



Espondilitis anquilosante. Reporte de un caso con uveítis recidivante, glaucoma y amaurosis

FG Arévalo Martínez,* JJ Badía Flores†

INTRODUCCIÓN

La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica con manifestaciones articulares (que afectan sacroiliacas, esqueleto axial y articulaciones periféricas) y extrarticulares, como uveítis anterior, incompetencia aortica, defectos de conducción cardiaca, fibrosis pulmonar, envolvimiento neurológico y amiloidosis renal.¹ La enfermedad es más común en hombres jóvenes. La etiología es desconocida, y se ha encontrado una fuerte asociación con algunos subtipos de HLA-B27 (presente en el 80 a 98% de los pacientes blancos)² y factores ambientales (infecciosos).³ La uveítis anterior aguda ocurre en el 25 a 30% de los pacientes con EA.⁴ No hay una relación clara entre la actividad articular de la EA y la uveítis.⁵ El inicio de la uveítis es usualmente agudo y típicamente unilateral, pero los ataques pueden alternar. La mayoría de los episodios mejoran sin secuelas en 4 a 8 semanas con un tratamiento oportuno. Sin tratamiento o con retraso en el mismo, se puede complicar con sinequía posterior y glaucoma. El tratamiento de la uveítis incluye AINE y esteroides tópicos o sistémicos, ciclopéjicos y FARME, principalmente metotrexate^{6,7} y, en casos de uveítis refractarias, algunos biológicos anti-TNF han sido efectivos.⁸⁻¹¹

OBJETIVO

Presentar un caso de glaucoma y amaurosis derecha secundaria a uveítis anterior recurrente en un paciente con espondilitis anquilosante.

CUADRO CLÍNICO

Masculino de 49 años de edad, con antecedentes heredofamiliares de hermano con uveítis; no refiere antecedentes personales patológicos de importancia. Su padecimiento actual inicia a los 25 años de edad, caracterizado por presentar dolor ocular derecho, ojo rojo, lagrimeo, fotosensibilidad y disminución de la agudeza visual. Es diagnosticado con uveítis y tratado a base de midriáticos y esteroides tópicos por cuatro semanas, con mejoría. Evoluciona bien pero tiene una recaída a los cuatro años; es tratado con los mismos medicamentos. Tiene posteriores recaídas, prácticamente 3 a 4 por año. Doce años después del primer evento de uveítis se le diagnostica glaucoma en el OD y recibe diversos tratamientos médicos para disminuir la presión intraocular, pero no hay mejoría, por lo que es sometido a un tratamiento quirúrgico (trabeculoplastia láser y trabeculectomía). No hay respuesta al mismo y desde entonces presenta pérdida total de la agudeza visual en el ojo derecho (amaurosis). Seis meses después cursa con uveítis en el ojo izquierdo, que remite satisfactoriamente con tratamiento tópico; en ese periodo presenta, además, cervicolumbalgia tipo inflamatoria, rigidez matinal mayor a una hora, y sinovitis en rodilla derecha, tobillo izquierdo y segunda y tercera MTF del pie derecho. Se agrega a lo anterior dolor torácico anterior que exacerba a la respiración profunda, dolor inguinal bilateral y coxalgia derecha. Es tratado en ese entonces como artritis reumatoide con una sola dosis de esteroide intramuscular, prednisona 5 mg por día, metotrexate 15 mg por semana, azulfidina 500 mg cada 12 horas y diclofenaco 100 mg cada 12 horas. Con ello remite la inflamación en las articulaciones previamente comentadas y hay mejoría de algia en las regiones torácica, inguinal y de cadera. Continúa con este tratamiento por

* Médico Reumatólogo. Hospital Ángeles Metropolitano.

† Médico Reumatólogo. Hospital Ángeles Mocel.

Correspondencia:

Federico Guillermo Arévalo Martínez

Correo electrónico: arevaloguillermo@hotmail.com

Aceptado: 07-05-2013.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medicgraphic.com/actamedica>

