

## 424/3938 - MUJER DE 32 AÑOS CON RIGIDEZ, LUMBALGIA Y ENTESOPATIA REFRACTARIA A AINES

J. Zuleta Valencia<sup>1</sup>, J. León Domínguez<sup>2</sup>, C. Acal Romero<sup>3</sup> y E. Martínez Perona<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle-Inclán. Ourense.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén.<sup>3</sup>Médico Residente. Centro de Salud Puerta Madrid. Andújar. Jaén.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 32 años, sin antecedentes personales relevantes, que presenta de manera insidiosa malestar general, rigidez matutina que mejoraba al transcurrir el día. Refiere lumbalgia sin irradiación con dolor moderado a intenso sin comentar traumatismos, que empeora con el reposo. Acudió varias veces al punto de atención continuada sin mejoría con AINES y reposo. Desde hace cuatro semanas inicia de forma brusca, con franca limitación para la marcha, debido a la inflamación aguda del talón izquierdo con talalgia bilateral asociada.

**Exploración y pruebas complementarias:** Asténica, facies de dolor y ansiedad (limitación funcional y pobre respuesta a tratamientos), motricidad del tronco limitada y dolorosa en la flexo-extensión (Schober positivo) de la zona lumbar inferior con hipersensibilidad, las maniobras de evaluación para sacroilíacas todas positivas (Gaenslen, Laguerre, Patrick, Volkmann). Se examina pie y tobillo izquierdo encontrando aumento difuso de volumen a nivel del talón, sin cambios de coloración ni alteraciones en el medio pie o dedos, pero con franca sensibilidad en la zona plantar medial del retropié a nivel de la inserción de la aponeurosis, sin otros datos positivos en la exploración. Se solicita radiografía de pelvis AP donde se observó sacroileítes bilateral con esclerosis marginal y erosiones de bordes, así como condensación ósea subcondral. Análisis de laboratorio: hemograma: anemia leve y PCR positiva, FR negativo, HLA B27 positivo y VSG elevada. Actualmente en seguimiento por servicio de Reumatología donde inicia tratamiento con indometacina + sulfasalazina con buen control del dolor y mejoría de capacidad funcional.

**Orientación diagnóstica:** Espondilitis anquilosante (EA).

**Diagnóstico diferencial:** Lumbago mecánico. Artritis reactivas. Fibromialgia.

**Comentario final:** La EA es una enfermedad crónica e inflamatoria. Afecta primariamente columna vertebral y las articulaciones, es importante una adecuada anamnesis y exploración para diferenciar entre dolor mecánico e inflamatorio asociando pruebas analíticas e imagenológicas que soporten un diagnóstico y tratamiento oportuno.

### Bibliografía

1. Rojas-Vargas M, Munoz-Gomariz E, Escudero A, Font P, Zarco P, Almodovar R, et al. First signs and symptoms of spondyloarthritis data from an inception cohort with a disease course of two years or less

(REGISPOSNER-Early). *Rheumatology (Oxford)*. 2009;48(4):404-9.

**Palabras clave:** Entesopatía. Sacroileítis. Lumbalgia.