
Espndilitis anquilosante: reporte de un caso.

Ankylosing spondylitis: report of a case.

Omar Santiago Chungata Peláez *
Julia Janeth Muñoz Fajardo **

RESUMEN

La espondilitis anquilosante es una enfermedad reumática inflamatoria crónica que afecta fundamentalmente a las articulaciones de la columna vertebral y sacroiliacas, que unen la pelvis a la columna, las cuales tienden a soldarse entre sí. Aunque generalmente no produce la muerte, la enfermedad puede disminuir notablemente la calidad de vida de la persona sino es diagnosticada y tratada oportunamente. Presentamos el caso de un paciente con espondilitis anquilosante con el antecedente nosológico de dolores articulares remitentes durante 11 años. Se realiza una revisión de la bibliografía publicada sobre esta patología, en la que se destacan las principales características para diagnosticar esta artropatía.

Palabras clave: Morbus Bechterew. Sacroiliacas. Rehabilitación física.

SUMMARY

Ankylosing spondylitis is a chronic inflammatory rheumatic disease that fundamentally affects to the spine (and sacroiliac) articulations that join the pelvis to the spine, which tent to weld among themselves. Although generally it does not cause death, the illness can notoriously diminish the quality of life in a person if it is not diagnosed and treated in time. We present the case of a patient with ankylosing spondylitis with nosological record of remittent articular pain for 11 years. A revision of published bibliography about this pathology is carried out. In this revision its main characteristics are emphasized to diagnose this arthropathy.

Key words: Morbus Bechterew. Sacroiliac. Physical Rehabilitation.

Introducción

Espondil se refiere a la espina dorsal, itis significa inflamación. Anquilosante es un término que significa rígido. La espondilitis anquilosante (EA) puede volverse una enfermedad crónica (de larga duración)³. También se la llama enfermedad de Marie-Strumpell o enfermedad de Bechterew⁹. La severidad de los síntomas y la discapacidad varían de persona a persona. El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado pueden ayudar a controlar el dolor y la rigidez asociados con la EA y reducir o prevenir una mayor deformidad³.

Se considera que la entesis, el lugar de la inserción de los ligamentos en el hueso, es el lugar fundamental de las lesiones anatomopatológicas en la espondilitis anquilosante, en especial de las

lesiones cercanas a la pelvis y la columna vertebral. La entesitis conlleva un llamativo edema de la médula ósea vecina y con frecuencia se caracteriza por lesiones erosivas que terminan por osificarse⁹.

La enfermedad toma un rumbo diferente en cada persona y no hay dos casos exactamente iguales. Los síntomas vienen y se van a lo largo de muchos años. Sin embargo, a veces la enfermedad remite.

En el caso típico, la columna lumbar puede volverse rígida, a causa del crecimiento adicional del hueso, y lo mismo puede pasar en la parte superior de la columna y del cuello¹¹.

Presentación del caso

Paciente masculino de 27 años de edad que procede y reside en la ciudad de Guayaquil; presenta cuadro clínico de aproximadamente un semana de evolución con artralgia intensa, intermitente, localizada en ambas caderas, la cual dificulta la marcha y se acompaña de malestar general.

Luego de seis días presenta mialgias generalizadas que se intensifican con el movimiento y se acompañan de rigidez, febrícula e hiporexia.

Refiere que desde los 16 años de edad presenta artralgia leve, intermitente, migratoria, localizada en ambas rodillas y caderas, la cual remite espontáneamente y se presenta con una frecuencia de cinco veces al año. Antecedentes quirúrgicos: resección de hidrocele a los 15 años de edad.

En la exploración física presenta fascie dolorosa y limitación de los movimientos de la columna vertebral. El hemograma mostró glóbulos rojos 4.290.000 (↓), hemoglobina 13.5, y hematocrito 41.1; glóbulos blancos 11.000 (□), neutrófilos 61.3%, linfocitos 25.5%, monocitos 11.2 % (□), eosinófilos 1.4 %. PCR cuantitativa 7.07 mg/dl (□), factor reumatoideo y antiestreptolisina normales. La radiografía estándar de tórax deja ver una cifoescoliosis dorsolumbar derecha. La radiografía de pelvis y la TAC de sacroiliacas revelan una sacroileitis bilateral. Fotos 1 y 2.

