

SITUACIONES CLÍNICAS

Sacroilitis en mujer joven

A. Fabra Noguera^{a,*}, M. Rubio Villar^b, V. Sabaté Cintas^a y E. Pablos Herrero^c

^aCentro de Atención Primaria, Creu Alta, Sabadell, Barcelona, España

^bCentro de Atención Primaria, Canaletas, Cerdanyola del Vallès, Barcelona, España

^cCentro de Atención Primaria, Sant Oleguer, Sabadell, Barcelona, España

Recibido el 11 de junio de 2009; aceptado el 8 de enero de 2010

Disponible en Internet el 14 de abril de 2010

PALABRAS CLAVE

Sacroilitis;
Espandilitis
anquilosante;
Dolor lumbar

KEYWORDS

Sacroiliitis;
Ankylosing
spondylitis;
Back pain

Resumen

Una de las patologías más atendidas en las consultas del médico de familia son los dolores musculoesqueléticos, entre ellos, uno de los más frecuentes son las lumbalgias y ciatalgias. Muchas son las posibles causas del dolor lumbar, y si bien la gran mayoría presenta una causa mecánica, debemos estar alerta ante los casos ocasionales debido a anomalías como un tumor vertebral, la enfermedad de Paget o la espondilitis anquilosante, que han estado agrupadas en algún texto como «causas menos comunes del dolor lumbar». Si realizamos una detenida anamnesis y exploración física, en muchas ocasiones nos permitirá llegar a una orientación diagnóstica correcta, a través también de alguna exploración complementaria; al final, si lo consideramos oportuno, efectuaremos una derivación al especialista para corroborar nuestra sospecha.

© 2009 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

Sacroiliitis in the young woman

Abstract

One of the conditions seen the most in the family medicine doctor's office is musculoskeletal pain, among which low back pain and sciatica are the most frequent. There are many possible causes of back pain. Although most have a mechanical cause, we must be alert to possible cases due to abnormalities such as spinal tumors, ankylosing spondylitis or Paget's disease. In some texts, these have been grouped as: "Less common causes of back pain." When we obtain a careful history and physical examination, in many cases we can arrive at a correct diagnostic orientation, also using some additional examinations. Finally, if we consider it appropriate, we can also consult a specialist to confirm our suspicions.

© 2009 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 22025afn@comb.cat (A. Fabra Noguera).

Introducción

El dolor lumbar es uno de los síntomas más frecuentes en la población atendida en atención primaria, es el segundo motivo de consulta en los centros de atención primaria.

Más del 60% de la población lo experimenta en algún momento de su vida.

Espondilitis anquilosante (EA): la prevalencia en la población blanca es del 0,1–0,2%. Un 95% de pacientes con EA son HLA-B27 positivos, aunque sólo un 1–2% de los pacientes HLA-B27 positivos presentará la enfermedad¹.

La enfermedad se inicia en la tercera década de la vida con un pico máximo a los 25 años^{1,2}.

Exposición del caso

Mujer de 27 años que viene para control de su hipotiroidismo y, de paso, nos explica que desde hace unos 15 días presenta un dolor lumbar irradiado al glúteo izquierdo, por el que ha tomado paracetamol de 500 mg/12 h sin observar mejoría.

Antecedentes: fractura de fémur hace 10 años.

Exploración física: no hay lesiones en la piel, inspección y palpación de apófisis espinosas sin nada relevante, test de Lassegue y Bragard negativos, movilidad conservada, puño percusión lumbar negativa. Prescribimos ibuprofeno de 600 mg/12 h y citamos a control con el análisis en tres semanas.

Visita control

La analítica es normal, sigue el dolor y nos señala ahora la zona lumbosacra, que mejora con el antiinflamatorio. Nos explica que desde la fractura de fémur ha presentado episodios de dolor de más de tres meses de duración, en la zona sacra con irradiación al glúteo izquierdo y también en el lado derecho, de manera alterna, y que lo ha asumido como secuela, sin consultar hasta ahora. Al reinterrogar más detenidamente, nos refiere más dolor y rigidez por la mañana antes de levantarse, y hasta que no lleva un buen rato levantada (más de 1 h) no mejora la movilidad.

