

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 61 años sin alergias medicamentosas conocidas. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Exfumador desde hace más de 30 años. Hábito enólico ocasional. No otros hábitos tóxicos

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

- Enfermedad de Crohn diagnosticada en 1987 con afectación colónica en seguimiento por digestivo. En remisión actualmente.
- Espondiloartritis HLA-B27 negativa con afectación axial y periférica asociada a enfermedad inflamatoria intestinal. Tratamiento actual con Infliximab desde 2001.
- Hipogonadismo hipogonadotrofo por fallo testicular en tratamiento hormonal sustitutivo con testosterona desde 2015. Se derivó a endocrino a raíz de ginecomastia derecha (mamografía mamaria en octubre de 2014 con cierta asimetría, pero sin lesiones focales sospechosas. BIRADS 2).
- Antecedentes de orquiectomía izquierda en la infancia por criptorquidia. Orquidopexia de testículo derecho por teste retráctil. Última ecografía de control en 2015 sin evidencia de lesión: teste derecho homogéneo de 3.9x1cm de diámetro, sin signos de focalidad nodular, no hidrocele ni varicocele ni engrosamiento de túnicas ni epidídimo. No tributario a exéresis.
- Prótesis total de cadera derecha en 2017 secundaria a necrosis avascular.

MEDICACIÓN HABITUAL

- Textex 100mg/2ml IM mensual
- Infliximab 400mg/8 semanas

Paciente diagnosticado de espondiloartritis HLA-B27 negativo (afectación axial y periférica) asociada a enfermedad de Crohn, en tratamiento con Infliximab 400mg/8 semanas. Asintomático desde el punto de vista articular y digestivo y con criterios de remisión.

Acude a CCEE reumatología como visita extra por una lumbalgia de más de 1 mes de evolución, no irradiada, intensa y de características mixtas que mejora parcialmente con el reposo, sin rigidez matutina. Responde parcialmente al tratamiento con arcoxia 90mg/día. Niega caídas o traumatismos. No clínica de artritis, entesitis, dactilitis ni uveítis. No fiebre ni síndrome tóxico.

A la exploración física el paciente se encuentra hemodinámicamente estable. Afebril. No dolor a la palpación articular ni evidencia de artritis, entesitis ni dactilitis. Dolor a la movilización de columna lumbar sin limitación funcional. No dolor a la palpación de apófisis espinosas ni musculatura paravertebral. Maniobras radiculares negativas. Maniobras sacroilíacas negativas. Caderas sin limitación del balance articular. No déficits sensitivomotores. Reflejos osteotendinosos presentes y simétricos. Reflejo cutáneo-plantar flexor bilateral. No lesiones cutáneas.

Se realiza Rx de columna (imagen 1 y 2)

Se decide ampliar estudio con Resonancia magnética nuclear y Gammagrafía ósea

- Informe de Gammagrafía ósea (Imagen 3 y 4): " Las imágenes de la fase vascular precoz muestran signos de hiperemia de grado leve y focal en L3-L4 si bien no se observa un incremento intenso de la actividad del trazador en la distribución del "pool" vascular. Las imágenes de la fase ósea muestran una distribución heterogénea del trazador en la columna vertebral donde se observa un aumento de la captación de grado leve-moderado en L3-L4 con hipercaptación de la plataforma inferior de L3 y de la plataforma superior de L5 y refuerzo de captación en pedículo y pars interauricularis de L3 bilateral. Depósitos focales hipercaptantes de grado moderado, bien delimitados, que se localizan en los arcos costales anteriores de la quinta y sexta costilla derecha y otro de grado leve en la novena costilla derecha. La prótesis de cadera derecha no muestra alteraciones en la actividad ósea ni signos de hiperemia en la fase vascular. Gammagrafía sugestiva de fracturas costales en fase aguda/subaguda, probable fractura de la cabeza humeral derecha, leve osteocondritis femoropatelar derecha focal y cambios por necrosis avascular de la cabeza femoral izquierda estable. Los hallazgos de la columna lumbar van en contra de la fractura-aplastamiento vertebral y de lesión agresiva pero no permiten descartar una discitis en L3-L4 no piógena como primera opción diagnóstica o bien una espondilolisis bilateral como segunda opción".

