Semergen. 2015;41 (Espec Congr):2164

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1519 - ¿Todas las cervicalgias son iguales?

M. Rodríguez Márquez[a], I. Asunción Sola[b], J. Sánchez Sánchez[c], B. Blanco Sánchez[b], C. Pérez Llanes[d], A. Sánchez de Toro Gironés[d], M. Moreno Alfaro[e], J.F. Arenas Alcaraz[f] y J. Torrecilla Sequi[f]

[a]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Oeste. Murcia. [b]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia. [c]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Los Narejos. Murcia. [d]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. [e]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Murcia. [f]Médico de Familia. Centro de Salud Torre Pacheco Oeste. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 42 años que comienza con cervicalgia sin traumatismo previo. Afebril, normotensa, con limitación de flexo-extensión y laterización cervical. En tratamiento con AINEs y relajantes musculares sin mejoría. Se realizó resonancia magnética (RNM) solicitada por su médico de familia donde informan de fractura transversal reciente subcondral, paralela al platillo vertebral superior de C6. Con diagnóstico de discitis de C5 y C6 inmoviliza con collarín. Acude de nuevo a su médico de familia por no mejoría del dolor cervical, además de dolor lumbar bilateral sin irradiación a miembros inferiores, episodios de dolor en cara anterior del tórax y cintura escapular. También pustulosis palmo-plantar. Antecedentes personales: psoriasis cutánea.

Exploración y pruebas complementarias: Aparato locomotor: aumento en el tamaño de la articulación acromioclavicular izquierda, no dolorosa. Crecimiento supraciliar izquierdo más marcado. Lesiones húmedas con descamación y lesiones ampollosas en ambas plantas con lesiones en palmas como placas con escama central eritematosa seca. En ambas piernas, región superior de tronco y cuero cabelludo presenta lesiones papuloeritematosas puntiformes. Auscultación cardiopulmonar normal. Pruebas complementarias: VSG 20 con hemograma, bioquímica y orina normales. Serologías víricas negativas. Radiografía de columna cervical: osteolisis subcondral en platillo

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

superior del cuerpo C6 con esclerosis leve. Resto sin alteraciones. RMN: Fractura transversal reciente subcondral, paralela al platillo vertebral superior de C6. TAC craneal: Reconstrucción de hueso se aprecia lesión ósea mixta, de predominio lítico, a nivel frontal izquierdo. Rompe la tabla externa del cráneo y deforma el cuero cabelludo. Gammagrafía ósea: Incremento focal de captación en región esternoclavicular bilateral, calota supraciliar izquierda, escápula derecha. SPECTTAC: hallazgos compatibles con patología osteogénica activa a nivel de las articulaciones esternoclaviculares, espina de la escápula derecha y cuerpo vertebral de C6.

Juicio clínico: Síndrome de SAPHO (Sinovitis, Acné, Pustulosis, Hiperostosis, Osteítis).

Diagnóstico diferencial: Deberían descartarse patologías con patrones radiológicos similares, como la osteomielitis, típico comienzo súbito asociado a fiebre, malestar general, existencia de foco de infección quedando, por tanto descartada; linfoma o metástasis óseas (para pensar en esto como primera opción debería ser portador de tumor primario conocido, presentar síndrome constitucional); enfermedad de Paget, suele ser un hallazgo casual con aumento de fosfatasa alcalina en analítica, por lo que queda descartada. La biopsia ósea se hace necesaria para descartar estas patologías.

Comentario final: Pautada con metotrexate, ácido fólico, naproxeno, paracetamol, paroxetina, diazepam y prednisona. Pese al tratamiento no presenta control de la actividad inflamatoria. Se vuelve a solicitar gammagrafía ósea que muestra actividad inflamatoria, se inicia tratamiento con terapias biológicas: adalimumab. Esta entidad presenta una evolución crónica y un curso a brotes sin existir tratamiento curativo. Su correcto diagnóstico dependerá de que el médico piense en este proceso y establezca un nexo de unión entre las manifestaciones articulares y dermatológicas, sobre todo dolor en la pared torácica anterior y pustulosis palmo-plantar.

BIBLIOGRAFÍA

1- Espino-García A, Vidal-Tolosa A, Farran-Torres N, Monastyrskyy V. Síndrome de SAPHO. SEMERGEN. 2008;34(7):72341-4.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.