

Síndrome SAPHO.

La importancia de un correcto diagnóstico diferencial.



Muñoz Vicente A, Méndez Mesón I, Herrero Gutiérrez M, Gijón de la Santa L, Rojas Díaz LE, Rodríguez Algarabel C, Vargas-Zúñiga Pastor I.



INTRODUCCIÓN

SAPHO: Trastorno inflamatorio complejo basado en

- Sinovitis
- Acné
- Pustulosis
- Hiperostosis
- Osteítis multifocal estéril

Se desconoce exactamente etiopatogenia y factores sociodemográficos: puede aparecer a cualquier edad y sexo (+frec en mujeres de 30-50 años).

OBJETIVOS

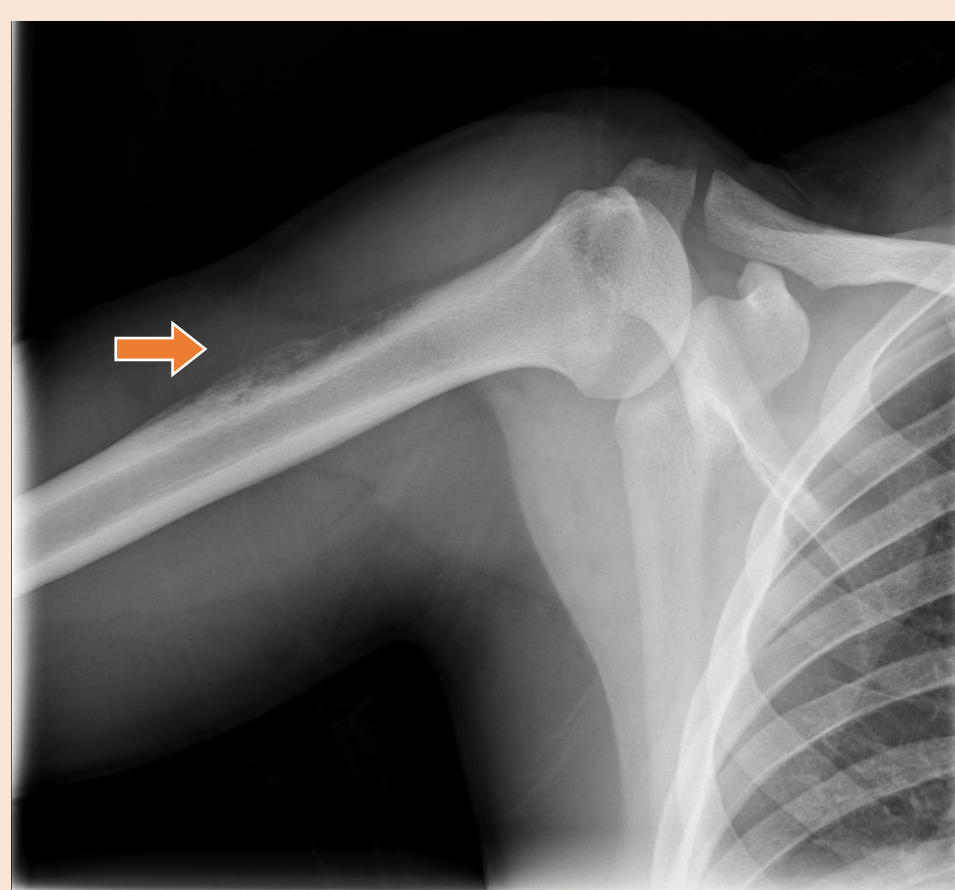
Conocer la epidemiología de SAPHO y el correcto diagnóstico diferencial de osteomielitis crónicas polifocales.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en Pubmed a propósito de un caso clínico: **osteomielitis crónica no infecciosa polifocal en el contexto de probable Síndrome SAPHO.**

Varón marroquí de 19 años: Dolor inflamatorio en art. esternoclavicular izquierda y húmero derecho de 2 años de evolución + acné inflamatorio severo pústulo - nodular dorsolumbar y facial.

Niega traumatismo previo, fiebre y clínica infecciosa.