Foto 1



En la radiografía de pelvis se observa ligera erosión en las superficies articulares de la articulación sacroiliaca de ambos lados.

Fuente: Centro Radiológico de la Clínica “Kennedy”.

Foto 2



En la TAC de pelvis se observa una sacroileitis bilateral marcada con deformidad de las superficies articulares.

Fuente: Centro Radiológico de la Clínica “Kennedy”.

El tratamiento con el que se inicia es etoricoxib VO (90mg c/día), tetrazepam VO (25mg cada noche), ácido fólico VO (1 tableta cada día), rehabilitación física (incluida natación) y medidas generales: dormir en colchón ortopédico, sin almohada y evitar malas posturas. Posteriormente se añade metotrexate 50 mg intradérmico cada semana. La evolución clínica es favorable.

Resumen de la literatura

Más de 200.000 americanos tienen espondilitis anquilosante. Esta enfermedad ocurre tres veces más en caucásicos que en afroamericanos³. La causa de la espondilitis anquilosante es desconocida, pero los genes y la herencia juegan

un papel en su etiología. Los científicos han descubierto un gen llamado HLA-B27 que se encuentra en más del 90% de las personas con EA. El tener el gen HLA-B27 no necesariamente implica que se padecerá de EA. Aproximadamente el 8% de los americanos caucásicos sanos y el 2-3% de los afroamericanos sanos portan este gen. De hecho, una persona portadora del gen HLA-B27 que no tiene familiares con EA tiene solamente un 2% de riesgo de padecer esta enfermedad. Para las personas con el gen HLA-B27 que tienen un padre o hermano con EA, el riesgo de padecer la enfermedad es aproximadamente del 20%. Por lo tanto, factores ajenos al HLA-B27 juegan un papel en el desarrollo de la enfermedad³. La espondilitis anquilosante suele aparecer en personas previamente sanas; otras espondilopatías afectan a pacientes con Psoriasis, así como en enfermedades inflamatorias del intestino o del tracto urinario². Hay pruebas de que un proceso derivado del medio ambiente puede ser el responsable del inicio de la enfermedad y de sus reactivaciones. Podría ser que un micro-organismo normalmente inofensivo y contrarrestado por nuestro sistema inmunológico, desencadenara una reacción adversa después de entrar en contacto con la persona que posee el grupo B27¹¹.

El proceso inflamatorio ocurre donde hay una articulación o donde los tendones y/o ligamentos se insertan al hueso. También dicho proceso inflamatorio se produce alrededor de las articulaciones de las vértebras y áreas de fijación de los ligamentos, por ejemplo, en el hueso (isquial) de las nalgas sobre el que se sientan, o en el esternón, o donde el tendón se inserta en el talón. Como resultado de la inflamación se produce una pequeña erosión del hueso. Cuando la inflamación disminuye, se produce una cicatrización que ocasiona el crecimiento del hueso (hueso reactivo). Después de repetidos ataques, este hueso desarrollado puede llegar a rodear el disco. Entonces, dos vértebras pueden convertirse en una, mediante un proceso de fusión¹¹.

La enfermedad comienza con mucha más frecuencia entre los 20 y los 40 años de edad, pero puede ocurrir antes de los 10 años de edad y afecta más a los hombres que a las mujeres. Los factores de riesgo tienen que ver con antecedentes familiares de espondilitis anquilosante y el hecho

de pertenecer al género masculino. Cerca del 0,21% de los estadounidenses mayores de 15 años están afectados¹³.

