

Reumatología clínica en imágenes

Lumbalgia inflamatoria en varón de 44 años

Inflammatory back pain in a 44 year old male

Rosa Escudero^a, Raquel Almodóvar^{b,*}, Pedro Zarco^b, Ángel Bueno^c, Patricia Dhimes^d, Ramón Mazzucchelli^b y Francisco Javier Quirós^b

^a Unidad de Medicina Interna, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

^b Unidad de Reumatología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

^c Unidad de Radiología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

^d Unidad de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España



INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de agosto de 2014

Aceptado el 7 de noviembre de 2014

On-line el 15 de diciembre de 2014

Caso clínico

Varón de 44 años con antecedente de ingesta enólica. Acude a la consulta por episodios de mono/oligoartritis en manos y tobillos recurrentes de una semana de duración desde hacía 5 años, y lumbalgia inflamatoria de 10 años de evolución, con dolor alterante en nalgas. No refería otra sintomatología acompañante. A la exploración destacaba la presencia de artritis en carpo derecho, 4.^a y 5.^a IFP mano izquierda junto con nódulos acompañantes. En la analítica se objetivó una uricemia de 13,2 mg/dl, VSG 44 mm/h (0-20), PCR 15 mg/l (<5 mg/l) y prueba de Mantoux de 20 mm. El resto de parámetros (hemograma, TSH, CPK, factor reumatoide, HLA-B27, anticuerpos anti-citrulinados, inmunoglobulinas, serología de virus hepatotropos, HIV, lues, *Bruce-lla*, función renal, hepática, sedimento de orina y uricosuria de 24 h) fueron normales. Se realizaron radiografías de tórax, manos y pies sin hallazgos patológicos. En la radiografía de columna lumbar (fig. 1) se objetivó una sacroileítis grado II derecha y grado III izquierda. Se completó el estudio con resonancia magnética (RM) de columna lumbar que fue normal y RM de sacroilíacas (fig. 2) donde se objetivaron irregularidades y erosiones en ambas articulaciones sacroilíacas en secuencia T1. En secuencia STIR, se detectó una edema de médula ósea subcondral más acentuado en hueso ilíaco y en la sacra izquierda, y con menor afectación de la sacroilíaca derecha.



Figura 1. Radiografía columna lumbar AP: Se observa esclerosis e irregularidad de las articulaciones sacroilíacas mayor en derecha, compatible con sacroileítis (flechas) grado III izquierdo y II derecho.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ralmodovar@fhalcorcon.es (R. Almodóvar).

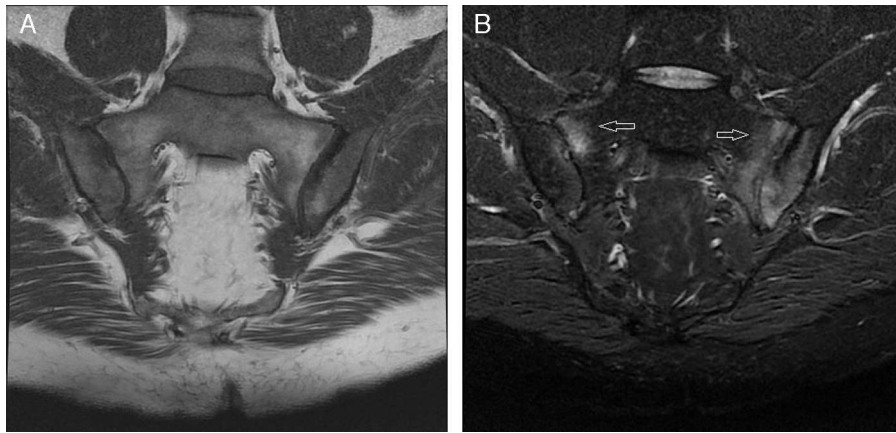


Figura 2. RM de sacroilíacas corte semicoronal en secuencia T1 y STIR. A) En secuencia T1 apréciase las irregularidades y erosiones en hueso subcondral de ambas articulaciones sacroilíacas, con esclerosis focal en sacroilíaca izquierda. B) En secuencia STIR, se detecta una señal hiperintensa correspondiente a edema de médula ósea subcondral (flechas) más acentuada en hueso ilíaco y a la sacra izquierda, y con menor afectación en segmento anterosuperior de sacroilíaca derecha, compatible con sacroileítis activa.

