

Espondilitis anquilosante (EA). Informe de dos casos

Dr. Francisco Javier de Jesús González-Macías*

Servicio de Ortopedia del Hospital Militar Regional Acapulco, Guerrero.

RESUMEN

Introducción. La espondilitis anquilosante es una espondiloartritis seronegativa, la cual es el prototipo de las llamadas espondiloartropatías indiferenciadas, afecta con predilección estructuras axiales: columna vertebral y articulaciones sacroilíacas. Tiene tendencia anquilosante por osificación subligamentaria y entésica afecta más frecuente al sexo masculino se presenta por primera vez en el adulto joven y puede incluir manifestaciones sistémicas y una fuerte asociación poligénica con el antígeno HLA B27. Para su diagnóstico existen criterios clínicos característicos y modificaciones radiológicas muy útiles. Su tratamiento es eminentemente médico y específico y el éxito del mismo depende del diagnóstico temprano.

Objetivo. Informar dos casos clínicos representativos de Espondilitis Anquilosante (EA) diagnosticados y tratados en el Hospital Militar Regional de Acapulco.

Material y métodos. Se presentan dos casos clínicos en diferentes etapas de la enfermedad y se discute el proceso diagnóstico y el tratamiento.

Conclusión. El diagnóstico de espondilitis anquilosante representa un reto clínico, por lo infrecuente de la enfermedad, los casos presentados son opuestos, el primero es un caso incipiente en una paciente joven, con diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, el segundo una paciente adulto mayor con cambios estructurados en el esqueleto axial y gran repercusión anatómica y funcional debido a un diagnóstico tardío.

Por lo tanto debe conocerse la enfermedad para realizar la detección más precoz y brindar una mejor atención terapéutica.

Palabras clave: Espondilitis anquilosante (EA), criterios clínicos, características radiológicas, diagnóstico oportuno.

INTRODUCCIÓN

Las espondiloartropatías (v. gr. spondylo-vertebra, arthron-articulación y phatos-patología)

Ankylosing Spondylitis (AS). Report of two cases

ABSTRACT

Introduction. The ankylosing spondylitis is an spondiloarthritis serumnegative, which is the prototype of the calls indifference spondiloartropatias.

It affects with predilection axial structures: spine and articulations sacroiliacs.

It spreads paralyzing tendency for ossification subligamentaria and entesica it affects but it frequents to the masculine sex.

It shows up for the first time in the young adult and it can include manifestations sistemicas and a strong association polygenic with the antigen HLAB27 for their diagnose clinical characteristic approaches and radiological very useful modifications they exists. Their treatment is medical eminently and it specify and the success of the same one depends of the diagnose early.

Objective. Notify two clinical representative cases of ankylosing spondylitis (AS) diagnosed and treaties in the Military Regional Hospital of Acapulco.

Material and methods. They show up two clinical cases in different stages of the illness.

Conclusion. The one diagnoses of Ankylosing Spondylitis it represents a clinical challenge, for the uncommon of the illness, the presented cases are opposed, the first one is an incipient case in young patient, with a diagnose precocious and opportune treatment. The second. A mature bigger patient with changes structured in the skeleton functional axial and great repercussion due to a diagnose late.

Therefore the illness should be known to carry out the detection but precocious and to offer a therapeutic better attention.

Key words: Ankylosing Spondylitis (AS), clinical approaches characteristic radiological, opportune diagnostic.

constituyen una familia de entidades, síndromes y enfermedades que comparten características clínicas e inmunogenéticas especialmente por su significativa asociación con el antígeno

Correspondencia:

Dr. Francisco Javier de Jesús González-Macías

Av. Ruiz Cortines No. 136 casa 7 Unidad Habitacional Militar "Ruiz Cortines", Col. Alianza Popular, C.P. 39610, Acapulco, Gro. Tel.: 01 7444-456-506.

leucocitario humano HLA B27 y la consecuente agregación familiar. La espondilitis (v. gr. ankylos-encorvado interpretado ahora como rigidez o fusión articular) es la enfermedad más característica de este grupo de enfermedades.^{2,10}

