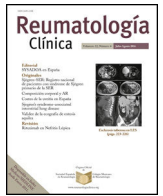




Sociedad Española  
de Reumatología -  
Colegio Mexicano  
de Reumatología

# Reumatología Clínica

[www.reumatologiaclinica.org](http://www.reumatologiaclinica.org)



Reumatología clínica en imágenes

## Presentación simultánea de espondilitis anquilosante e hiperostosis esquelética idiopática difusa (enfermedad de Forestier-Rotès-Quérol)



### Simultaneous occurrence of ankylosing spondylitis and diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (Forestier-Rotès-Quérol disease)

Cristina Clara Macía-Villa<sup>a</sup>, Walter Alberto Sifuentes-Giraldo<sup>b,\*</sup> y Julio Medina-Luezas<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

<sup>b</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

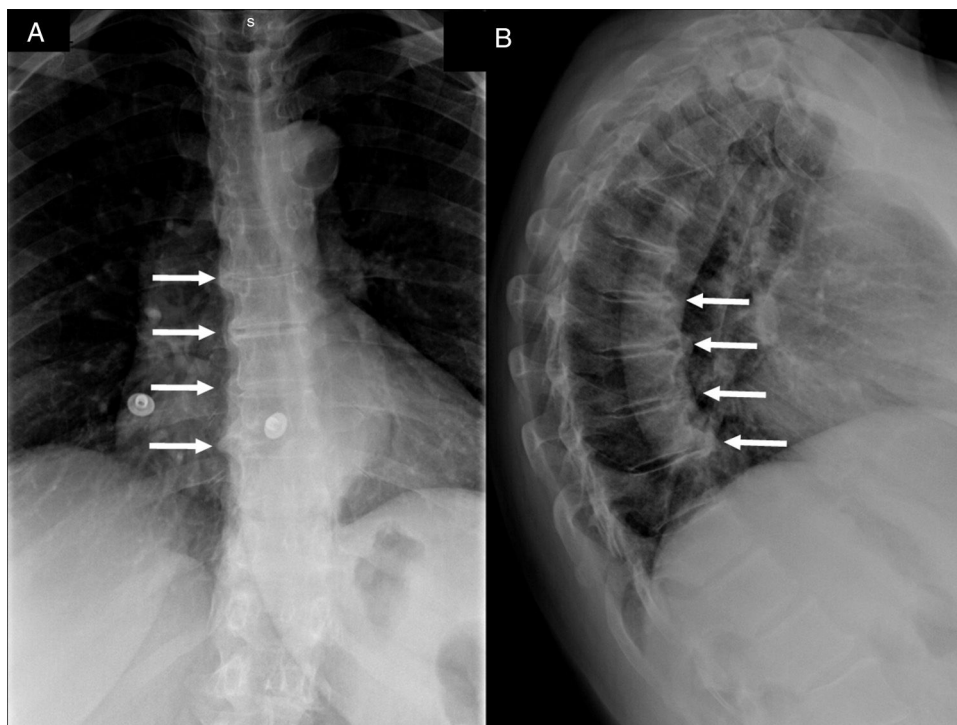
On-line el 4 de mayo de 2016

Una mujer de 67 años consultó por dorsolumbalgia mecánica de 5 años de evolución con respuesta adecuada a antiinflamatorios no esteroideos. Refería lumbalgia inflamatoria intermitente desde los 25 años, y 2 episodios de uveítis anterior aguda a los 30 y 32 años, respectivamente. Tenía 2 hermanos diagnosticados de espondilitis anquilosante (EA) HLA-B27 positivo. La exploración física evidenció limitación de movilidad axial (Schöber modificado 2,5 cm) y expansión torácica (2 cm), y maniobras sacroilíacas positivas bilaterales. La analítica fue normal (VSG 16 mm/h, PCR 2,6 mg/dl) y el HLA-B27 positivo. Las radiografías de columna dorsal mostraban puentes óseos en cara anterolateral derecha de 4 vértebras contiguas (fig. 1) compatibles con enfermedad de Forestier-Rotès-Querol o hiperostosis esquelética idiopática difusa (HEID) y en pelvis sacroileítis grado III bilateral (fig. 2A). La tomografía computarizada (TC) de sacroilíacas demostró esclerosis y erosiones (figs. 2B y C), confirmando la coexistencia de EA y HEID.