Los principales síntomas de la enfermedad son:

- Dolor en la parte baja de la espalda que empeora en la noche, en la mañana o después de un período de inactividad
- Movimientos limitados y rigidez en la parte baja de la espalda
- Rigidez y dolor en la cadera
- Expansión limitada del tórax
- Rango limitado del movimiento, especialmente involucrando la columna y las caderas
- Dolor articular e inflamación articular en los hombros, rodillas y tobillos
- Dolor en el cuello
- Dolor en los talones
- Encorvamiento crónico para aliviar los síntomas
- Fatiga
- Fiebre leve
- Pérdida del apetito
- Pérdida de peso
- Inflamación de los ojos

La enfermedad comienza con un dolor intermitente en la cadera y/o dolor en la espalda baja que empeora en la noche, en la mañana o después de un período de inactividad. El dolor de espalda comienza en la articulación sacroilíaca (articulación entre la pelvis y la columna) y puede progresar hasta involucrar la columna lumbosacra y la columna torácica (porción torácica de la columna). El dolor se puede aliviar adoptando una posición de flexión. La expansión limitada del tórax se presenta debido al compromiso de las articulaciones intercostales. Los síntomas pueden empeorar, disminuir o detenerse en cualquier etapa¹³. Durante las fases en las que la enfermedad remite, el paciente no presenta síntomas de la enfermedad y puede desempeñar las actividades que le exige su vida cotidiana⁴.

Cuando la enfermedad avanza, el deterioro del hueso y el cartílago pueden llevar a la fusión de la columna o de las articulaciones periféricas, comprometiendo la movilidad, lo cual puede ser extremadamente doloroso y causar invalidez¹³. En algunas personas los síntomas de la enfermedad aparecen con inflamación en las articulaciones

como rodillas, caderas, tobillos e incluso en los dedos de los pies. Con relativa frecuencia se producen inflamaciones en el globo ocular (uveítis), que se manifiesta con ojos rojos, dolor del ojo y visión nublada². También puede afectar el corazón y los pulmones¹³.

En el examen físico se pone habitualmente de manifiesto una expansión limitada del pecho (provocando menor capacidad de ventilación) y limitación de los movimientos de la columna vertebral en flexión, rotación y lateralidad⁶.

Los análisis de laboratorio de rutina son poco notables. Por lo común no se produce anemia y si ocurre, es de bajo grado. Los parámetros químicos de la sangre y el análisis de orina son normales y la eritrosedimentación y otros reactivos de fase aguda o bien son normales o están levemente aumentados¹⁰.

La existencia del HLA-B27 no es necesaria ni suficiente para establecer el diagnóstico, pero la valoración del mismo puede ser útil en los pacientes cuyo cuadro clínico sugiera el trastorno pero que todavía no tienen sacroileítis radiográfica⁹.

Las radiografías muestran mineralización normal antes del inicio de la anquilosis. Una vez presente, ésta produce inmovilidad notable y osteoporosis generalizada subsiguiente. La sacroileítis se pone de manifiesto por erosiones, esclerosis ileal o fusión de la porción inferior revestida de sinovia de la articulación sacroiliaca¹.

En la región lumbar, el avance de la enfermedad produce un enderezamiento secundario a la desaparición de la lordosis, y existe una esclerosis reactiva causada por las osteítis del borde anterior de los cuerpos vertebrales seguida de erosión, lo que da lugar a una imagen de cuerpos vertebrales "cuadrados". La tomografía computarizada y la resonancia magnética pueden detectar fielmente las alteraciones en un estadio más temprano de la enfermedad que la radiografía simple⁹.

Existen algunos índices como el BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index) y el BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) que permite al médico evaluar el estado funcional del paciente y consiste en preguntas y pruebas sencillas que se le realizan al mismo⁵.

Todavía no hay curación para la espondilitis, por lo que hay que hacer hincapié en el tratamiento de la enfermedad¹¹. El mismo se enfoca en la reducción del dolor y la rigidez, para prevenir deformaciones y ayudarlo a continuar sus actividades normales³. Para ello se dispone de tratamiento médico con antiinflamatorios, fisioterapia y educación sanitaria y la cirugía en casos seleccionados⁸. El pilar más importante en el tratamiento de la espondilitis es la rehabilitación permanente, es decir la realización de ejercicios físicos reglados y ejercicios respiratorios orientados a fortalecer la espalda, para evitar la rigidez y la pérdida de movilidad de la columna vertebral¹².