HISTORIA

La espondilitis anquilosante (EA) o espondilartritis anquilosante también conocida como enfermedad de Betcherew es probablemente el reumatismo más antiguo de la historia de la humanidad.¹ Von Strumpell, en 1884 y 1897, menciona una “inflamación crónica anquilosante de la columna vertebral y las caderas”. En 1898 Marie describió un cuadro de anquilosis casi completa de la columna vertebral y de las articulaciones de la raíz de los miembros con el nombre de “espondilosis rizomélica”, es preciso recordar la importante contribución de la obra de síntesis “la espondilartritis anquilosante” de Forestier, Jaqueline y Rotes-Querol de 1951 que consagra el término genérico de la enfermedad y precisa los aspectos clínicos y radiológicos principales de la misma.^{10,11}

EPIDEMIOLOGÍA

Su prevalencia global es de 0.1 a 0.2% estas cifras permanecen estables en distintas regiones (Escandinavia, Europa Central, Estados Unidos) y han permanecido estables por décadas, por su fuerte asociación con el HLA B27 se ha estudiado las disparidades geográficas asociadas a variaciones en la distribución del HLA B27, encontrando rangos de prevalencia de 0.86 a 1.5%, y en cuanto a distribuciones específicas por etnias se encuentra en los Indios Haida, la prevalencia de HLA B27 es de 50%, en los indios Pimas la frecuencia de la enfermedad es 5.9% y la de B27 de 17%, en Japón la espondilitis prevalece en 0.2% con una frecuencia de B27 de 1%, en África negra la enfermedad es muy rara y la frecuencia de B27 es menor de 1%.¹

En cuanto al sexo, la mayoría de los estudios confirman el predominio masculino, con una relación hombre-mujer que varía de 3 a 1 a 8 a 1. En México predomina el sexo masculino con relación 6 a 1.^{1,8}

Respecto a la edad la mayoría de los casos comienzan entre los 20 y 30 años, 20% de los casos comienzan antes de los 20 años y los que comienzan después de los 40 años son infrecuentes y corresponden a menudo a formas de revelación o diagnóstico tardío. En el mexicano la

edad de inicio 28 a 30% de los casos es antes de los 16 años, en esta edad la frecuencia es de 60 a 120 casos por 100,000 habitantes, la mayor frecuencia ocurre a los 11 años de edad.^{2,9}

CLÍNICA

Síndrome pelvirraquídeo

Inaugura la sintomatología de la enfermedad en casi dos tercios de los casos, se manifiesta por dolores lumbares y glúteos de localización alta (sacroiliacas), la mayoría de las veces comienza en forma progresiva, al principio las crisis de dolor duran algunos días o semanas, pero después se vuelven permanentes, son de localización lumbar y en la charnela dorsolumbar, raramente presentan radiculalgia, hay rigidez matinal y mejoría tras la actividad física, la rigidez lumbar es el signo de examen más constante, esta limitación funcional afecta todos los movimientos lumbares.

Existen maniobras clásicas para la sensibilidad en las articulaciones sacroiliacas (Laguerre, Erichsen, Volkman, Patrick y Gaenslen), y la movilidad del tronco se puede evaluar mediante las pruebas de Schober y Shober invertida tanto en la zona lumbar como torácica, la excursión torácica se mide a nivel del cuarto espacio intercostal y deberá ser mayor de 2.5 cm. como mínimo.^{4,5,7,8}

Las cervicalgias se observan en 29 a 30% de los casos, el cuello tiene deformación anterior, con hiperextensión de la cabeza para conservar la horizontalidad de la mirada, estas deformidades pueden cuantificarse midiendo las distancias occipucio pared, mentón a esternón y los ángulos de rotación en las anquilosis cervicales.

En las formas muy avanzadas, la lesión raquídea difusa confiere a estos enfermos una silueta particular... anteversión cervical, cifosis dorsal, desaparición de la lordosis lumbar y flexión compensadora de las rodillas que de entrada hacen sospechar el diagnóstico.

Síndrome entesopático

El aspecto patológico más sobresaliente en los cuadros de afección periférica es la entesis o entesopatía, es decir la afección de los ligamentos y tendones en su lugar de inserción ósea.

