

Condrocalcinosis Axial: Reporte de Un Caso

TRINCADO D^{1,2}, MORALES J^{1,2}, MERA C^{1,2}, VIDAL A^{1,2}, MARTÍNEZ F³, VELÁSQUEZ X^{1,2}

¹Universidad San Sebastián, sede Patagonia ², Hospital Puerto Montt ³, ACHS, Puerto Montt

PALABRAS CLAVE:

Condrocalcinosis,
Disco lumbar,
Calcificaciones axiales

RESUMEN

La artropatía por pirofosfato de calcio (CPPD) se caracteriza por la acumulación de cristales de pirofosfato de calcio en el tejido articular y periarticular. La localización más frecuente son rodillas, muñecas y pelvis. Sin embargo, también existen reportes aislados de compromiso de columna.

Se presenta el caso de un paciente varón de 52 años, con antecedentes de doble prótesis de caderas por coxartrosis diagnosticada a los 20 años de edad. Es evaluado en reumatología en febrero de 2017, por cuadro de poliartralgias de grandes articulaciones, asociada a dolor de columna cervical, dorsal y lumbar.

Se realizan exámenes imagenológicos que demuestran la presencia de calcificaciones interdiscuales con sobrecrecimiento óseo, secundario a artrosis severa y discreta estenosis raquídea solo en segmentos lumbares bajos.

Axial Chondrocalcinosis, A Case Report

SUMMARY

The Calcium pyrophosphate dihydrate (CPPD) deposition disease is characterised by the deposition of crystals of CPPD in the articular as well as in periarticular structures. The most frequent location are knees, wrist and pelvis. However, also there are isolated cases involving the spine.

It presents the case of a 52 years male patient, with history of bone arthrosis double hips prosthesis by bone arthrosis diagnosed 30 years ago. He is evaluated in february 2017 by pain of large joints associated cervical spine pain dorsal and lumbar. Imagenological tests are performed and confirms the presence of intervertebral discs calcifications and bone overgrowth secondary to severe osteoarthritis and spinal stenosis in lower lumbar segments.

KEY WORDS:

Chondrocalcinosis,
Lumbar disc,
Axial calcifications

Correspondencia:

Daniela Trincado Gómez - dtrincadog@gmail.com

Introducción

La condrocalcinosis se caracteriza por la acumulación de cristales de pirofosfato de calcio (CPPD) en el tejido articular y periarticular que pueden ser identificados por microscopia o biopsia, pero además, pueden diagnosticarse de forma radiológica mediante la visualización de calcificaciones periarticulares ⁽¹⁾.

Esta condición afecta entre el 4% al 7% de la población adulta de Europa y los Estados Unidos. En Chile, algunas familias originarias de la isla de Chiloé presentan la forma hereditaria, donde las primeras manifestaciones ocurren durante la juventud. Otras formas de condrocalcinosis son la esporádica, la asociada a enfermedades metabólicas, traumatismos o con cirugía articular ⁽⁵⁾.

Las principales articulaciones afectadas son: las rodillas, muñecas y pelvis, pero existen algunos reportes de compromiso axial, donde las manifestaciones radiológicas típicas en columna incluyen depósitos de pirofosfato de calcio en ligamentos supraespinosos e interespinosos, ligamento longitudinal anterior y posterior, discos intervertebrales y cápsulas articulares.

Se presenta el caso de un varón de 52 años que consultó por cuadro de poliartalgias de grandes articulaciones asociado a lumbago crónico.

Caso Clínico

Varón de 52 años de edad, con antecedentes de coxartrosis de caderas y rodillas de 30 años de evolución que requirió recambio protésico en estas cuatro articulaciones.

En febrero de 2017, fue derivado a policlínico de Reumatología del Hospital de Puerto Montt, X Región, por artralgias de grandes articulaciones de varios años de evolución. Posteriormente, se agregó dolor de columna total, con incremento nocturno de los síntomas y también en bipedestación. Además, con parestesias en región cervical y rigidez corporal de 10 minutos.

