Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):34

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/1921 - Forestier-Rotés-Querol. Aproximación a una patología poco conocida

F. López Sánchez[a], M. Molano Camacho[b], A. Cabrera Aguilar[c], N. Clemente Iglesias[c], Á.M. Martínez Tolosa[a] y M.C. Hernández Herrero[f]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis de Toro. Cáceres. [b]Médico Residente. Centro de Salud Plasencia II. Cáceres. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [d]Médico de Familia. Centro de Salud Plasencia I. Cáceres.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 58 años sin antecedentes de interés excepto por una gastritis crónica antral por *H. pylori* que fue erradicado, acude a nuestra consulta de AP por presentar clínica de lumbalgia crónica con episodios de lumbociatalgia y claudicación mecánica con mínimos esfuerzos. No refiere pérdida ponderal ni síndrome constitucional. Ante la persistencia de síntomas se decide realizar hemograma, bioquímica y radiología lumbosacra.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física es normal, sólo destacando dolor a la palpación de la musculatura paravertebral. De las pruebas analíticas cabe reseñar la normalidad de los parámetros inflamatorios solicitados desde AP. En radiología lumbosacra se observan signos de espondiloartrosis lumbar con osteofitos exuberantes marginales de D9-L3 con calcificación de ligamento vertebral anterior sugerentes de hiperostosis vertebral.

Juicio clínico: Hiperostosis anquilosante vertebral.

Diagnóstico diferencial: Espondiloartrosis, espondilitis anquilosante.

Comentario final: La enfermedad de Forestier-Rotés-Querol o hiperostosis anquilosante vertebral se caracteriza por la calcificación y osificación de estructuras articulares y partes blandas como ligamentos, cápsula articular y tendones que suele cursar de forma asintomática, aunque no está exenta de complicaciones tales como disfagia, atrapamientos nerviosos periféricos, síndrome de Horner o incluso síndrome de cauda equina. Su diagnóstico se basa en la radiología y en la clínica, usando los criterios diagnósticos de Resnick, que son calcificación anterolateral de cuatro cuerpos vertebrales contiguos, conservación del espacio intervertebral y ausencia de afectación de las articulaciones sacroilíacas. El diagnóstico y manejo de esta patología se puede realizar desde AP ya que el único tratamiento posible es la analgesia, a excepción de las complicaciones que requieran cirugía, lo cual es muy poco frecuente.

Bibliografía

1. García García M. Enfermedad de ForestierRotésQuerol: progresión radiológica cervical y aparición de disfagia. Reumatología Clínica. 2015.

2. Suller Martí A, GraciaTello B, Velázquez A, Tejero C. Síndrome de ForestierRotés-Querol. Revista Clínica Española. 2015.
3. Guerrilla Caño J, Soler González J. Enfermedad de ForestierRotésQuerol. Formación Continuada en Atención Primaria (FMC). 2009.

Palabras clave: *Forestier-Rotés-Querol. Hiperostosis. Lumbalgia.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.