- Informe de la RMN columna lumbar (Imagen 5, 6 y 7): "Se evidencian múltiples lesiones focales vertebrales difusas, la de mayor tamaño en el tercio anterior de L3, hipointensas en T1/T2 e hiperintensas en STIR. Se evidencian también en huesos sacroilíacos (incluidos en el plano coronal STIR). Se objetiva disrupción de la porción anterior de la plataforma inferior de L3 y de la porción posterior de la plataforma superior de L4. No se identifican hallazgos a destacar en los agujeros de conjunción. Discretos cambios por degeneración hipetrófica facetaria, más evidente en L3-L4. Estenosis de canal central en L3-L4, de componente mixto discofacetario. Dimensiones óseas del canal preservadas en el resto de niveles. Morfología y señal del cordón medular respetada. No se observan alteraciones en la localización o morfología del saco o del cono medular. Musculatura paravertebral simétrica, sin focalidad a destacar en partes blandas adyacentes".

- Informe RMN sacroilíacas (imagen 8 y 9): " Incontables lesiones óseas que presentan como opción diagnóstica la existencia de afectación metastásica. No se objetivan signos inflamatorios a nivel sacroilíaco"

- Analítica sangre:
 - BIOQUIMICA: glucosa 104 mg/dL, urea 24 mg/dL, creat 0.85 mg/dL, ác.úrico 6.4 mg/dL, Na 140 mmol/L K 4.4 mmol/L, Cl 102 mmol/L, FG 95 ml/min, LDH 126 UI/L, BT 2.21 mg/dL (directa 0.75 mg/dL), AST 10 UI/L, ALT 15 UI/L, GGT 27 UI/L, FA 52 UI/L, Ca 9.9 mg/dL, prote totales 6.5 g/dL, albúmina 4.6 g/dL, colesterol 148 mg/dL, TG 69 mg/dL, PCR 0.05 mg/dL, LDH 126 UI/L. ECA 16, B2 microglob 2.12 mg/L,
 - HEMOGRAMA: Hb 14.4 g/dL, leucocitos 7.35 x10³/uL, neutrófilos T 3.26 x10³/uL, linfocitos T 3.46 10³/uL, eosinófilos T 0.06 x10³/uL, basófilos T x10³/uL, plaquetas 251 x10³/uL, TP 110%, VSG 4mm/hora, INR 0.99
 - INMUNOLOGÍA: Proteinograma con despalzamiento electroforético normal. IgG 635 mg/dL, IgA 136 mg/dL, IgM 48 mg/dL. IGRAs negativos. Ac Brucella rosa bengala indetectable
 - MARCADORES TUMORALES: alfa-fetoproteína, CEA, CA 125, CA 19.9, CA 153, CA 50, PSA negativos

Como parte del estudio de extensión se realizó TC toraco-abdominal:

- TC toracoabdominal: “No se observan adenopatías mediastínicas, axilares o supraclaviculares. Tronco arterial pulmonar no dilatado. Aorta ascendente no dilatada. No se identifican de imágenes nodulares parenquimatosas pulmonares. No se observan áreas de consolidación. No se observa derrame pleural ni pericardico. Hígado de tamaño y morfología normal con densidad preservada. Vesícula biliar de morfología normal. No se observa dilatación de la vía biliar. Eje venoso esplenoportomesentérico permeable y de calibre normal. Bazo, páncreas y glándulas suprarrenales de morfología y densidad normales. Riñones funcionantes de tamaño y morfología normales. No se observa dilatación ureteral proximal. No se observan adenopatías retroperitoneales, pélvicas ni mesentéricas de tamaño significativo. Se observa un segmento de sigma engrosado de aprox. 6cm, no obstante, su morfología homogénea y la preservación de la grasa pericólica, hacen a dicho hallazgo de baja sospecha, valorar necesidad de colonoscopia. Extensa afectación ósea con densidad globalmente heterogénea y con nodularidades sacroileales conocidas. Fracturas costales antiguas.”.

Una última prueba ayudó al diagnóstico.