La radiografía de columna mostró calcificaciones en discos intervertebrales.

El hemograma y perfil bioquímico se encontraban dentro de rangos normales. La PCR estaba elevada en 3,8 mg/dl (valor normal: < 0,5 mg/dl) y VHS normal en 3 mm/hr (valor normal: < 20 mm/hr). El HLA B 27 resultó negativo al igual que el Factor reumatoideo .

Al examen físico presentaba múltiples secuelas articulares con limitación en los rangos de movimiento en codos y muñecas, además de cicatrices quirúrgicas en sitios protésicos.

La columna lumbar se encontraba rígida, con inclinación del tronco hacia adelante, Shober's test negativo.

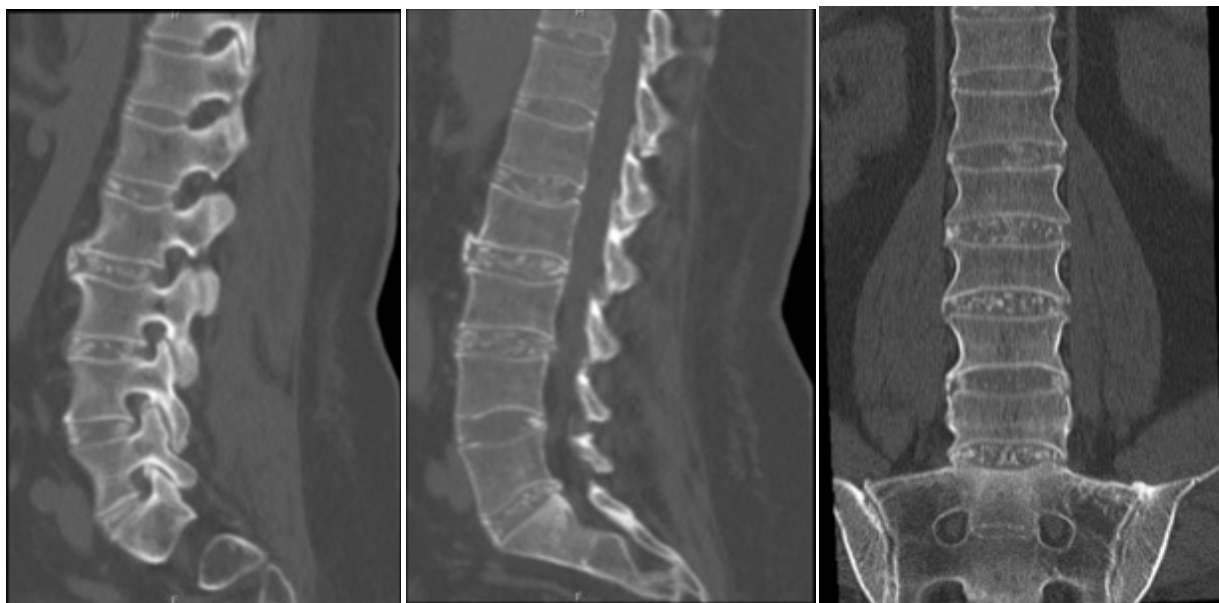


Figura 1. TAC columna lumbar (corte coronal, sagital y oblicua) donde se observa disminución de la altura de los discos intervertebrales en forma generalizada, más acentuada a nivel L5-S1, asociado a calcificaciones en su espesor, también se identifican osteofitos marginales y esclerosis de las facetas articulares, sugerentes de cambios degenerativos (artrosis). Disminución de amplitud de los agujeros de conjunción más significativo a nivel L4-L5 y L5-S1 pudiendo existir compromiso radicular.

