Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2994

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/1586 - UNA CONJUNTIVITIS PERSISTENTE

D. Velarde Herrera[1], D. Fernández Ferreiro[2], S. Rodríguez Casillas[3] y M. García Estrada[1]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles-Colloto. Oviedo. Asturias. [3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Central. Oviedo. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 26 años que hace tres semanas fue diagnosticado y tratado de una conjuntivitis bacteriana que persiste y es refractaria. Niega secreciones, ni sensación de arenilla o cuerpo extraño, sino ojo rojo doloroso, epífora y fotofobia. Destaca como antecedente psoriasis vulgar bien controlada con corticoides tópicos. Reinterrogando cuenta que desde hace años presenta dolores en rodillas, tobillos y lumbociática con irradiación a MII que atribuye a su trabajo en un almacén y que cede parcialmente con los AINES. Sospechamos enfermedad inflamatoria porque el dolor es de características inflamatorias (predominio matutino, empeoramiento el fin de semana (cuando no trabaja) y porque asocia uveítis. Se sospecha artritis psoriásica o espondilitis anquilosante por el mayor predominio del esqueleto axial y la ausencia de dactilitis. Solicitamos radiografías de columna lumbosacra y EEII, reactantes de fase aguda y pruebas de autoinmunidad y derivamos a reumatología.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración oftalmológica: hiperemia moderada conjuntival, tyndall +++, hipopion, no sinequias. Se sospecha una uveítis, pautamos colirio con corticoides y ciclopléjico y solicitamos consulta a oftalmología que confirma nuestra sospecha. Radiografía lumbosacra AP/lateral: cuadratura de los cuerpos vertebrales y ligera pérdida del espacio intervertebral con puentes óseos en tres vértebras contiguas, pérdida de lordosis fisiológica. Articulaciones-sacroiliacas: datos de esclerosis. Radiografía tobillo-pies AP/lateral: sin lesiones óseas agudas ni datos de resorción ósea o esclerosis. Analítica: PCR y VSG elevadas, FR(-), ANAS y ANCAS (-), HLA-B27 (+).

Orientación diagnóstica: Espondilitis anquilosante de predominio axial (confirmado por reumatología) y uveítis aguda asociada.

Diagnóstico diferencial: Inicialmente el DD del dolor en cuadrante superoexterno con irradiación a MI nos haría pensar en una lumbociática mecánica, sin embargo las maniobras de Lasègue y Bragard en este caso serían negativas y además el dolor es de tipo inflamatorio, no mecánico. Luego por otro lado una vez sospechada la enfermedad inflamatoria podríamos pensar en espondilitis anquilosante o en artritis psoriásica, sin embargo en nuestro caso no se presenta hallazgos típicos en Rx como erosiones a nivel de falanges o inflamación del periostio ni la presencia de dactilitis aunque si psoriasis, oligoartritis y HLA de riesgo.

Comentario final: Muchas enfermedades inflamatorias pasan desapercibidas durante años. Sospecharlas y poder detectarlas precozmente es vital ya que instaurar un tratamiento hace que se reduzca el tiempo de actividad inflamatoria reduciendo considerablemente las secuelas o pudiendo poner solución a las mismas reduciendo su gravedad.

Bibliografía

1. Yu DT, van Tubergen A. Clinical manifestations of axial spondyloarthritis (ankylosing spondylitis and nonradiographic axial spondyloarthritis) in adults. [Internet]. UpToDate, 2018. [citado 10 Jul 2019]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-axial-spondyloarthritis-ankylosing-spondylitis-and-nonradiographic-axial-spondyloarthritis-in-adults

Palabras clave: Conjuntivitis refractaria. Artralgias. Espondilitis.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.