Diagnóstico y evolución

Se realizó una artrocentesis de líquido sinovial (LS) de la articulación 5.^a IFP mano izquierda y nódulo, objetivando cristales de urato monosódico (UMS) en microscopio de luz polarizada, con cultivo negativo. Se diagnosticó de artritis gotosa tofécea crónica. Se iniciaron medidas dietéticas y tratamiento médico con alopurinol (300 mg/d) y colchicina 1 mg al día. Por otro lado, debido a la coexistencia en este paciente de lumbalgia inflamatoria, junto con sacroileítis bilateral radiográfica, presencia de lesiones de sacroileítis activa por RM según criterios ASAS¹ y una RM de columna lumbar normal, decidimos realizar diagnóstico diferencial con otras enfermedades como las espondiloartritis (el paciente no tenía antecedentes familiares de psoriasis ni enfermedad inflamatoria intestinal) y procesos infecciosos. Para ello, se realizó biopsia de la articulación sacroilíaca, donde se visualizaron tofos intraóseos (fig. 3A y B) y cristales de UMS. Actualmente, el paciente se encuentra asintomático, con disminución de los tofos y los niveles de uricemia a 5,6 mg/dl, tras 5 meses de tratamiento.

Discusión

La gota es una enfermedad crónica producida por el depósito de cristales de UMS en zonas articulares, peri-articulares, subcutáneas y, aunque más infrecuente, en bursas y tendones. Su prevalencia en los países occidentales se estima en torno al 1-2%².

Hasta hace poco tiempo se pensaba que la gota espinal era una entidad poco frecuente, sin embargo algunos estudios muestran una prevalencia de hasta un 35% de los pacientes afectados de gota cuando se realiza una búsqueda activa de casos con técnicas de imagen sofisticadas³⁻⁵. Este tipo de afectación es rara en pacientes menores de 45 años, como el caso presentado⁶. La columna lumbar es la zona más frecuentemente afectada³⁻⁶, siendo la articulación sacroilíaca más infrecuente en torno a un 7,5-17%^{7,8}. Existen en la literatura varias publicaciones sobre la afectación axial en la gota, y como factores predisponentes se han propuesto la gota de larga evolución, la enfermedad degenerativa discal y el trasplante renal³⁻¹³.

Por tanto, ante un paciente con sacroileítis debemos realizar siempre diagnóstico diferencial. Las causas más frecuentes de sacroileítis unilateral son las infecciosas, traumáticas o metastásicas. Entre la afectación bilateral asimétrica, debemos sospechar la artritis psoriásica, artrosis o espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal. En cuanto a la afectación bilateral simétrica, la causa más frecuente es la espondilitis anquilosante (EA). Por ello, en este paciente se realizó un diagnóstico diferencial entre la sacroileítis por gota, debido a sus antecedentes, y la EA. Ambas enfermedades se manifiestan con lumbalgia inflamatoria, aunque en la gota el inicio suele ser más brusco respecto de la EA que es más insidioso. En el laboratorio es típico en ambos casos la elevación de reactantes de fase aguda, y el HLA-B27 puede ser negativo hasta en un 10% de los casos de EA¹⁰. En cuanto a

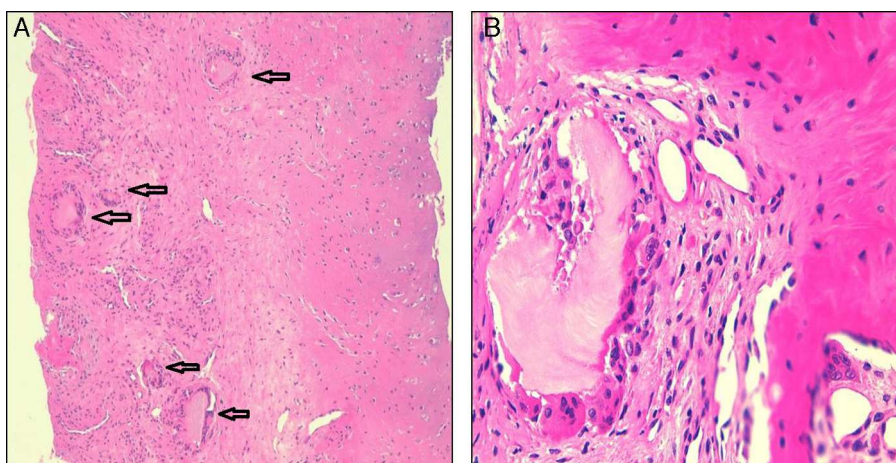


Figura 3. Histología de la biopsia articulación sacroilíaca. A) Se observan varios tofos intraóseos (flechas). B) A mayor aumento se puede apreciar un tofo intraóseo formado por un centro con sales urato, rodeado de reacción inflamatoria y de células gigantes multinucleadas.