La lesión original se caracteriza por un síndrome doloroso local, despertado por la palpación de esta estructura anatómica, la extensión de la unión tenoperióstica, al contraerse la musculatura al despertarse es causa de desentumeci-

miento matinal frecuente hasta en 50% de los adultos afectados. Las entesopatías del calcáneo son las más frecuentes y ocasionan talalgias posteriores zona aquilea, o inferiores en la inserción de la aponeurosis plantar, están presentes hasta en 35% de los casos y son reveladoras en 10% de los mismos y generalmente son bilaterales.^{3,6}

Síndrome articular periférico

Puede agregarse a la lesión axial en cualquier fase de la enfermedad hasta en 20% de los pacientes en el inicio de la enfermedad, llegando hasta 50% en las fases avanzadas, la artritis de los miembros es más frecuente en el sexo femenino. Su evolución es lenta, en accesos una oligoartritis asimétrica que afecta sobre todo caderas, hombros, rodillas y articulaciones del tobillo y los pies. En orden de frecuencia se afectan las caderas (50%), hombros (30%), seguido por afección en los pies y las rodillas, existen casos de daño en las manos manifestado por “dedo en salchicha” o dactilitis, los codos, y articulaciones menores (temporomandibulares y cricoaritenoides, huesos del oído medio), son excepcionales.

Manifestaciones extraarticulares: hay sintomatología general como astenia, adelgazamiento, fatiga, rigidez y desentumecimiento matinal por varias horas.

La lesión oftalmológica es la manifestación más frecuente y aparece hasta en 30% de los pacientes es una Uveítis anterior aguda no granulomatosa se manifiesta como Ojo rojo.²

Lesiones cardíacas: comprometen el pronóstico vital y provocan hasta un tercio de los decesos de los pacientes con EA, abarcan lesiones valvulares, trastornos de la conducción y bloqueos cardíacos.

La afección del aparato digestivo es muy frecuente, también es poco, y pertenecen a las enterocolopatías y se asocia con enfermedad de Crohn.

Otros efectos deletéreos de la enfermedad influyen afecciones neurológicas, como síndrome de la cauda equina, daño pulmonar como fibrosis pulmonar, y otras más raras como amiloidosis renal y fibrosis retroperitoneal.¹²

Durante la crisis de dolor es lógico observar un síndrome inflamatorio habitualmente moderado en comparación con otros reumatismos, el cuadro uno, resume los cambios en las pruebas de laboratorio.

Diagnóstico por imagen

Los auxiliares de imagen proporcionan abundante información en la Espondilitis Anquilosante, y forman parte de los criterios tradicionales para el diagnóstico de esta patología.

sante, y forman parte de los criterios tradicionales para el diagnóstico de esta patología.

Modificaciones en sacroilíacas es casi constante durante la evolución de la enfermedad, en la mayoría de los casos es bilateral y groseramente asimétrica, la radiografía anteroposterior estándar de pelvis suele permitir el análisis correcto de las lesiones, las lesiones erosivas del hueso subcondral con aspecto irregular de la interlinea puede culminar en el clásico aspecto de “borde en sello de correo”, en etapas tardías puede producirse anquilosis con fusión al sacro, para el diagnóstico detallado y de la sacroileítis se recurre a la tomografía axial computada.¹¹

En las lesiones radiológicas del raquis sobresale la espondilitis anterior de Romanus que consiste en la erosión del ángulo anterior de la unión discvertebral vista en la radiografía de perfil, hay además encuadramiento vertebral, formación de sindesmofitos angular en espejo en los bordes laterales de las vértebras vecinas, en la etapa avanzada de la enfermedad cuando presenta anquilosis vertebral en la radiografía anteroposterior de la columna se observa el aspecto de “caña de bambú”, hay además a nivel del raquis osteopenia, osteoporosis y osificación subligamentaria, que cuando se trata del ligamento interespinal adopta en la radiografía de frente “aspecto de riel” existe osificación de la entesis, osificación subligamentaria, en otras articulaciones periféricas hay destrucción y fusión de las coxofemorales, y tarsitis anquilosante entre las más sobresalientes.^{1,11}

