

Reporte de caso

Reporte de caso de espondilitis anquilosante: paciente de sexo masculino con rigidez iniciada de forma atípica

Case report of ankylosing spondylitis: male patient with atypical onset stiffness

Fábio Da Paz Pereira Junior¹, **Sara Viera Rodríguez^{1,2}**, **Joana D'arc Costa Belfort¹**, **Sthéphanny Da Silva Saldanha¹**, **Rebeca Gomes Targino de Souza¹**, **Giomar Melo de Almeida Londe¹**

¹ Universidad de la Integración de las Américas, Facultad de Salud, Filial Ciudad del Este. Ciudad del Este, Paraguay.

² Universidad La Paz. Ciudad del Este, Paraguay.

RESUMEN

La espondilitis anquilosante (EA) es una espondiloartropatía caracterizada por una inflamación crónica e indolente del esqueleto axial.^{1,2} En casos de enfermedad grave puede conducir a la fusión y rigidez de la columna vertebral. En la EA, ocurre la afectación de los nervios espinales, generando dolor y también la calcificación ósea que sobrepasa los discos intervertebrales creando así un puente óseo causando lo cuadro conocido como columna de bambú.⁴ La patología reumática es de origen desconocida, ocurre con mayor frecuencia en hombres jóvenes y está fuertemente asociada con el marcador genético HLA-B 27.³ El tratamiento se debe hacer a través de actividades físicas, fisioterapia, antiinflamatorios y fármacos biológicos especiales para la enfermedad.^{2,3} Este estudio de caso muestra cómo el paciente brasileño de 24 años, nacido en Río de Janeiro, Brasil, fue diagnosticado a los 17 años con espondilitis anquilosante, sus calcificaciones vertebrales iniciadas al revés de lo habitual, sus síntomas y tratamientos, así como la etiología de la enfermedad monogenética que puede o no manifestarse con la presencia de antígeno.

Palabras-clave: Espondilitis anquilosante, HLA-B 27, rigidez vertebral

ABSTRACT

Ankylosing spondylitis is a spondyloarthropathy characterized by chronic and indolent inflammation of the axial skeleton.^{2,3} In cases of severe disease, it can lead to fusion and stiffening of the spine. In AD, the spinal nerves are affected, generating pain and also bone calcification that exceeds the intervertebral discs, thus creating a bone bridge causing what is known as a bamboo column.⁴ Rheumatic pathology is of unknown origin, occurs more frequently in young men and is strongly associated with the HLA-B 27 genetic marker.³ Treatment must be done through physical activities, physiotherapy and also with drugs, such as anti-inflammatories and biological remedies. special for rheumatic disease.^{2,3} This case study shows how a 24-year-old Brazilian patient, born in Rio de Janeiro, Brazil, was diagnosed at 17 years of age with ankylosing spondylitis, his vertebral calcifications started in reverse than usual, his symptoms and treatments, as well as the etiology of monogenetic disease that may or may not manifest with the presence of antigen.

Keywords: Ankylosing spondylitis, HLA-B 27, spinal stiffness

Para correspondencia dirigirse a: med.jrfabio@gmail.com; saravieracaceres@gmail.com

Recibido: Octubre 19, 2022. Aceptado: Noviembre 7, 2022.

Conflictos de interes: Ninguna que declarar.



Este es un artículo publicado en Acceso Abierto bajo Licencia Creative Commons CC-BY, que permite el uso sin restricciones, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que se cite debidamente la obra original.

INTRODUCCIÓN

La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica de origen autoinmune, que generalmente afecta a los tejidos conectivos, caracterizada por la inflamación de las articulaciones espinales y las articulaciones grandes, como las caderas, los hombros y otras regiones. Puede progresar a rigidez y limitación progresiva de la columna vertebral, lo que con el tiempo hace que la calidad de vida del paciente se deteriore. La enfermedad afecta al 1% de la población general con lo rango de edad entre 20 a 40 años, y el vértice de los signos y síntomas ocurre a la edad de 20 años.^{2,3,4} La etiología aún es desconocida pero los estudiosos saben que la enfermedad es más común en personas que heredan un grupo sanguíneo particular de los glóbulos blancos en comparación con aquellos que no tienen este marcador genético llamado HLA-B27. Este antígeno está fuertemente correlacionado con el inicio de la enfermedad se encuentra una prueba positiva este marcador en el 90% de los casos.⁵

Entre los investigadores la teoría más aceptada es que la enfermedad puede desencadenarse por una exposición a algunos posibles agentes infecciosos como *Yersinia*, *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter* y *Chlamydia*, con la hipótesis de péptidos artritogénicos, que son antígenos derivados de estas bacterias que podrían participar como desencadenantes de la enfermedad.¹

Los síntomas clave incluyen dolor de espalda frecuente que empeora en reposo y mejora con el movimiento, rigidez matutina que dura unos 30 minutos, entesitis (inflamación del sitio donde se insertan los tendones en los huesos), cansancio, dolor e hinchazón en otras articulaciones, como caderas, hombros y rodillas.^{1,10}

