

Sequí-Sabater JM¹, Pastor-Navarro S¹, López-González MC¹, Pérez-Carvajal E², Casado-Poveda MD¹, Martínez-Cristóbal A¹

1.Departamento de Reumatología, Hospital Universitario de la Ribera, Alzira, (Valencia)

2.Departamento de Salud de La Ribera, Medicina Familia y Comunitaria. Hospital Universitario La Ribera. Alzira (Valencia)

Introducción: El Síndrome de la Espalda Inclínada (SEI) es una flexión anterior del tronco en bipedestación debido a debilidad de la musculatura extensora de la columna. Puede asociarse a trastornos musculoesqueléticos o neurológicos, aunque la miopatía axial idiopática es la causa más frecuente en los pacientes de edad avanzada.

Caso clínico 1: Mujer, 61 años. Antecedentes: Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), e hipotiroidismo. Desde 2013 presenta lumbalgia tras bipedestación prolongada con diagnóstico de espondiloartrosis. En 2022 presenta cifosis progresiva que impide la extensión en bipedestación y limitación a la deambulaci3n con inclinaci3n anterior del tronco. Posee familiares con clínica similar. Exploraci3n: Cifosis, flexi3n anterior de >45º reducible con maniobras de extensi3n. Debilidad en cinturas, temblor, bradicinesia, y parestesias distales. No presentaba clínica ni analítica sugestiva de enfermedad reumatológica. PPCC: Resonancia Magnética (RMN): Infiltraci3n grasa en musculatura lumbar posterior. Electromiograma (EMG): Afectaci3n miopática no infamatoria en musculatura axial y de cinturas, con polineuropatía (PNP). Plan: Se derivó a Neurología por probable miopatía axial genética asociada a Parkinson y PNP diabética.

Caso clínico 2 : Mujer, 75 años. Antecedentes: Síndrome Antifosfolípido, Dislipemia (DL), DM, HTA y cardiopatía isquémica. Debut con Artritis Reumatoide (AR) en 2010, tratada con Leflunomida. En 2020 dolor lumbar mecánico y flexi3n anterior, incapacitante para deambulaci3n sin apoyo (Fig. 1 y 2), reducible en decúbito o con apoyo externo para la bipedestaci3n. PPCC: Estudio radiológico con signos degenerativos (Fig. 3) Tomografía Computerizada (TC) y RMN lumbar: Atrofia muscular, infiltraci3n grasa en musculatura paravertebral posterior (Fig.4). EMG: Afectaci3n miopática de cintura escapular y pélvica, no asociada a debilidad de cinturas. Analítica sin alteraciones. Interconsulta: Neurología descartó causas secundarias de miopatía o neurológicas. Diagnóstico: de miopatía axial idiopática asociada a AR. Inició tratamiento con Inmunoglobulinas siendo mal tolerado.

Discusi3n: El SEI es un trastorno infrecuente con poca literatura. El diagnóstico es clínico-radiológico tras imagen característica en TC o RMN, mostrando un volumen musculatura paravertebral normal con infiltraci3n grasa de predominio distal (D10 a L5). Los estudios de laboratorio suelen ser normales. La EMG suele mostrar hallazgos miopáticos y en un 20% en cinturas sin síntomas asociados. En casos de duda diagn3stica puede realizarse biopsia con sustituci3n de tejido muscular por fibrosis e infiltraci3n grasa. El tratamiento se dirige a las causas secundarias, por el momento es poco efectivo en la causa primaria. Se ha ensayado con toxina botulínica, glucocorticoides, inmunoglobulinas y en algunos casos cirugía. Es valorable la ortesis asociada a fisioterapia y fomentar la actividad con soportes para deambular.



Figuras 1 y 2: Flexi3n dorsal de la paciente, con necesidad de punto de apoyo



Figura 3. Cifosis dorsal sin patología estructural

Figura 4. Infiltraci3n grasa en musculatura paravertebral de L1

Conclusi3n: El SEI es una causa de desequilibrio sagital del tronco no estructurada y reducible asociado a miopatía axial. Conocer sus características es imprescindible para el correcto diagnóstico diferencial con otras enfermedades osteoarticulares e inflamatorias frecuentes en la consulta de Reumatología. El diagnóstico precoz y abordaje multidisciplinar puede retrasar la progresiva limitaci3n funcional. Son necesarios estudios a largo plazo para una mejor caracterizaci3n de las opciones terapéuticas indicadas en cada caso.