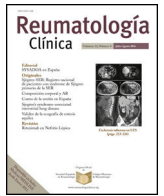




Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

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^a, Walter Alberto Sifuentes-Giraldo^{b,*} y Julio Medina-Luezas^a

^a Servicio de Reumatología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^b 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^{1,2}. 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%)³. 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°^{1,4}. 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^{3,5,6}. Ambas entidades no son excluyentes y pueden coexistir, aunque esto es infrecuente (16 casos en la literatura)⁷⁻⁹.

* Autor para correspondencia.

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

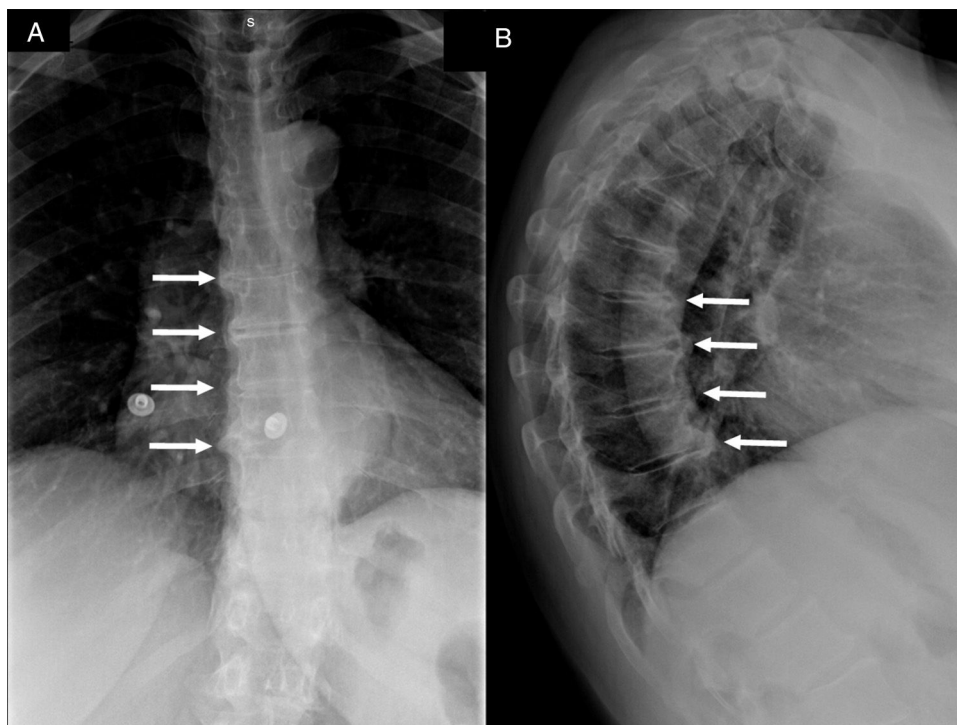


Figura 1. Radiografías de LA columna dorsal anteroposterior (A) y lateral (B) en las que se observan puentes óseos en la cara anterolateral derecha de 4 cuerpos vertebrales contiguos (flechas blancas) compatibles con el diagnóstico de HEID. En la radiografía lateral se aprecia, además, que dichos puentes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

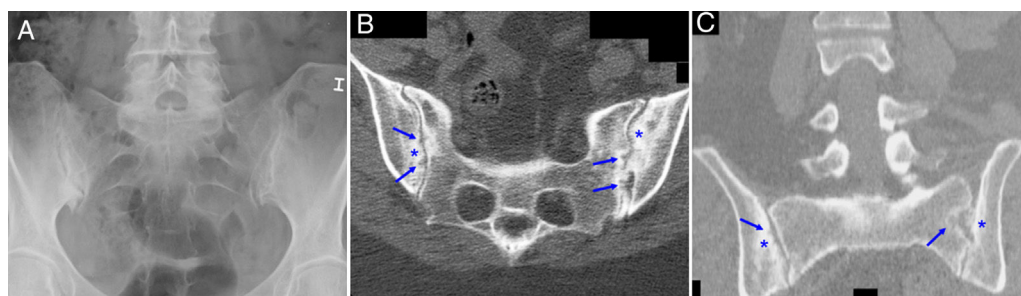


Figura 2. Radiografía de pelvis (A) que muestra esclerosis, pinzamiento y erosiones en articulación sacroilíaca derecha y esclerosis y pseudo-ensanchamiento en la izquierda (sacroilítis grado III bilateral). TC de articulaciones sacroilíacas que en los cortes axial (B) y coronal (C) presentan zonas de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