



242/2940 - SÍNDROME DE SAPHO. EL GRAN DESCONOCIDO

L. Mesa Díez^a, M. Fornieles Medina^b y E. Sánchez Torres^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Terrassa. Barcelona. ^bMédico de Familia. Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barneo. Torredonjimeno. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 62 años, exfumador, con antecedentes de claudicación intermitente y psoriasis, que consulta por odinofagia y malestar general orientándose la clínica como candidiasis oral. A las 48 horas reconsulta por fiebre, gonalgia izquierda asociada a inflamación articular y erupción cutánea pustulosa palmo-plantar con afectación de mucosa oral. Analíticamente destacaba: proteína C reactiva (PCR) de 307,84 mg/L y velocidad sedimentación globular (VSG) de 120 mm. Rx (radiografía) tórax, columna dorsal, lumbar y sacroilíacas normales. La artrocentesis mostró líquido articular de aspecto turbio y celularidad elevada (124.000 leucocitos con predominio polimorfonuclear), cultivo negativo. Se trató empíricamente con ceftriaxona y dosis única de azitromicina para cubrir la posibilidad de gonococemia, posteriormente se amplió cobertura antiestafilocócica. Hubo mejoría clínica, pero por la persistencia de las manifestaciones cutáneas y articulares se decidió realizar una gammagrafía ósea y una tomografía computarizada (TC) torácica, encontrándose hallazgos compatibles con síndrome de SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis). Se instauró tratamiento con indometacina mejorando significativamente la clínica.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica sanguínea. Rx tórax, columna dorsal, lumbar y sacroilíacas. Artrocentesis. Gammagrafía ósea y TC torácico.

Juicio clínico: Síndrome de SAPHO.

Diagnóstico diferencial: Psoriasis pustulosa. Pustulosis aguda generalizada. Artritis gonocócica.

Comentario final: De prevalencia, causa y patogénesis desconocidas, el diagnóstico se realiza por la clínica y la imagen específica gammagráfica de "asta de toro" en la articulación esternoclavicular. Es importante que el médico de familia tenga presente el síndrome de SAPHO para evitar que su presentación clínica peculiar y heterogénea nos haga errar en el diagnóstico.

Bibliografía

1. Rukavina I. SAPHO syndrome: a review. J Child Orthop. 2015;9(1):19-27.
2. Gallo Puelles F, Moreno Ramos MJ, Díaz Navarro MJ, et al. Fiebre, lesiones vesículo-ampollosas y oligoartritis en una paciente joven. Reumatol Clin. 2016;13(2):115-7.

3. García-Aparicio Á. Tratamiento del Síndrome SAPHO. *Semin Fund Esp Reumatol*. 2005;6:11-9.
4. Li C, Zuo Y, Wu N, Li L, Li F, Zhang W, et al. Synovitis, acne, pustulosis, hyperostosis and osteitis syndrome:a single centre study of a cohort of 164 patients. *Rheumatology (Oxford)*. 2016;55(6):1023-30.

Palabras clave: SAPHO. Artritis. Pustulosis.