkmann separando ambas espinas ilíacas anterosuperiores con dolor en la región sacroilíaca es también positiva y la maniobra de Fabere resulta dolorosa. Como síntoma extraaxial podemos ver un aumento de frecuencia respiratoria por la restricción de la expansión pulmonar que justificaría la fatiga que nos comenta. Laboratorio: PCR 8,3, VSG 45. Resto de analítica con bioquímica básica y coagulación normales. Tipaje HLAB27 (+). Proteinograma: hipergammaglobulinemia IgA. ANA y FR: negativos. Radiografía: sacroilíacas: sacroileítis bilateral simétrica en bordes sacroilíacos inferiores. Columna vertebral: signo de Romanus, cuadratura vertebral dando una imagen en caña de bambú. Sindesmofitos aislados en torno a los espacios intervertebrales. Signos de entesitis: calcificación postinflamatoria por ejemplo típica del tendón de Aquiles. Signos de osteoporosis temprana.

Juicio clínico: Espondilitis anquilosante.

Diagnóstico diferencial: Dolor inflamatorio de tipo artrítico. Artrosis. Dolor tumoral. Enfermedad inflamatoria intestinal con manifestaciones extraintestinales. Enfermedad de Reiter. Psoriasis. Hiperostosis de Forestier-Rotes-Querol. Diarreas inflamatorias con afectación esquelética.

Comentario final: Es importante sospechar esta enfermedad para su diagnóstico precoz de con tal de evitar sus complicaciones sistémicas e intentar frenar la anquilosis en personas jóvenes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editores. Harrison principios de medicina interna. 18^a ed. McGraw-Hill; 2012.
2. Harris ED, Budd R, Firestein G, et al. Kelley: Tratado de Reumatología. 7^a ed. Elsevier; 2006.