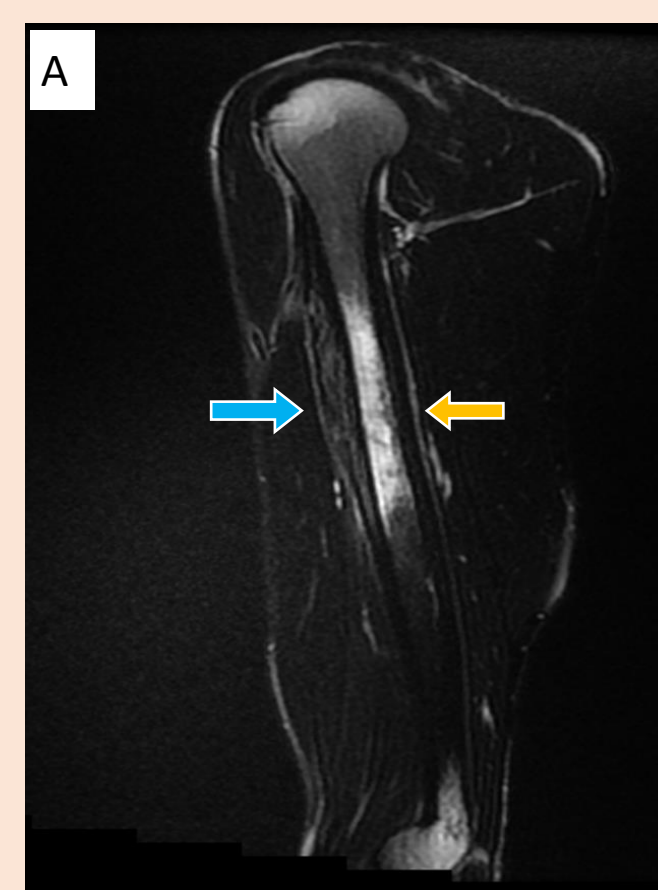


Rx AP hombro:

Reacción perióstica con patrón permeativo

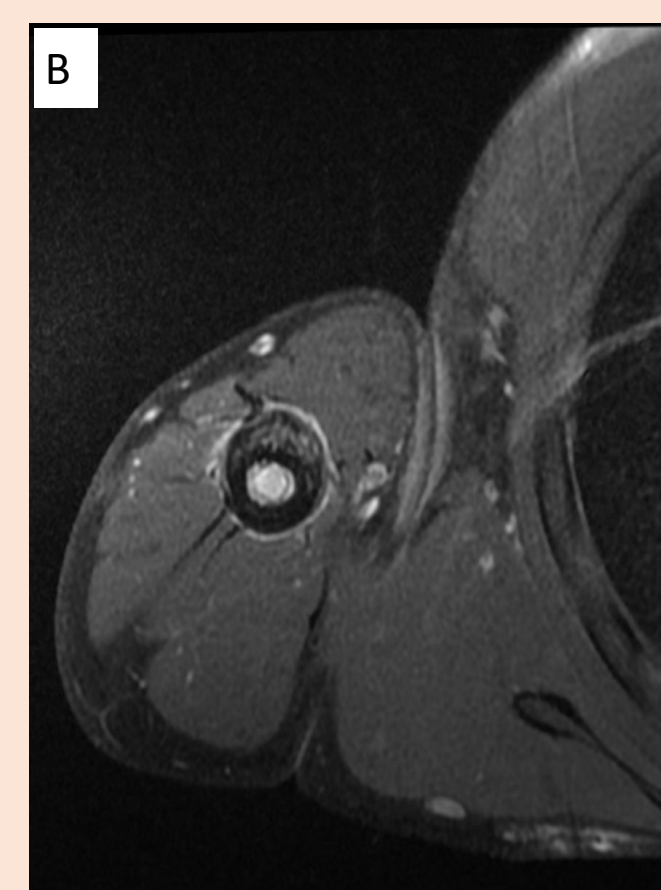
Descartar osteomielitis y neoplasia ósea (MTX, osteosarcoma, S. Ewing).

