

Lesión de Anderson como primera manifestación de artritis psoriásica con afectación axial

Andújar Brazal P¹, Alegre Sancho J.J.¹, Valls Pascual E¹, García Ferrer L², Valera Ribera C¹, Mayo Juanatey A¹, León Torralba P¹, Vázquez Gómez I¹, Martínez Ferrer A¹, Ybáñez García D¹, Lacasa Molina J¹, Perea Galera L¹, Taberner Cortés A¹.

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

²Servicio de Radiodiagnóstico. Sección Musculoesquelético. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

Correspondencia: Dr. Pablo Andújar Brazal. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. Avenida Gaspar Aguilar. 46017. Valencia. ✉ Pabloandujar.br@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La lesión de Anderson (LA) consiste en una inflamación aséptica erosiva del disco intervertebral y la unión discovertebral que puede observarse en la espondiloartritis axial (EspAax), generalmente en fases avanzadas de su evolución y más frecuentemente asociada a la espondilitis anquilosante (EA). Son pocos los casos descritos en la literatura en relación con la artritis psoriásica con afectación axial (APs-ax), y resulta excepcional su manifestación como debut de la enfermedad.

La resonancia magnética (RM) se ha mostrado como una herramienta clave para su reconocimiento temprano.

Presentamos el caso de una paciente joven con antecedentes familiares de psoriasis que debuta con dolor dorsolumbar de características inflamatorias presentando hallazgos de esta lesión en varios segmentos de la columna vertebral.

CASO CLINICO

Mujer de 34 años, sin antecedentes médicos de interés. Trabaja como cocinera, realizando cargas de forma habitual. Ha presentado un embarazo recientemente, y actualmente mantiene lactancia materna. Es remitida a consultas de Reumatología desde el servicio de Radiología por hallazgos en radiografía simple (Rx) y RM de columna sugestivos de espondiloartritis.

La paciente había consultado en Atención Primaria por dorsolumbalgia de inicio insidioso irradiada a fosa ilíaca derecha de varios meses de evolución y de ritmo inflamatorio, que había mejorado parcialmente tras la toma de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). No refería traumatismos ni desencadenantes aparentes, incluyendo infecciones en semanas previas. No asociaba fiebre ni déficits neurológicos.

La paciente niega psoriasis o episodios previos de artritis, dactilitis, entesitis, uveítis o diarrea recurrente. Sin embargo, refiere que su tía padece de psoriasis y una prima está diagnosticada de enfermedad inflamatoria intestinal.

A la exploración se objetiva maniobra de FABERE derecho positiva, con dolor a la palpación de la articulación sacroilíaca derecha y limitación a la movilidad de la columna por dolor. Se evalúan cuestionarios de actividad, capacidad funcional y repercusión general, e índices metrológicos, con los siguientes resultados: BASDAI 2.8, BASFI 1.7, ASAS-HI 8/17, expansión torácica 4.5 cm, Schöber 1.5 cm.

En la Rx de columna lumbar (imágenes 1 y 2) solicitada desde Atención Primaria, se objetiva alteración de la morfología de la vertiente anterior de L4 con erosiones en esquinas anterosuperior y anteroinferior. Asocia erosión de la vertiente lateral derecha de platillo inferior de L3. Las articulaciones sacroilíacas son aparentemente normales. Se completa el estudio con una RM dorsolumbar y de las articulaciones sacroilíacas (imágenes 3 y 4) en la que se aprecia un sutil foco de edema óseo localizado en esquinas vertebrales de T12 y L5 (lesiones de Romanus) y afectación de platillos vertebrales con significativo edema óseo en T7-T8 y L3-L4, con componente erosivo asociado (LA). Las articulaciones sacroilíacas son de características normales.

Se pauta tratamiento con dexketoprofeno (compatible con lactancia materna) y se solicita una analítica incluyendo HLA B27.

En la siguiente visita de control la paciente describe mejoría clínica franca con el tratamiento. La analítica no muestra alteraciones: los reactantes de fase aguda están dentro de la normalidad y el HLA B27 es negativo.

Aunque no cumple criterios de clasificación, existe la sospecha clínica de EspAax dadas las imágenes de la RM y los antecedentes familiares, por lo que se mantiene el seguimiento.

Nueve meses después se solicita una RM de control (imágenes 5 y 6), en la que se observa persistencia de los cambios inflamatorios sin signos sugestivos de daño estructural. Clínicamente se mantiene asintomática y no ha presentado afección articular periférica ni extraarticular.



Imagen 1. Rx columna lumbar AP



Imagen 2. Rx columna lumbar LAT



Imagen 3. RM columna dorsal (STIR).



Imagen 4. RM columna lumbar (STIR).

