

INFLAMACIÓN DEL TOBILLO POCO HABITUAL EN EL ÁMBITO DEPORTIVO

A INUSUAL FORM OF ANKLE INFLAMMATION IN A SPORTING CONTEXT

INTRODUCCIÓN

Varón de 35 años de edad, practicante habitual de senderismo, sin antecedentes familiares ni personales de interés y sin tratamiento alguno en el momento de su problema.

Consulta como consecuencia de dolor mecánico, inflamación, enrojecimiento y calor en el tobillo derecho al día siguiente de hacer senderismo; circunstancia que él relaciona como secundaria a un mal gesto. A los 7 días comienza a tener la misma sintomatología en el tobillo izquierdo. El paciente es tratado con AINES por su médico de atención primaria, sin encontrar mejoría; motivo por el cual acude a Urgencias del Hospital desde donde es remitido a la consulta de Reumatología. En el momento de la primera visita, con 30 días de evolución, persiste la misma situación, incluso el dolor llega a ser nocturno. No obstante, no refiere sintomatología en otras articulaciones, ni psoriasis, ni sospecha de enfermedad enteropática. De igual modo, no aqueja tos, disnea, febrícula ni hemoptisis. En la exploración física se aprecia una artritis bilateral en ambos tobillos, "ojos rojos" y lesiones cutáneas en extremidades inferiores sugestivas de eritema nodoso, sin constatare lesiones de psoriasis.

Ante la sospecha de un síndrome de Löfgren (sarcoidosis, eritema nodoso y uveítis), se solicita un estudio analítico y radiológico. Así, en la analítica destacan los siguientes resultados:

VSG de 40, PCR de 4,4 ($< 0,5$) y alfa 2 globulina de 13,1 ($< 10,7$), sin alteraciones en el resto de parámetros estudiados (ASLO, ANA, anti DNA, anti Sm, FR, etc.). De otro modo, el estudio radiológico de los tobillos, pies, columna y sacroilíacas es compatible con la normalidad. Por el contrario, en la radiografía de tórax se confirma la sospecha de una sarcoidosis. Por tanto, se amplía el estudio con un TAC torácico con inyección de contraste en el que se informa de la presencia de múltiples y gruesas adenopatías mediastínicas en los espacios prevascular izquierdo, paratraqueal derecho y pre e infracarinales (Figura 1). También, se observan gruesas adenopatías hiliares bilaterales y engrosamiento intersticial pulmonar difuso con patrón retículo-micronodular (Figura 2). Todo ello, compatible con

Carlos J. Bruscas¹

Rosa Martínez Álvarez²

¹Servicio de Reumatología. Hospital MAZ Zaragoza
²Servicio Medicina Interna Hospital Royo Villanova Zaragoza



FIGURA 1.

CORRESPONDENCIA:

Carlos Javier Bruscas Izu. Avenida de Goya, 72, 5º D. 50005 Zaragoza

Aceptado: 07-01-2005 / Rincón de la imagen nº 14

una sarcoidosis de afectación mixta (ganglionar y pulmonar). De igual modo, el dermatólogo confirma el eritema nodoso y el oftalmólogo la sospecha de uveítis anterior.

Se inició tratamiento con corticoides a dosis bajas con disminución progresiva y AINES, obteniendo una remisión completa del cuadro articular y cutáneo a los 20 días. Por último, fue derivado al servicio de Medicina Interna para el seguimiento oportuno.

A lo largo de 2 años ha permanecido asintomático. Por esta cuestión, fue diagnosticado de sarcoidosis con síndrome de Löfgren como forma de presentación, sin necesidad de realizar biopsia, ya que ante dicho síndrome con remi-

sión clínica a los 2 años puede aceptarse este diagnóstico sin confirmación histológica¹⁻³.

En suma, no siempre toda inflamación articular en un ámbito deportivo está relacionada con un contexto traumático. En otras ocasiones, podemos estar ante una distrofia simpático refleja, el inicio de un reumatismo inflamatorio (especialmente artritis reumatoide y espondiloartritis), una artritis séptica, una artritis microcristalina u otras enfermedades con repercusión articular como en el caso que nos ocupa⁴⁻⁶.

RESUMEN

La inflamación articular en el ámbito deportivo no siempre está relacionada con un contexto traumático. En otras ocasiones, podemos estar ante el inicio de un reumatismo inflamatorio o de otras enfermedades con repercusión articular.

Palabras clave: Sarcoidosis. Tobillo. Artritis.

SUMMARY

Inflammation of the joints within sports-related injuries is not always associated with trauma. At times it may occur at the onset of inflammatory rheumatism or other problems which can affect the joints.

Key words: Sarcoidosis. Ankle. Arthritis.



FIGURA 2.

B I B L I O G R A F I A

1. Mañá J, Gómez-Vaquero C, Salazar A *et al.* Periarticular ankle sarcoidosis. A variant of Löfgren's syndrome. *J Rheumatol* 1996;23:874-7.
2. Mañá J, Gómez-Vaquero C, Montero A, *et al.* Löfgren's syndrome revisited: A study of 186 patients. *Am J Med* 1999;107:240-5.
3. Mañá J. Sarcoidosis. *Med Clin (Barc)* 2001;116:307-11.
4. Bruscas C, Medrano M, Simon L. El diagnóstico de la distrofia simpático refleja. *An Med Interna* 1999;16:308-14.
5. Pascual Gómez E, Rodríguez Valverde V, Carbonell Abelló J, *et al.* *Tratado de Reumatología*. Madrid. Arán ediciones S.A. 1998;1-2463.
6. Ruddy S, Harris ED Jr, Sledge CB, *et al.* *Kelley's Reumatología* (sexta edición). Madrid. Marbán libros S.L., 2003:1-1788.