Criterios clínicos y de diagnóstico

Para el diagnóstico de EA se han utilizado una serie de criterios bien establecidos, como los de Roma (1961) que ofrecen la mayor sensibilidad y especificidad, 98.2% y 96.3% respectivamente, sin embargo, existen otros como los de Nueva York (1966) que fueron modificados un año después, que ofrecen mayor accesibilidad, sacrificando la sensibilidad pero conservando una especificidad adecuada de cualquier forma, el cuadro clínico, las maniobras de evaluación y los estudios de radiología simple son la base para el diagnóstico. Los criterios de Nueva York originales y los modificados, en cuanto a estos criterios, la definición de estudios de Prevalencia: la EA definida se diagnostica ante sacroileítis bilateral grado 3 o 4 y un criterio clínico o bien ante sacroileítis bilateral grado 2 o unilateral grado 3 o 4 más el criterio clínico 1 o con los dos criterios clínicos 2 y 3. La EA probable se diagnostica ante sacroileítis grado 3 o 4 sin criterios clínicos. Estos criterios, modificación de los previos de Roma,

fueron elaborados y son válidos exclusivamente para la EA. La presencia del antígeno HLA B27 no es de utilidad diagnóstica.³

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Caso clínico 1

Paciente femenino de 25 de edad, previamente sana, sin antecedentes de importancia, la cual inició en forma insidiosa con malestar general, rigidez matutina, misma que mejoraba en el transcurso del día, simultáneamente presentó lumbalgia sin irradiaciones con dolor moderado a intenso, el cual empeora con el reposo, por lo cual desconcertó a la paciente, quien acudió a diversos facultativos sin encontrar mejoría con la prescripción de AINEs y reposo, en las últimas tres semanas inició en forma brusca con franca dificultad para la marcha debido a la inflamación aguda del talón y la presencia de dolor muy agudo en la zona plantar interna, lo que motivó nuevas valoraciones, en el examen inicial se observó a una paciente joven femenina cooperativa, asténica, con fascies de dolor y ansiedad leve (en relación a la limitación funcional y la pobre respuesta a diversos tratamientos), la movilidad del tronco limitada y dolorosa en la flexiextensión (Schober positivo) la zona lumbar baja con hipersensibilidad, las maniobras de evaluación dolorosa para sacroilíacas todas positivas (Gaenslen, Laguerre, Patrick, Wolkman). Se evaluó el pie y tobillo derecho encontrando aumento difuso de volumen a nivel del talón sin cambios de coloración ni alteraciones en el medio pie o en los dedos, pero con franca sensibilidad en la zona plantar medial del retropié a nivel de la inserción de la aponeurosis plantar, no había otros datos positivos en la exploración. En la radiografía de frente de pelvis se observó sacroilítis bilateral franca grado 1-2 con esclerosis marginal y erosiones de los bordes, así como condensación ósea subcondral, en las pruebas de laboratorio con anemia leve y PCR positiva, látex AR negativo y VSG elevada.

Tratamiento

Se instauró tratamiento en base a indometacina 50 mg. Cada 12 vía oral y azulfidina 1 g vía oral cada 12 horas. La valoración periódica reportó recuperación total, se capacitó por el servicio de rehabilitación y superó las limitaciones funcionales, se infiltró el talón doloroso y uso ortesis (taloneras para espolón calcáneo), remitió la claudicación. El seguimiento por poco más de cinco años revela resultados excelentes, funcionales y clínicos, con dolor lumbar alto oca-

sional, los cambios radiológicos han avanzado en forma moderada y el tratamiento ha sido disminuido a la mitad de la dosis y suspendido en las etapas asintomáticas.