hallazgos radiológicos encontraremos irregularidades y erosiones yuxtaarticulares a nivel de sacroilíacas, tanto en la gota como en la EA. La RM en la gota axial no es específica^{3,13–15}. Todo ello, dificulta el diagnóstico, requiriendo en algunos casos la realización de una biopsia articular, como en el caso presentado.

El manejo terapéutico de la sacroileítis por gota es el mismo que el utilizado en otras localizaciones¹⁴.

En conclusión, la sacroileítis por gota, aunque es rara, debe ser incluida en el diagnóstico diferencial de los pacientes con lumbalgia inflamatoria, sobre todo en pacientes con factores de riesgo para enfermedad por depósito de cristales UMS.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Bibliografía

1. Rudwaleit M, Jurik AG, Hermann KG, Landewé R, van der Heijde D, Baraliakos X, et al. Defining active sacroiliitis on magnetic resonance imaging (MRI) for classification of axial spondyloarthritis: A consensual approach by the ASAS/OMERACT MRI group. *Ann Rheum Dis*. 2009;68:1520–7.
2. Pérez Ruiz F. Guía Práctica Clínica para el manejo de la gota. 2013. [consultado 20 Jul 2014]. Disponible en: <http://www.ser.es/practicaClinica/GuipClinGot/>
3. Lumezanu E, Konatalapalli R, Weinstein A. Axial (spinal) gout. *Curr Rheumatol Rep*. 2012;14:161–4.
4. Saketkoo LA, Robertson HJ, Dyer HR, Virk ZU, Ferreyro HR, Espinoza LR. Axial gouty arthropathy. *Am J Med Sci*. 2009;338:140–6.
5. Konatalapalli RM, Lumezanu E, Jelinek JS, Murphey MD, Wang H, Weinstein A. Correlates of axial gout: A cross-sectional study. *J Rheumatol*. 2012;39:1445–9.
6. Lu F, Jiang J, Zhang F, Zhang F, Xia X, Wang L, et al. Lumbar spinal stenosis induced by rare chronic tophaceous gout in a 29-year-old man. *Orthopedics*. 2012;35:e1571–5.
7. Malawista SE, Seegmiller JE, Hathaway BE, Sokoloff L. Sacroiliac gout. *JAMA*. 1965;194:954–6.
8. Alarcón-Segovia DA, Cetina JA, Díaz-Jouanen E. Sacroiliac joints in primary gout. Clinical and roentgenographic study of 143 patients. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med*. 1973;118:438–43.
9. Bastani B, Vemuri R, Gennis M. Acute Gouty Sacroiliitis: A case report and review of the literature. *Mt Sinai J Med*. 1997;64:383–5.
10. Thornton FJ, Torreggiani WC, Brennan P. Tophaceous gout of the lumbar spine in a renal transplant patient: A case report and literature review. *Eur J Radiol*. 2000;36:123–5.
11. Kuo YJ, Chiang CJ, Tsuang YH. Gouty arthropathy of the cervical spine in a young adult. *J Chin Med Assoc*. 2007;70:180–2.
12. Konatalapalli RM, Demarco PJ, Jelinek JS, Murphey M, Gibson M, Jennings B, et al. Gout in the axial skeleton. *J Rheumatol*. 2009;36:609–13.
13. Yin Ming B, Barra L, Kwan BY, Osman S, Barra L. Spinal gout in a young patient with involvement of thoracic, lumbar and sacroiliac regions. *Joint Bone Spine*. 2013;80:667–8.
14. Jegapragasan M, Calniquer A, Hwang WD, Nguyen QT, Child Z. A case of tophaceous gout in the lumbar spine: A review of the literature and treatment recommendations. *Evid Based Spine Care J*. 2014;5:52–6.
15. Ahmad I, Tejada JG. Spinal gout: A great mimicker. A case report and literature review. *Neuroradiol J*. 2012;25:621–5.