un tiempo aproximado de seis años, periodo en el cual presenta sinovitis intermitente de rodillas de predominio derecha que amerita artrocentesis en dos ocasiones. También cursa con exacerbación de la sintomatología axial (cervical y lumbar), con mayor intensidad y con periodos más cortos de asintomatología. Posteriormente, suspende el tratamiento con FARME, y es manejado solo con AINE y relajantes musculares; por exacerbación de los síntomas se autoprescribe entre 3 y 4 inyecciones intramusculares de betametasona por año. Acude a nuestra consulta por primera vez hace un año y medio por agudización de artralgias en el cuello, la columna lumbar, la cadera derecha y las rodillas (de predominio derecho); algia en MTF, rigidez matinal de 2 horas y sinovitis de rodilla derecha, además de síntomas en el ojo izquierdo, con dolor, fotosensibilidad y lagrimo. Al examen físico se evidencia una franca limitación a la motilidad de la columna cervical, tanto lateral como a la flexo-extensión, con prueba occípito-pared positiva, expansibilidad torácica normal, limitación de la motilidad de la columna lumbar lateral y a la flexo/extensión, prueba de Schober positiva, limitación a la abducción de caderas, prueba de Patrick y Gaenslin positiva, sinovitis de rodilla derecha con derrame articular que limita la flexión completa y sinovitis de segunda y tercera MTF derechas. Al examen ocular se encuentra ojo rojo izquierdo y disminución de la agudeza visual. Ante la evidente sospecha de espondiloartropatía y la recurrencia de uveítis se solicitan los estudios radiológicos y de laboratorio correspondientes, además de una valoración por Oftalmología. Presenta una ligera leucocitosis, anemia, elevación franca de VSG y PCR, HLA-B27 positivo, rayos X de la pelvis y la columna lumbar con sindesmofitos, borramiento de la articulación sacroiliaca derecha (anquilosis), esclerosis y borramiento parcial de la sacroiliaca izquierda (*Figura 1*) y de la columna lumbar con fusión completa (“espina en bambú”) (*Figura 2*). Es tratado por Oftalmología con esteroides y AINE tópicos y midriáticos. Se realiza artrocentesis de rodilla derecha con aplicación de esteroide intrarticular; se inicia tratamiento con AINE (indometacina en dosis de 25 mg cada 8 horas), metotrexate 10 mg por semana, y biológico anti-TNF adalimumab 40 mg sc cada 15 días. A las cuatro semanas se observa mejoría de la sintomatología ocular y articular, así como de reactantes de fase aguda. A la fecha, después de un seguimiento de 18 meses, el paciente toma AINE sólo en caso de dolor, continúa con metotrexate a 7.5 mg por semana y anti-TNF, sin presentar recurrencia de uveítis ni de sinovitis periférica.

COMENTARIO

Las manifestaciones oculares son frecuentes en la espondilitis anquilosante. Éstas pueden presentarse antes de las

manifestaciones articulares de la EA. Los antecedentes familiares y los estudios de laboratorio y de gabinete son esenciales para evitar un retraso en el diagnóstico y el



Figura 1. Rayos X de la columna lumbar y sacroiliacas. Se aprecian sindesmofitos, anquilosis de la articulación sacroiliaca derecha, esclerosis y borramiento parcial de la sacroiliaca izquierda.



Figura 2. Rayos X de la columna lumbar. “Espina en bambú”.

tratamiento. Con un tratamiento temprano la mayoría de las uveítis responden favorablemente; sin embargo, sin tratamiento o con un abordaje tardío, pueden presentarse complicaciones serias que pueden llevar a amaurosis. El manejo repetitivo con esteroides puede acelerar algunas de las complicaciones, por lo que, en casos de uveítis recurrentes, está indicado el tratamiento convencional con AINE y FARME; también ha habido una buena respuesta con biológicos anti-TNF, como en el presente caso.

REFERENCIAS

1. Van der Horst-Bruinsma IE, Nurmohamed MT, Landewé RB. Comorbidities in patients with spondyloarthritis. *Rheum Dis Clin North Am.* 2012; 38(3): 523-538.
2. Rubin LA, Amos CI, Wade JA et al. Investigating the genetic basis for ankylosing spondylitis: Linkage studies with the major histocompatibility complex region. *Arthritis Rheum.* 1994; 37: 1212.
3. Jarvinen P. Occurrence of ankylosing spondylitis in a nationwide series of twins. *Arthritis Rheum.* 1995; 38: 381.
4. Rosenbaum JT. Characterization of uveitis associated with spondyloarthritis. *J Rheumatol.* 1989; 16: 792.
5. Zheng MQ, Wang YQ, Lu XY, Wang YL, Mao LP, Gu YF, Chen PF. Clinical analysis of 240 patients with HLA-B27 associated acute anterior uveitis. *Yan Ke Xue Bao.* 2012; 27(4): 169-172.
6. Esterberg E, Acharya NR. Corticosteroid-sparing therapy: practice patterns among uveitis specialists. *J Ophthalmic Inflamm Infect.* 2012; 2(1): 21-28.
7. Sallam A, Taylor SR, Lightman S. Review and update of intraocular therapy in noninfectious uveitis. *Curr Opin Ophthalmol.* 2011; 22(6): 517-522.
8. Simonini G, Paudyal P, Jones GT, Cimaz R, Macfarlane GJ. Current evidence of methotrexate efficacy in childhood chronic uveitis: a systematic review and meta-analysis approach. *Rheumatology (Oxford).* 2012; 52(5): 825-831.
9. Kotaniemi k, Säilä H, Kautiainen H. Long-term efficacy of adalimumab in the treatment of uveitis associated with juvenile idiopathic arthritis. *Clin Ophthalmol.* 2011; 5: 1425-1429.
10. Diaz-Llopis M, Salom D, García-de-Vicuña C et al. Treatment of refractory uveitis with adalimumab: a prospective multicenter study of 131 patients. *Ophthalmology.* 2012; 119(8): 1575-1581.
11. Matsuda J, Kaburaki T, Kobayashi S, Numaga J. Treatment of recurrent anterior uveitis with infliximab in patients with ankylosing spondylitis. *Jpn J Ophthalmol.* 2013; 57(1): 104-107.