Caso clínico 2

Paciente femenino de 55 años de edad, quien no tiene antecedentes de enfermedades crónicas ni degenerativas, misma que refiere historia de “muchos años de dolor en todo su cuerpo” con nula mejoría, informa además accesos de dolor y una progresiva limitación funcional, manifestada por dificultad para mover el tronco, el cuello y la cintura, así como dificultad para caminar por dolor en ambos pies, se autocataloga como portadora de “reumas” y de ya no “poder ni moverse” pese a múltiples tratamientos con AINEs, corticoides tipo prednisona y betametasona de depósito, además de suplementos de calcio y vitaminas. Refirió sentirse “agotada” y en varias ocasiones ha decidido suspender todo tratamiento por no encontrar alivio. De entrada a la exploración llama la atención su figura postural con silueta asténica, cuello con posición estructurada (fija) en proyección hacia adelante, hiperextensión de la cabeza mucha limitación para todos los ejes de movilidad cervical, lumbar con test Schober positivo y en la zona torácica disminución de la amplitud del movimiento respiratorio menor a 2.5 cm. Cifosis forsal fija y aplanamiento de la parte baja de la espalda, zona lumboglútea dolorosa, y las rodillas flexas como adaptación postural pero sin rigidez de las mismas en la zona de ambos tobillos con aumento de volumen y sinovitis moderada, dolor en ambos pies a nivel del medio y retropié, y múltiples puntos dolorosos a la digitopresión en tronco, caderas y miembros inferiores. Sus estudios con anemia leve, VSG elevada, PCR positiva, Látex AR negativo. Finalmente sus estudios de radiología básica con cambios estructurales en toda la columna vertebral, anquilosada, la imagen de “caña de bambú” en la radiografía de frente de la pelvis con sacroilítis grado 3, Cifosis Dorsal acentuada y calcificación subligamentaria, anquilosis de la columna cervical, en las radiografías laterales de los calcáneos con entesis calcificada de la aponeurosis plantar. Se evidenció el diagnóstico por criterios clínicos y radiológicos.

Tratamiento

Inició tratamiento oral con indometacina 50 mg cada 12 horas, azulfidina 1 g cada 12 con mejoría parcial, se suspendieron esteroides y se aumentó el AINEs a 50 mg cada 8 horas. El ali-

vio fue mayor sin ser completo, se envió a rehabilitación y se explicó en forma detenida sobre los cuidados y educación para la salud, evitando la propensión a la caída y finalmente se prescribió tratamiento con bifosfonatos semanal, calcio, y calcitriol, la impresión del paciente es de recuperación adecuada más no total, persiste con limitación para la movilidad del tronco, y la sintomatología general, como debilidad y fatiga si presentaron mejoría franca, a un año de seguimiento continúa en condiciones estables.

DISCUSIÓN

Esta interesante patología reumática es muy rara la sufre aproximadamente 2% de la población, frente a 25% de incidencia de la artrosis en los adultos mayores.^{1,2}

Los casos presentados se pueden considerar "opuestos" en varios aspectos primero no la EA no es habitual en el sexo femenino y cuando se presenta en mujeres es menor la agresividad sobre todo a nivel del esqueleto vertebral. Ambos casos están en extremos etarios es decir el primero es una paciente joven con un acceso o crisis de dolor, en quien se detectó cambios radiológicos en sacroilíacas de tipo moderado es un caso de reciente inicio y con diagnóstico oportuno, donde la rigidez matinal, la limitación funcional y el malestar general fueron marcados y desconcertantes para el paciente principalmente por sentirse con más dolor al guardar reposo, en este caso la orientación más útil es la modificación radiológica de la interlinea articular a nivel de las sacroilíacas, la entesopatía periférica y los datos de síndrome pelvirraquídeo, su respuesta al tratamiento fue excelente.

El segundo caso está en el extremo opuesto es decir en la etapa crónica de la enfermedad, donde existen cambios estructurales del tronco y múltiples modificaciones radiológicas, sin embargo, en la valoración intencionada no se detectó Uveítis anterior por parte de Oftalmología, en el caso de esta paciente la sintomatología general remitió en forma franca, la rigidez o movilidad del tronco mejoró poco, el daño articular en los pies también es estructurado, y la aceptación del paciente de un diagnóstico específico de Espondilitis Anquilosante una enfermedad llevada por años, con múltiples tratamientos, la vuelve escéptica sobre todo por los cambios estructurales avanzados que no son reversibles, de ahí lo relevante de evitar diagnósticos tardíos.