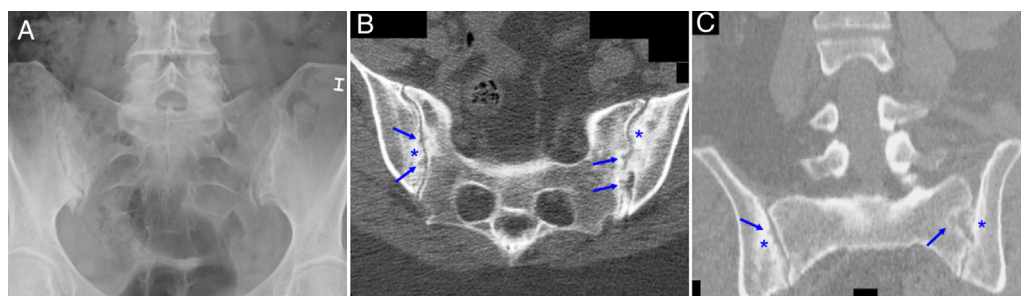
La EA y la HEID presentan tasas de neoformación ósea y limitación funcional similares<sup>1,2</sup>. Sin embargo, mientras la EA tiene base inflamatoria, debuta en menores de 40 años y se asocia con HLA-B27 (90%), la HEID aparece en mayores de 50 años, tiene base metabólica y sin asociación con HLA-B27 (8%)<sup>3</sup>. El tipo de neoformación ósea vertebral también difiere; la EA se caracteriza por «sindesmofitos típicos», verticales, finos y originados en el anillo fibroso, mientras la HEID presenta excrescencias óseas iniciadas en el ligamento vertebral anterior y tejidos paravertebrales, formando ángulos > 45°<sup>1,4</sup>. La HEID afecta las articulaciones sacroilíacas en su porción más craneal (ligamentosa), con fenómenos de vacío, pinzamiento, esclerosis e incluso anquilosis que puede confundirse con sacroileítis grado IV en radiografías simples (siendo útil en estos casos la TC), pero sin cambios inflamatorios y/o erosiones<sup>3,5,6</sup>. Ambas entidades no son excluyentes y pueden coexistir, aunque esto es infrecuente (16 casos en la literatura)<sup>7-9</sup>.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [albertosifuentes@gmail.com](mailto:albertosifuentes@gmail.com) (W.A. Sifuentes-Giraldo).



**Figura 1.** Radiografías de LA columna dorsal anteroposterior (A) y lateral (B) en las que se observan puentes óseos en la cara anterolateral derecha de 4 cuerpos vertebrales contiguos (flechas blancas) compatibles con el diagnóstico de HEID. En la radiografía lateral se aprecia, además, que dichos puentes óseos forman ángulos de más de 45° con el borde vertebral.



**Figura 2.** Radiografía de pelvis (A) que muestra esclerosis, pinzamiento y erosiones en articulación sacroilíaca derecha y esclerosis y pseudo-ensanchamiento en la izquierda (sacroilítis grado III bilateral). TC de articulaciones sacroilíacas que en los cortes axial (B) y coronal (C) presentan zonas de esclerosis (asteriscos) y erosiones (flechas) en ambos márgenes articulares.

### 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 para la publicación de este artículo.

### Bibliografía

- Baraliakos X, Listing J, Buschmann J, von der Recke A, Braun J. A comparison of new bone formation in patients with ankylosing spondylitis and patients with diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: A retrospective cohort study over six years. *Arthritis Rheum.* 2012;64:1127–33.
- Olivieri I, D'Angelo S, Cutro MS, Padula A, Peruz G, Montaruli M, et al. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis may give the typical postural abnormalities of advanced ankylosing spondylitis. *Rheumatology (Oxford).* 2007;46:1709–11.
- Olivieri I, D'Angelo S, Palazzi C, Padula A, Mader R, Khan MA. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: Differentiation from ankylosing spondylitis. *Curr Rheumatol Rep.* 2009;11:321–8.
- Vallés Arvonen A, Tejera Segura B, Pérez Andrés R. Los fitos de la columna. *Semin Fund Esp Reumatol.* 2010;11:43–8.
- Resnick D, Niwayama G. Radiographic and pathologic features of spinal involvement in diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH). *Radiology.* 1976;119:559–68.
- Durback MA, Edelstein G, Schumacher HR Jr. Abnormalities of the sacroiliac joints in diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: Demonstration by computed tomography. *J Rheumatol.* 1988;15:1506–11.
- Wooten MD, Canino VO. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. *Fed Pract.* 2003;20:66–75.
- Jordana X, Galtés I, Couto AR, Gales L, Damas M, Lima M, et al. The coexistence of ankylosing spondylitis and diffuse idiopathic skeletal hyperostosis—a postmortem diagnosis. *Clin Rheumatol.* 2009;28:353–6.
- Wooten M. The coexistence of ankylosing spondylitis and diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. *Clin Rheumatol.* 2009;28:619.