Exploración: maniobras sacroilíacas positivas. Favere positivo.

Solicitamos una radiografía de la columna lumbar y la pelvis. Resultado: afectación sacroilíaca bilateral (fig. 1).

En la nueva analítica destaca HLA-B27 positivo.

Se la deriva a Reumatología y se la diagnostica de sacroilitis bilateral y EA. Aporta TAC y gammagrafía que confirman la afectación sacroilíaca bilateral (fig. 2).

Se le recomienda fisioterapia e indometacina de 25 mg/8 h.

Discusión

Se trataba una paciente joven con un dolor lumbar sugestivo de espondilitis (edad, inicio, duración mayor de 3 meses, mejoría con ejercicio, respuesta a antiinflamatorios y exploración física sugestiva)^{2,3}.

Esta paciente cumplía los criterios de diagnóstico de la EA: 1 signo radiológico (sacroilitis bilateral [grado 2–4])+1



Figura 1 Radiografía de las articulaciones sacroilíacas con erosiones y esclerosis bilateral.

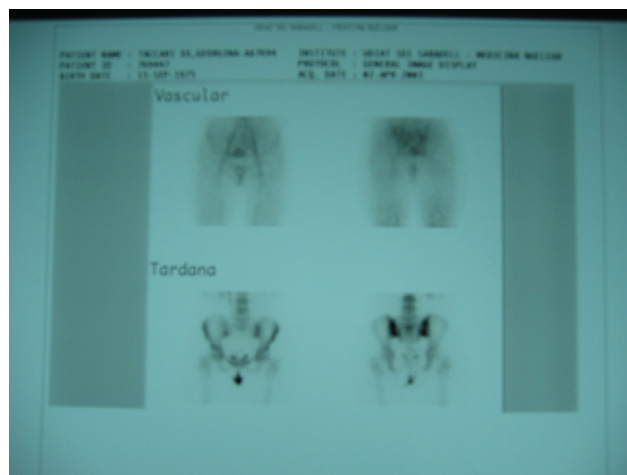


Figura 2 Gammagrafía: hiperactividad del trazador, intensa y ya visible en la fase vascular en ambas articulaciones sacroilíacas.

signo clínico (dolor lumbar y rigidez de más de 3 meses) (tabla 1)^{4,6}.

Diagnóstico diferencial: podríamos haber pensado en la primera visita en un dolor lumbar mecánico, con el consiguiente tratamiento antiinflamatorio y reposo; al no mejorar en la segunda visita analizamos detenidamente la historia de la paciente y volvimos a explorar, entonces nos pareció un dolor inflamatorio y pudimos pensar en patologías que afectarían a las articulaciones sacroilíacas de manera frecuente como sacroilitis séptica, espondiloartritis (EA, síndrome de Reiter/artritis reactivas, artropatía psoriásica, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, enfermedad de Whipple), anomalías estructurales, embarazo, osteitis condensante del iliaco, artrosis e hiperparatiroidismo, y b) procesos raros como artritis reumatoide, artritis microcristalinas, fiebre mediterránea familiar, policondritis recidivante, enfermedad de Gaucher, etc. Resumiendo, después de la anamnesis profunda y de la segunda exploración física nos orientamos y

Tabla 1 Criterios diagnósticos de la espondilitis anquilosante⁴**Criterios clínicos**

Limitación de la movilidad de la columna lumbar en los planos frontal y sagital

Dolor actual o pasado de al menos 3 meses de duración en la unión dorsolumbar o en la columna lumbar, que mejora con el ejercicio y no con el reposo

Limitación de la expansión torácica, medida a nivel del 4.º espacio intercostal, en relación con los valores normales según la edad y el sexo

Criterios radiológicos

Sacroilitis bilateral grado 2–4

Sacroilitis unilateral grado 3–4

Sacroilitis: 0=normal, 1=posible afectación, 2=mínima, 3=moderada, 4=borramiento.

Espondilitis anquilosante definida: al menos uno de los dos criterios radiológicos y al menos un criterio clínico.

Criterios modificados de Nueva York, propuestos en 1984.