En una visita posterior la paciente describe empeoramiento clínico, presentando datos de actividad clínica (BASDAI 5.3). Comenta, asimismo, que encontró un informe de su padre en el que fue diagnosticado de EA.

Se realiza estudio prebiológico y se inicia tratamiento con adalimumab 40 mg cada 2 semanas, con mejoría sintomática desde la primera dosis, sin precisar AINEs desde entonces. Se solicita una RM de control (imágenes 7 y 8) once meses después de la anterior, en la que se objetiva una clara mejoría del edema óseo sin aparición de nuevas lesiones inflamatorias ni daño estructural.

DISCUSIÓN

La espondilodiscitis aséptica es conocida como LA y fue descrita por primera vez en 1937¹. Se ha reportado su aparición

en aproximadamente un 8% de los pacientes con EA detectados por Rx¹, siendo excepcional su presentación en otras formas de EspAax pues, hasta el año 2011, sólo se habían descrito en la literatura pocos casos en relación con una variante de APs-ax denominada síndrome SAPHO² (acrónimo de sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis), aunque recientemente se han publicado series de casos en pacientes con APs-ax^{2,3,4}.

Cuando aparece esta lesión, generalmente lo hace en casos de inflamación de largo tiempo de evolución y enfermedad de curso agresivo, siendo excepcional al inicio de la enfermedad. Hemos encontrado en la literatura, en el caso concreto de la APs-ax, solamente cuatro casos publicados como manifestación al debut, mejorando todos ellos con tratamiento con AINEs y/o inhibidores del factor de necrosis tumoral α ^{2,3,4}.



Imagen 5. RM columna completa (T2)



Imagen 6. RM columna completa (STIR)



Imagen 7. RM columna completa (T2)



Imagen 8. RM columna completa (STIR)

Hasta la fecha, no existen criterios de clasificación o diagnóstico acordados para la APs-ax ni consenso sobre su tratamiento, lo que complica su manejo. No obstante, en la APs-ax hay datos diferenciales con otros tipos de espondiloartritis (sacroilitis asimétrica, sindesmofitos asimétricos y/o no marginales, afectación

cervical más frecuente) que pueden ayudar al diagnóstico y, actualmente, los grupos ASAS y GRAPPA están trabajando en el desarrollo de criterios de clasificación para la APs-ax⁵.

La RM da una visión mucho más temprana y detallada de la LA que la radiografía convencional o la tomografía com-

putarizada. Se presenta como una alteración de la señal del disco y disminución de su altura, además de la alteración de señal en uno o los dos platillos vertebrales que conforman la unidad discovertebral en forma de hemiesfera, apareciendo hiperintensas en STIR e hipointensas en T1. En fases tempranas, pueden verse líneas hiperintensas en secuencias T2 o STIR entre las interfases del anillo fibroso y el núcleo pulposo¹.

En ausencia de patología que pudiera justificar este hallazgo, será mandatorio realizar diagnóstico diferencial con patología infecciosa, granulomatosa o neoplásica discal, por lo que la presentación clínica y la presencia de antecedentes personales y/o familiares de enfermedades inflamatorias asociadas a las EspAax serán fundamentales en el diagnóstico diferencial de esta lesión.

Por último, debemos tener en cuenta que los criterios de clasificación no siempre son útiles en la práctica clínica habitual (ya que se desarrollan para facilitar la homogenización de muestras en investigación), por lo que, ante sospecha clínica razonada de EspAx, es recomendable iniciar tratamiento y seguir al paciente para comprobar la respuesta al mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanhueza Z. Andrés, Prieto R. Juan Carlos, Weisz C José, Leiter Herrán Francisca, Soto F Sergio, Chiang O Francisco, et al. Espondiloartritis anquilosante: Revisión de hallazgos imagenológicos en la columna. *Rev. chil. radiol*; 22(4): 171-183.
2. Bruzzese V. Spondylodiscitis as the only clinical manifestation of the onset of psoriatic spondyloarthritis. *Rheumatismo*. 2011 Mar; 63(1): 38-43.
3. Queiro R, Tejón P, Alonso S, Alperi M, Ballina J. Erosive discovertebral lesion (Andersson lesion) as the first sign of disease in axial psoriatic arthritis. *Scand J Rheumatol*. 2013; 42(3): 220-225.
4. Bruzzese V, Scolieri P, Hassan C, Lorenzetti R, Zullo A. Spondylodiscitis (Andersson lesion) in psoriatic spondyloarthritis: a rare event successfully treated with an anti-TNF therapy. *Acta Reumatol Port*. 2016 Apr-Jun; 41(2): 169-170.
5. Poddubnyy D, Jadon DR, Van den Bosch F, Mease PJ, Gladman DD. Axial involvement in psoriatic arthritis: An update for rheumatologists. *Semin Arthritis Rheum*. 2021 Aug; 51(4): 880-887.