Los fármacos de elección son los AINES. Aunque se desconoce si modifican la historia natural de la enfermedad, los síntomas del paciente mejoran notablemente. Existen muchos AINES que han demostrado eficacia, aunque los más utilizados son la fenilbutazona, indometacina y naproxeno. Los derivados del ácido fenilacético (diclofenaco, aceclofenaco), otros derivados del ácido propiónico (ketoprofeno, flurbiprofeno) y oxicames (piroxicam, tenoxicam) también han demostrado ser eficaces. Los glucocorticoides sistémicos no deben utilizarse, salvo en circunstancias excepcionales, como un brote articular periférico grave⁸.

Dado que la espondilitis anquilosante es una enfermedad que se agrupa en determinadas familias al existir un manifiesto componente genético hereditario, se puede plantear la posibilidad de consejo genético. Como hemos comentado previamente la presencia de la señal llamada "antígeno HLA-B27" no significa padecer la enfermedad, pues sólo una minoría de las personas que la presentan la desarrollarán. Por lo tanto no se aconseja realizar a los hijos de las personas que presentan una espondilitis anquilosante el análisis de dicho antígeno, debido a la baja incidencia de la enfermedad¹².

En los casos muy avanzados existe también una solución quirúrgica, en la que las vértebras que adquirieron rigidez son fracturadas y vueltas a sujetar en la posición correcta con placas metálicas. Esta operación es complicada y de riesgo, pero puede mejorar considerablemente la calidad de vida del paciente⁷.

Si el diagnóstico es precoz, el pronóstico es bueno siempre teniendo en cuenta que es una enfermedad crónica. La mayoría de las personas con EA pueden continuar con una vida productiva¹⁴.

Referencias bibliográficas

1. Claude, J., Plum, F.: Cecil Tratado de Medicina Interna, 20ª Edición Volumen I, MacGraw-Hill Interamericana, México, 1694-1696, 1997.
2. Diaz, L.: "Espondilitis Anquilosante". Dirección: www.geocities.com/HotSprings/Spa/2456/. 18/Julio/2007.
3. "Espondilitis Anquilosante". Arthritis Foundation. Dirección: www.jointsinmotion.org/espanol/enfermedades/tipos_de_artritis/ea.asp. 18/Julio/2007.
4. "Espondilitis Anquilosante". Dmedicina. Dirección: www.dmedicina.com/salud/musculos-huesos/espondilitis-anquilosante.html, 18/Julio/2007.
5. "Espondilitis Anquilosante". EspondiBlog. Dirección: anquilosante.webcindario.com, 20/Julio/2007.
6. "Espondilitis Anquilosante". Instituto Ferran de Reumatología. Dirección: www.institutferran.org/espondilitis.htm, 20/Julio/2007.
7. "Espondilitis anquilosante". Wikipedia, la enciclopedia libre. Dirección: es.wikipedia.org/wiki/Espondilitis_anquilosante. 18/Julio/2007.
8. Ferreras, V.: Medicina Interna, 14 Edición Volumen I, Harcourt, Madrid-Barcelona, 1170-1174, 2000.
9. Harrison, Braunwald, E., Hauser S.: Principios de Medicina Interna. 15 Edición Tomo II, MacGraw-Hill Interamericana, México, 2193-2196, 2002.
10. Hurst, J: Medicina Interna: Tratado para la Práctica Médica, Editorial Médica Panamericana, México, 206-207, 1984.
11. "La Web de la Espondilitis Anquilosante". Espondilitis.info. Dirección: www.espondilitis.info/html/principal.htm. 20/Julio/2007.
12. "Qué es la Espondilitis Anquilosante". Sociedad Española de Reumatología. Dirección: www.ser.es/ArchivosDESCARGABLES/Folletos/10. 20/Julio/2007.
13. Stanford, P: "Espondilitis anquilosante". MedlinePlus Enciclopedia Médica. Dirección: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000420, 18/Julio/2007.
14. Sanmartí, R.: "Espondilitis Anquilosante". Nosotros Mismos. Dirección: www.espondilitis.eu/. 20/Julio/2007.

Dr. Omar Santiago Chungata Peláez
Teléfonos: 593-04-2488060; 094083747
Correo electrónico: dr_omar_chungata@hotmail.com
Fecha de presentación: 29 de agosto de 2007
Fecha de publicación: 30 de diciembre de 2008
Traducido por: Instituto de Cultura, Arte, Idioma y Multimedia. Responsable: Estefanía Padilla V.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL