

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

424/3942 - DOCTORA, ¿QUÉ ME PASA?

H. Madrona Rodríguez¹, S. Gil García², M. Galán Berasaluce² e I. Iniesta Hernández²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Guadalajara. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 48 años, natural de Rumanía, acude al médico por nuevo episodio de dolor glúteo de un mes de duración, de carácter mixto que remite parcialmente con antiinflamatorios. Antecedentes personales (AP): episodios de dolor costal/abdominal derecho, sin causa aparente; episodios de diarrea que cedieron espontáneamente; episodio aislado de ojo rojo agudo que duró 10 días y remitió con tobramicina y dexametasona; múltiples episodios de dolor lumbar, que han respondido bien a corticoides. Tratamiento habitual: celecoxib 1 comprimido cada 8 horas. No otros AP de interés.

Exploración y pruebas complementarias: Columna cervical: no signos inflamatorios, no apofisalgias, movilidad conservada. Columna lumbar: no signos inflamatorios, no dolor a la flexión anterior, flexión dorsal dolorosa, test de Schöber positivo. Sacroilíacas: dolor en articulación derecha con la apertura, cierre y presión directa. Extremidades superiores: uñas en vidrio de reloj Análisis de sangre: PCR 5,6 mg/L; factor reumatoide 10 U/ml; VSG 15 mm/h; HLA-B27 +; IgA e IgG elevadas, resto normal. Rx sacroilíacas: esclerosis subcondral bilateral en zona ilíaca con irregularidad de cortical, sugestivo de sacroileítis. RMN sacroilíacas: hallazgos compatibles con sacroileítis bilateral con focos inflamatorios activos

Orientación diagnóstica: Paciente con los antecedentes descritos, con dolor lumbar de repetición, que no responde a antiinflamatorios, con reactores de fase aguda (RFA) negativos, que mejora con un ciclo de corticoide. Ante la posibilidad de una sacroileítis se deriva al reumatólogo para completar el estudio, quien solicita HLA-B27 (positivo) y RMN, donde se observan signos inflamatorios activos en el momento actual.

Diagnóstico diferencial: Lumbago. Fibromialgia. Fractura vertebral. Hiperostosis esquelética.

Comentario final: Sospecharemos el diagnóstico de espondilitis en pacientes menores de 45 años con dolor dorsolumbar de más de tres meses de evolución que empeora de madrugada y con el reposo. Desde atención primaria solicitaremos la Rx de sacroilíacas y en caso de cumplir criterios habrá que derivar a Reumatología para ampliar el estudio con una RMN. Analíticamente destaca: elevación de RFA y de IgA. Más del 90% de pacientes son HLA-B27 positivo, aunque per sé no es diagnóstico de enfermedad. La evolución es variable, se debe recomendar una vida activa y tratamiento antiinflamatorio para el dolor. La sulfasalazina y el metotrexate son útiles en la afectación periférica. Valoraremos el tratamiento con biológicos en pacientes con afectación axial refractaria a antiinflamatorios y fármacos modificadores de la enfermedad (FAMEs).

Bibliografía

1. Diagnosis and differential diagnosis of axial spondyloarthritis (ankylosing spondylitis and nonradiographic axial spondyloarthritis) in adults (aprox. 54 pantallas). UptoDate (actualizado 20 mayo 2019, citado 20 julio 2019). Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-differential-diagnosis-of-axial-spondyloarthritis-ankylosing-spondylitis-and-nonradiographic-axial-spondyloarthritis-in-adults>

Palabras clave: Dolor. Sacroileítis.