



Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Reumatología Clínica en imágenes

Fiebre, lesiones vesículo-ampollosas y oligoartritis en una paciente joven



Fever, palmoplantar pustules and oligoarthritis in a young woman

Francisco Gallo Puelles*, Manuel José Moreno Ramos, María José Díaz Navarro y Manuel Castaño Sánchez

Servicio de Reumatología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de noviembre de 2015

Aceptado el 12 de enero de 2016

On-line el 24 de febrero de 2016

Caso clínico

Mujer de 41 años, sin antecedentes de interés, que presenta fiebre, artralgias, tumefacción de cuello y lesiones vesículo-ampollosas en manos desde hace 3 semanas, acompañándose de dolor, y tumefacción paraesternal y hombro derechos los últimos días¹. En exploración física destaca eritema y edema de cuello, artritis glenohumeral y esternoclavicular derechas, y lesiones vesículo-ampollosas difusas palmo-dorsales de manos (hasta 2 mm) (figs. 1-3), pabellones auriculares (fig. 4), cervical y espalda (con acné). No adenopatías ni otros hallazgos.

Diagnóstico/evolución

Análítica: leucocitosis 13.400 (10.020 N), plaquetas 68.000, PCR 14,7 (<0,5 mg/dl), VSG 20 mm/1.^ah. ANA, anti-DNA, ANCA, ENA, ECA, FR, ACPA, inmunoglobulinas, complemento, TSH/T4L normal. Mantoux, serología (VHB/C, VIH, lúes) y cultivos negativos (hemocultivos, urocultivos, exudados faríngeo, uretral y pústulas)²⁻⁴.

Ecografías cervical, abdominal, radiografías tórax y hombros sin hallazgos. Biopsia de lesiones cutáneas: compatible con pustulosis palmoplantar. Gammagrafía ósea: hipercaptación simétrica en «cabeza de toro» esternoclavicular, compatible con SAPHO (fig. 5). Se inicia tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, corticoides sistémicos (metilprednisolona 16 mg/oral) y tópicos (betametasona-gentamicina pomada), con remisión de cuadro febril, articular, lesiones cutáneas (descamación; fig. 6), y

normalización analítica (PCR, leucocitosis y trombocitopenia previas). Tras descenso de corticoterapia, se inicia tratamiento con metotrexato con escalada rápida de dosis, con buena evolución y tolerancia^{2,3,5,6}.

Discusión

El síndrome SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis, osteítis), es un infrecuente cuadro de etiología desconocida, que afecta a adultos jóvenes con similar distribución por sexos^{5,7}. La mayoría de autores lo clasifican dentro de las espondiloartritis, pudiéndose tratar de una artropatía reactiva secundaria a una infección por un agente de baja virulencia^{2,4,7,8}. En ocasiones su diagnóstico puede resultar difícil por solapamiento con otros



Figura 1. Lesiones vesículo-papulosa difusas en región dorsal de manos.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fgallopuelles@hotmail.com (F. Gallo Puelles).



Figura 2. Lesiones vesículo-papulosas difusas en región dorsal de manos.



Figura 3. Lesiones vesículo-papulosas difusas en región palmar de manos.



Figura 4. Lesión vesicular en pabellón auricular derecho.



Figura 5. Lesiones vesículo-papulosas en región palmar de manos en resolución (fase descamativa).



Figura 6. Gammagrafía ósea con captación esternoclavicular típica "en cabeza de toro", compatible con síndrome de SAPHO.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

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

cuadros de origen infeccioso que comienzan con fiebre y lesiones cutáneas^{8,9}. La presencia de edema en cuello y tórax, acné y oligoartritis, con ausencia de aislamiento bacteriológico, nos hizo sospechar la etiología autoinmune¹⁰. La biopsia cutánea y los datos gammagráficos, confirmaron posteriormente nuestra presunción diagnóstica.

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. Nanba F, Hayashi T, Ishiga M, Kishimoto M, Yagi S, Okimoto N. Case of SAPHO syndrome with significant sternocostoclavicular hyperostosis [Article in Japanese]. *Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi.* 2010;48:810–4.
2. Gharsallah I, Souissi A, Dhahri R, Boussetta N, Sayeh S, Métoui L, et al. SAPHO syndrome [Article in French]. *Rev Med Interne.* 2014;35:595–600.
3. Rosero A, Ruano R, Martín M, Hidalgo C, García-Talavera J. Acute venous thrombosis as complication and clue to diagnose a SAPHO syndrome case. A case report. *Acta Reumatol Port.* 2013;38:203–6.
4. Yamamoto T. Pustulotic arthro-osteitis associated with palmoplantar pustulosis. *J Dermatol.* 2013;40:857–63.
5. Kim CH, Kadhim S, Julien C. Treatment of pain in SAPHO (synovitis, acne, pustulosis, hyperostosis, and osteitis) syndrome. *PM R.* 2014;6:92–5.
6. Nguyen MT, Borchers A, Selmi C, Naguwa SM, Cheema G, Gershwin ME. The SAPHO syndrome. *Semin Arthritis Rheum.* 2012;42:254–65.
7. Carranco-Medina TE, Hidalgo-Calleja C, Calero-Paniagua I, Sánchez-González MD, Quesada-Moreno A, Usategui-Martín R, et al. Thrombotic manifestations in SAPHO syndrome. Review of the literature [Article in English, Spanish]. *Reumatol Clin.* 2015;11:108–11.
8. Carneiro S, Sampaio-Barros PD. SAPHO syndrome. *Rheum Dis Clin North Am.* 2013;39:401–18.
9. Kundu BK, Naik AK, Bhargava S, Srivastava D. Diagnosing the SAPHO syndrome: A report of three cases and review of literature. *Clin Rheumatol.* 2013;32:1237–43.
10. Zuo RC, Schwartz DM, Lee CC, Anadkat MJ, Cowen EW, Naik HB. Palmoplantar pustules and osteoarticular pain in a 42-year-old woman. *J Am Acad Dermatol.* 2015;72:550–3.