Tabla 2 Procesos que afectan a las articulaciones sacroilíacas**Frecuentes⁵**

Sacroilitis séptica

Piógena

Brucelar

Tuberculosis

Espondiloartritis

Espondilitis anquilosante

Síndrome de Reiter/artritis reactivas

Artropatía psoriásica

Enfermedad de Crohn

Colitis ulcerosa

Enfermedad de Whipple

Anomalías estructurales

Asimetría de la pelvis

Asimetría de las extremidades

Embarazo

Osteítis condensante del ilíaco

Artrosis

Hiperparatiroidismo

Raras

Artritis reumatoide

Artritis microcristalinas

Gota

Condrocalcinosis

Fiebre mediterránea familiar

Policondritis recidivante

Alcaptonuria

Enfermedad de Gaucher

Esclerosis tuberosa

Paraplejía

Podríamos destacar el error de la primera visita de la paciente debido a que por la presión asistencial, por la prisa, no nos detuvimos suficientemente a realizar una buena anamnesis y exploración física reglada, nos fiamos de lo que nos contaba la paciente y pensamos que como tenía que volver con el resultado del análisis de control de su patología de tiroides, ya nos detendríamos a analizar el otro motivo de consulta, porque en ese momento no tuvimos más tiempo.

Nos decía un profesor en la facultad: «¿Sabes lo que es imprescindible en la visita del paciente?... Una silla, ¿por qué? Para sentarse y no tener prisa».

Por lo tanto, se necesita primero una buena anamnesis y una exploración física detallada y, por último, exploraciones complementarias y consulta a un especialista si hace falta, para no confundir el síndrome sacroilíaco con una ciática radicular⁷.

Comentario final

Dado que los médicos de atención primaria somos los primeros que vemos a estos pacientes, es muy importante poder realizar un diagnóstico precoz y, así, iniciar tratamiento farmacológico y de fisioterapia. El tratamiento convencional se basa principalmente en antiinflamatorios no esteroideos, los pacientes con artritis periférica pueden ser tratados con sufasalazina y los pacientes con enfermedad activa persistente se pueden beneficiar de los agentes anti-TNF^{8,9}.

Perspectivas de futuro: los pacientes con espondiloartritis podrán ser tratados con los inhibidores del TNF, altamente efectivos, y se podrá llegar, tal vez, a una remisión si se trata a los pacientes precozmente, todo esto son cuestiones que se irán respondiendo siguiendo las líneas de investigación iniciadas¹⁰.

Bibliografía

- Romero Yuste S. Espondilitis Anquilosante. *Medicine*. 2001;8:1608–11.
- Lafuente A, Lafuente C, Romera M. Lumbalgia. CAAPS (Curso autoformativo en Atención Primaria de Salud). Barcelona: Generalitat de Catalunya. IES. Scmfic; 1995.
- Barrett J, Golding DN. Tratamiento práctico del dolor lumbar y de la ciática. Barcelona: Ed. Ancora; 1985 p. 33–5.
- Mosquera Martínez JA. Espondiloartropatías. Concepto, clasificación y etiopatogenia. *Medicine*. 2001;8:1605–7.
- Cruz Martínez J. Protocolo del dolor sacroilíaco. *Medicine*. 2001;8:1634–7.
- Van Tubergen A, Heuft-Dorenbosch L, Schulpen G, Landewé R, Wijers R, Van der Heijde D, et al. Radiographic assessment of sacroiliitis by radiologists and rheumatologists: Does training improve quality? *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2003;62:519–25.
- Godges JJ, Varnum DR, Sanders KM. Impairment-based examination and disability management of an elderly woman with sacroiliac region pain. *Physical Therapy*. 2002;82:812–21.
- Brent LH. Inflammatory arthritis: An overview for primary care physicians. *Postgrad Med*. 2009;121:148–62.
- Braun J. Therapy of spondyloarthritis. *Adv Exp Med Biol*. 2009;649:133–47.
- Sieper J. Developments in the scientific and clinical understanding of the spondyloarthritis. *Arthritis Res Ther*. 2009;11:208.

solicitamos radiografía para ver las sacroilíacas y un HLA-B27 que, al salir positivo, motivó la derivación a un reumatólogo de referencia para establecer el diagnóstico definitivo.