- RMN
- Biopsia ósea
- Gammagrafía

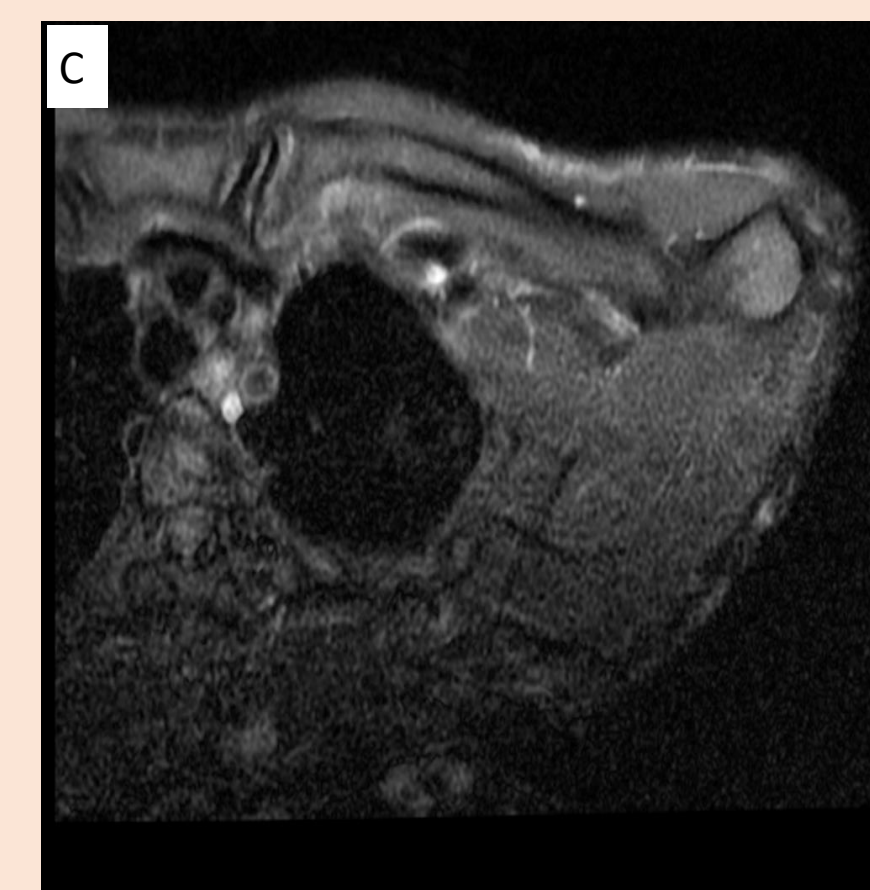


1ª RMN con supresión grasa: Sagital T2 (A), Axial T1 con contraste (B), Axial T2

A: Alteración de señal de médula ósea (naranja) y engrosamiento permeativo de cortical (azul).



B: Fino realce local de partes blandas.



C: Leve alteración de la señal de porción proximal de clavícula y de partes blandas locales.



2ª RMN con supresión grasa: Coronal T2

Artefacto por susceptibilidad magnética 2ª a biopsia ósea realizada (flecha)

DIAGNÓSTICO:
Osteomielitis crónica no infecciosa polifocal en el contexto de probable Síndrome SAPHO

- ❖ Biopsias óseas estériles
- ❖ Gammagrafía sin captación en otras articulaciones.
- ❖ Actualmente, presenta remisión parcial de los síntomas con AINE e Isotretinoína.

RESULTADOS

Considerar SAPHO ante clínica cutánea asociada de forma sincrónica o metacrónica a clínica osteoarticular (multifocal y bilateral, destacando pared torácica anterior).

- ❖ Los hallazgos radiológicos iniciales obligan a un diagnóstico de exclusión completo (infección y neoplasia).

No existe un protocolo terapéutico estandarizado para frenar la enfermedad.

- ❖ Objetivo principal: Control del dolor e inflamación con AINE. Están descritas otras opciones como CCT, ATB y BFs.
- ❖ Los FAME (Sulfasalazina, Metrotexate y agentes biológicos) parecen abrir una nueva estrategia terapéutica eficaz.

CONCLUSIONES

- 1 SAPHO:** sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis multifocal estéril.
- 2 Diagnóstico de exclusión completo.**
 - Biopsia ósea no siempre necesaria (Dudas Dx)
- 3 No existe un protocolo terapéutico estandarizado:**
 - Tratamiento sintomático.

BIBLIOGRAFÍA

- Chen Li, Yihan Cao & Wen Zhang (2018) Clinical heterogeneity of SAPHO syndrome: Challenge of diagnosis, Modern Rheumatology, 28:3, 432-434
- Greenwood, S; Leone, A; Cassar-Pullicino, VN. SAPHO and Recurrent Multifocal Osteomyelitis. Radiol Clin North Am. 2017 Sep;55(5):1035-1053
- Jurik AG, Klicman RF, Simoni P, et al. SAPHO and CRMO: The Value of Imaging. Semin Musculoskelet Radiol. 2018; 22: 207-224.

