



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2311 - Rigidez matutina en varón de mediana edad

C. Crespo Cotillas^a, R. Jiménez Lorenzo^a, M. del Campo Giménez^b, J. Rodríguez Coronado^a, J. Rodríguez Toboso^a, M. Ruipérez Moreno^a, M. Minuesa García^a, M.Á. Sáez Moreno^a, J. Lucas^a y C. Castillo Moreno^b

^aMédico Residente. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona IV. Albacete.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 46 años, como antecedentes hepatitis B pasada, fumador de 20 cigarrillos/día, padre con espondilitis anquilosante HLA b27+, consulta por limitación progresiva de la extensión cervical y flexión dorsolumbar desde hace 3 años, refiere dolor nocturno lumbar y sensación de rigidez a nivel de columna lumbar que mejora con la actividad, buena respuesta a tratamiento con desketoprofeno. Desde atención primaria se solicita analítica y radiografía de columna y sacro; tras los resultados se remite a consulta de Reumatología.

Exploración y pruebas complementarias: Limitación grave de extensión de columna cervical y dorsolumbar, test de Schober modificado 2,5 cm distancia dedo suelo 9 cm. Prueba de Mantoux positiva. En analítica: PCR 25, FR 8, velocidad sedimentación globular 21, HBsAg positivo Anti-HBc positivo Anti-HBe positivo. Antígeno HLA B27 I positivo. En radiografía de columna cervical, dorsolumbar y sacroilíacas se aprecian osteofitos/sindesmofitos y esclerosis bilateral de sacroilíacas. Se completa estudio con RMN: Articulaciones sacroilíacas con afectación simétrica que presenta espacio articular pinzado con múltiples erosiones y alteraciones de señal subcondrales mixtas con áreas de grasa, esclerosis y edema. Lesiones de Anderson en D10-D11 y D11-D12 con hiperintensidad e irregularidad del disco y lesiones a ambos lados mixtas de predominio edematoso. Desde reumatología se comienza tratamiento con Arcoxia 90 1/24 horas e isoniacida tras Mantoux positivo durante 9 meses antes de iniciar tratamiento con golimumab 50 mensual.

Juicio clínico: Espondilitis anquilosante HLA b27+, activa con anquilosis axial generalizada.

Diagnóstico diferencial: Artritis reumatoide y otras espondiloartropatías.

Comentario final: Es muy importante una exploración clínica exhaustiva y las pruebas complementarias, en este caso la radiografía y sobretudo la RMN donde se aprecian más precozmente los cambios estructurales de esta patología, es necesaria su sospecha y detección precoz y no demorar la remisión al servicio de reumatología para administración de fármacos modificadores de la enfermedad si se considera necesario para así enlentecer o incluso detener la progresión de la enfermedad.

Bibliografía

1. Almodóvar González R, Prada JJ, Zarco Montejó P, Quirós Donate FJ. Unidad de Reumatología. Mujer diagnosticada de espondilitis anquilosante con dolor dorsolumbar. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.

Palabras clave: Espondilitis anquilosante. Sindesmofitos. Radiografía. Rigidez.