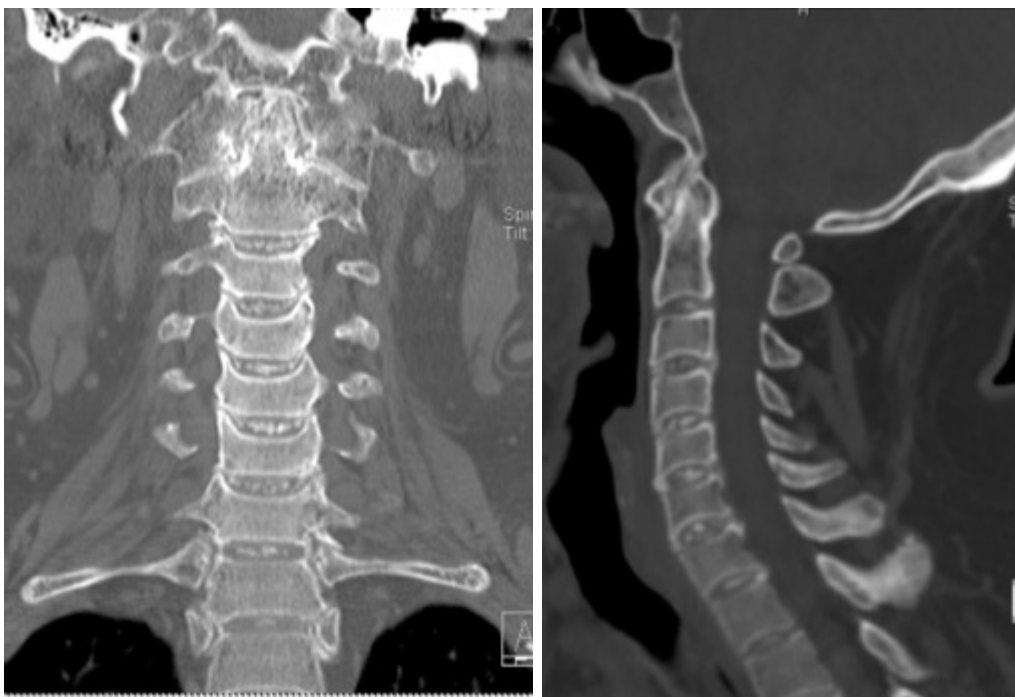


Figura 2. TAC de columna cervical corte coronal y sagital, se observa disminución de altura de los discos intervertebrales de forma generalizada asociado a calcificaciones en su espesor con esclerosis de plataformas de los cuerpos vertebrales. Destacan cambios degenerativos severos de la apófisis odontoides con el atlas.

Se solicitó TAC de columna cervical y lumbar que mostró severa condrocalcinosis interdiscal difusa. (Figura 1 y 2).

Inició tratamiento con Prednisona, Colchicina y manejo fisiátrico con reacondicionamiento muscular, estabilización de columna y piscina durante tres meses, logrando mejoría parcial de la movilidad.

Discusión

El compromiso axial por CPPD es una forma de presentación infrecuente de la enfermedad; reportándose en la literatura un mayor número de casos a nivel de columna cervical ^(2, 9).

El espectro de manifestaciones clínicas varía entre la ausencia de síntomas, como ocurre en la espondilodiscitis estéril ^(3, 4) o ejerciendo efecto de masa como en el caso del síndrome de foramen magnum, estenosis espinal, radiculopatía, mielopatía, quiste sinovial o síndrome de la cola de caballo ^(6- 8).

El primer caso de condrocalcinosis axial fue reportado por Fujishiro *et al*, en 2002. Se trataba de una mujer de 71 años con historia reciente de pseudogota en rodilla izquierda y que dos días después inició lumbago agudo. La RNM

mostró derrame articular bilateral de las articulaciones facetarias L4-L5 asociado a raquiestenosis lumbar, siendo los hallazgos imagenológicos similares al de nuestro caso ⁽¹⁰⁾.

En el mismo año, Gadgil *et al* describió la presencia de quistes sinoviales sintomáticos en articulaciones facetarias de columna lumbar en una mujer de 67 años con lumbociática derecha. Posterior a la descompresión quirúrgica se realizó estudio histológico que reveló presencia de cristales de pirofosfato de calcio ⁽¹¹⁾.

