



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

349/90 - CASO DEL 'SÍNDROME SAPHO' (SINOVITIS, ACNÉ, PUSTULOSIS, HIPEROSTOSIS Y OSTEITIS)

S. Prosalova Zhikvorentseva¹; L. Sambrana Iglesias¹; C. Cela Alcaraz².

¹Médico de Familia. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia.; ²Médico de Urgencias. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 37 años con repetidas consultas en últimos 3 meses por cervicalgia no traumática, no mejora con antiinflamatorios no esteroides. Antecedentes personales: Lumbalgia crónica, psoriasis, pustulosis palmoplantar en seguimiento por dermatología desde hace 5 años.

Exploración y pruebas complementarias: EF: lesiones pustulosas en palmas y plantas con zonas escamosas. Osteomuscular: limitación con rigidez de movimientos de cuello en todos los ejes, con apofisalgia C6-C7. dolor en articulaciones esternocostales, esternoclaviculares con hipertrofia sinovial en esternocostal izquierda. Radiografía cervical: sin hallazgos. RMN: fractura transversal C6 con signos de espondilodiscitis C5-C6 sin poder descartar proceso infiltrativo-destrutivo. Sacroiliacas sin afectación. Gammagrafía ósea con Tc99: Hiperactividad en ambas esternoclaviculares sin captación en C6. Analítica: VSG 57, HB 11,6, PCR 1.5, leve hipertransaminasemia, serología, Hepatitis y VIH negativos. Valorada por Traumatología: discitis C5-C6, se pauta collarín y analgesia. Dado que no remite el dolor se valora por Reumatología: ante los antecedentes médicos y los hallazgos de pruebas complementarias se diagnostica de síndrome SAPHO

Juicio clínico: Síndrome SAPHO.

Diagnóstico diferencial: Otras espondiloartropatías seronegativas, osteonecrosis aséptica, osteitis condensante, osteoma osteoide, osteoartritis, osteomielitis, Paget, osteosarcoma ó metástasis ósea.

Comentario final: Fué descrito en 1987, no existe una patogenia clara y la prevalencia/incidencia es desconocida. Predomina sexo femenino, suele aparecer en la edad temprana con afectación de huesos largos, clavícula y columna lumbar; en adolescencia con afectación de articulaciones esternoclaviculares, columna lumbar y pelvis. Se trata con AINES, corticoides en dosis medias, antibióticos, bifosfonatos, inmunosupresores y antiTNF. Se cursa en brotes, no tiene tratamiento curativo. Aunque no se da con relativa frecuencia, debemos sospecharlo con pacientes que reúnan síntomas del síndrome al que estamos haciendo referencia, en cuyo caso habría que derivarlos a Reumatología

Bibliografía

Cirps AJ. Pamidronate for SAPHO syndrome. Rheumatology 2003, 42:491.

Kahn MF, Chamot AM. SAPHO syndrome. Rheum Dis Clin North Am 1992; 18:225-41.

Rothschild B, Schils J. Potencial therapeutic aproach to SAPHO. *Semin Arthritis Rheum* 2000;29:332-4.