Respecto al tratamiento utilizado es avalado por la prevalencia del mismo en las últimas décadas, la indometacina vino a sustituir el aine

tradicional para esta enfermedad (fenilbutazona) por eficaz y accesible así como menor toxicidad, los COX2 son eficaces pero menos accesibles, la complementación con azulfidina ha demostrado buenos resultados a largo plazo.

Las perspectivas futuras en cuanto a tratamiento presentan datos alentadores iniciales con la nueva generación de antirreumáticos como el inhibidor del factor de necrosis tumoral (Infliximab y Etanercept), y otros como la bromocriptina y los bifosfonatos también han resultado benéficos en grupos pequeños.^{1,3}

El papel de la cirugía de sustitución protésica en cadera tiene resultados muy favorables tomando en cuenta que esa articulación es de las más afectadas en la EA, la cirugía en relación a las deformidades estructurales es de ayuda en casos especiales y o complicados como fracturas o luxaciones a nivel cervical alto.^{1,12}

El uso de corticoides, y radioterapia están fuera de línea para esta enfermedad por el contrario, la rehabilitación y la educación para la salud tienen enorme importancia en cualquier etapa de la enfermedad.

Con mucho el diagnóstico precoz mediante el reconocimiento de los signos y síntomas iniciales de la enfermedad han favorecido la instalación oportuna de medidas terapéuticas adecuadas y ello ha propiciado una evolución menos agresiva e invalidante, sin embargo, es preciso sistematizar y divulgar el conocimiento de esta enfermedad entre los Médicos Generales, Traumatólogos, Rehabilitadores e Internistas de modo que sean capaces de reconocer en todos los pacientes que son inicialmente asistidos por ellos estas formas incipientes o precoces de la enfermedad.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de espondilitis anquilosante representa un reto clínico, por lo infrecuente de la enfermedad, los casos presentados son opuestos, el primero es un caso incipiente en una paciente joven tratado oportunamente con resultados excelentes, el segundo caso una paciente adulto mayor con cambios estructurales en el esqueleto axial y gran repercusión anatómica y funcional debido a un diagnóstico tardío. Por lo tanto debe conocerse la enfermedad para realizar una detección más precoz y brindar una mejor atención terapéutica.

REFERENCIAS

1. Wendling D. Enciclopedia Médico Quirúrgica. Sección Espondilitis Anquilosante. París. Editions Medicales Elsevier 2001; 2(14): 1-19.

2. Martínez EP. Introducción a la Reumatología Sección espondiloartropatías seronegativas. 2a. Ed. México: Editorial Intersistema; 1997, p. 173-81.
3. Gutiérrez VS. Manual clínico de reumatología. 2a. Ed. México: Editorial Manual Moderno; 2004, p. 199-206.
4. Hoppenfeld S. Exploración física de la columna vertebral y las extremidades. 13a. Reimpresión (español). México: Editorial; 1994, p. 250-300.
5. Hawkins RJ. Músculos keletal examination. 1a. Ed. Estados Unidos: Edit. Mosby 1995; 238; 89-91.
6. Brown De, Neumann RD. Secretos de la ortopedia. 2a. Ed. México: Edit. McGraw-Hill Interamericana; 2001, p. 9-15.
7. Teyssandie TM. Práctica de la exploración clínica programada del caquis. 1a. Ed. España: Editorial Masson; 1997, p. 15-23.
8. Bare MG, Califano EJ. Semiotécnica maniobras de exploración. 4a. Ed. España: McGraw-Hill Interamericana; 1992, p. 131-6.
9. Reynes MJ. Atlas de reumatología pediátrica. Sección espondilitis anquilosante juvenil. 1a. Ed. México: Ediciones Médicos del INP; 2000, p. 4-14.
10. Amar B, Dougedos M, Mijiyawat. Crateres de classification de spondylarthropathies. Rev Rhevm Mal Ost L9.
11. Tavera JM, Cardoso JM. Radiología e imagen diagnóstica y terapéutica. Expondiloarthropatias. 1a. Ed. Cap. 8. USA: Edith Liii cont Nilliams Wilkins; 2001, p. 154-62.
12. Manerorf, Roca E, Mor MJ. Pseudoartrosis vertebral en la espondilitis anquilosante.

Recibido: Mayo 30, 2007.
Aceptado: Febrero 14, 2008.