Si bien, el estudio radiológico a nivel axial permite diagnosticar de forma definitiva del depósito de CPPD, especialmente en estadios tempranos de la enfermedad, la visualización de calcificaciones en estados avanzados suele ser bastante difícil, dada la presencia de destrucción del cartílago articular ^(5, 7).

Desde el punto de vista terapéutico, en general los pacientes responden favorablemente al uso de AINES, Colchicina y Fisioterapia. La indicación quirúrgica se reserva solo para aquellos pacientes que presentan compromiso neurológico ⁽¹²⁾.

En nuestro caso y considerando que se trata de un paciente que a temprana edad desarrolló artrosis severa de

grandes articulaciones con requerimiento de prótesis y posterior aparición de lumbago crónico asociado a rigidez de columna, debe considerarse la posibilidad de artropatía crónica inflamatoria de base, tal como ocurrió en este enfermo.

Dado el patrón articular, la radiografía de columna y las características geográficas del paciente, los dos principales diagnósticos diferenciales planteados en la primera evaluación fueron Espondilitis Anquilosante y Artropatía por cristales de pirofosfato con compromiso axial y periférico. Finalmente, la RNM fue categórica con el diagnóstico de Condrocálcinosis axial.

La respuesta a tratamiento conservador fue favorable, de la misma forma que lo describe la literatura sin requerir cirugía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zitnan D, Sit'AJ S. Chondrocalcinosis articularis Section L Clinical and radiological study. *Ann Rheum Dis* 1963; 22:142-52.
2. Ea HK, Lioté F. Diagnosis and clinical manifestations of calcium pyrophosphate and basic calcium phosphate crystal deposition diseases. *Rheum Dis Clin North Am* 2014; 40:207-29.
3. Grobost V, Vayssade M, Roche A, Kemeny JL, Soubrier M. Pseudogout in the Lumbar Facet Joint www.jrd.or.kr 129 Axial calcium pyrophosphate dihydrate deposition disease revealed by recurrent sterile spondylodiscitis and epidural abscess. *Joint Bone Spine* 2014; 81:180-2.
4. Wendling D, Martin M, Guillot X, Prati C. Interspinous bursitis and chondrocalcinosis. *Joint Bone Spine* 2012; 79(5):516.
5. McCarty DJ Jr, Hogan JM, Gatter RA, Grossman M. Studies on pathological calcifications in human cartilage. I. Prevalence and types of crystal deposits in the menisci of two hundred fifteen cadavera. *J Bone Joint Surg Am* 1966; 48: 309-25.
6. Hall MC, Selin G. Spinal involvement in gout: a case report with autopsy. *J Bone Joint Surg [Am]* 1960; 42-A:341-3.
7. Reynolds AF Jr, Wyler AR, Norris HT. Paraparesis secondary to sodium urate deposits in ligamentum flavum. *Arch Neurol* 1976; 33:795.
8. Varga J, Giampaolo C, Goldenberg DL. Tophaceous gout of the spine in a patient with no peripheral tophi: case report and review of the literature. *Arthritis Rheum* 1985; 28:1312-15.
9. Lam HY, Cheung KY, Law SW, Fung KY. Crystal arthropathy of the lumbar spine: a report of 4 cases. *J Orthop Surg (Hong Kong)* 2007; 15:94-101.
10. Fujishiro T, Nabeshima Y, Yasui S, et al. Pseudogout attack of the lumbar facet joints: a case report. *Spine* 2002; 27:396-8.
11. Gadgil AA, Eisenstein SM, Darby A, Pullicino C. Bilateral symptomatic synovial cysts of the lumbar spine caused by calcium pyrophosphate deposition disease: a case report. *Spine* 2002; 27:428-31.
12. Mahmud T, Basu D, Dyson PH. Crystal arthropathy of the lumbar spine: a series of six cases and a review of the literature. *J Bone Joint Surg Br* 2005; 87(4):513-17.