Su prevalencia varía en función de la frecuencia del antígeno HLA-B27 en la población analizada. La frecuencia más alta se ha encontrado en ciertas tribus de indios americanos, en especial los Haida, donde un 50% de la población general posee el HLA-B27. En la raza blanca se estima una prevalencia de 2 a 10 casos por 1.000 habitantes; esta cifra es inferior en las razas negra y oriental.^{4,10}

CASO CLÍNICO

F.P.P.J, 24 años, hombre, estudiante, raza blanca, reside en la ciudad de Foz do Iguazú, Paraná, Brasil, acude en el Hospital Ministro Costa Cavalcante en la misma ciudad en que vive para una cita con ortopedista para dar seguimiento al tratamiento de espondilitis anquilosante diagnosticado hace 7 años. Paciente presentó pruebas de laboratorio e imágenes anteriores y relató que a los 15 años inició con síntomas relacionados con dolor de espalda baja en la región de la columna lumbar que se irradiaba a través de la pierna hasta la región del talón izquierdo. En un primer momento, fue llevado por sus familiares al Hospital General del Ejército del estado de Río de Janeiro (HGE-RJ), se le realizaron exámenes semiológicos, radiografías, hemograma y análisis de orina.

Después del análisis, se obtuvo un diagnóstico de inflamación debido a un posible trauma, y se prescribió un IANES (medicamento antiinflamatorio no esteroideo), reposo y bolsas de agua caliente con un intervalo de 3 / 3 h con mejora parcial de los síntomas.

Diagnóstico

A los 17 años reporta una queja de dolor insidiosa en la región lumbar que pasa a los glúteos, persistente por más de tres meses. Presentó empeoramiento del dolor por la mañana de mayor intensidad con rigidez y se ralentiza a lo largo del día con el movimiento, y se nota por los familiares del paciente pérdida de movilidad, acortamiento de movimientos, cambio brusco en la marcha siendo referido a HGE-RJ y nuevamente a otro Ortopedista, quien solicita pruebas complementarias. El examen físico señaló un posible diagnóstico de Espondilitis Anquilosante, derivando así al paciente a una consulta con un Reumatólogo que, por fin, confirmó la sospecha. En la consulta fue utilizado los criterios de Nueva York y se solicitaron pruebas de imagen como Radiografía total de columna (cervical, torácica, lumbar y sacra), así como Resonancia Magnética total. Como resultado, se descubrieron alteraciones típicas de EA, a saber, discopatía degenerativa lumbar inferior incipiente entre L3, L4 y L5, hernia discal posterolateral izquierda en D6-D7, D7-D8, D-10-D-1 y posterolateral derecha en D9-D10 además de un edema óseo subarticular e intenso realce óseo en los márgenes subcorticales de las extremidades de la articulación sacroilíaca, asociado a irregularidades corticales/subcorticales, predominantemente en las superficies ilíacas, posiblemente correspondiente a una sacroileítis con actividad inflamatoria.

En la sangre, las muestras indicaron anemia microcítica hipocrómica, proteína elevada - C reactiva (PCR), estudio para el antígeno HLA-B27 positivo (Tabla 1).

Anamnesis de seguimiento

F.P.P.J, 24 años, hombre, estudiante, raza blanca, morador de la ciudad de Foz do Iguazú, Paraná, Brasil, diagnosticado hace 7 años con espondilitis anquilosante, se presenta al seguimiento de la consulta con el reumatólogo en el Hospital Costa Cavalcante también en Foz Iguazú. El paciente refiere dolor en el cuello con dificultad en la rotación, siendo insidioso por más de 3 meses. En días pesados de rutina también refiere dolor moderada a severa en la columna cervical, lumbar y torácica y si no practica actividades físicas durante el día es necesario administrar antiinflamatorio (ibuprofeno) o relajante muscular (Torsilax). El dolor empeora en reposo.

- En la infancia, hubo problemas respiratorios comunes, como rinitis alérgica, bronquitis, la mayoría de las veces tratada con corticosteroides.
- En los antecedentes familiares no conoce a su madre, refiere que tiene un hermano que en la infancia fue diagnosticado con artritis reumatoide juvenil.

- Vegetariano y lateralidad;
- Niega fumar, beber o consumir drogas.
- Al realizar examen físico se observa (Figura 1A y 1B):
- Pérdida de movilidad de la columna en flexión, extensión y lateralidad;
- Rectificación de la columna lumbar;
- Aumento de la cifosis torácica;
- Rectificación de la lordosis cervical con la cabeza hacia

Tabla 1. Resultados de exámenes.

Hemograma	Resultados 2016	Resultado 2019	Resultados 2022	Valores de referencia
Hemácias	4,73/mm ³	4,89/mm ³	4,69/mm ³	3,80 a 5,80 /mm ³
Hematócrito	36,30%	36,20%	39,30%	35,00 a 50,00%
Hemoglobina	11,9 g/dL	12,1 g/dL	13,40 g/dL	11,0 a 16,50 g/dL
VGM	76,70 fL	74 fL	8,80 fL	80,00 a 97,00 fL
HGM	25,2 pg	24,7 pg	28,57 pg	26,50 a 33,50 pg
CHGM	32,8	33,4 g/dL	34,10 g/dL	32,20 a 36,50 g/dL
RDW	14,20%	16,18%	13,70%	10,00 a 15,00%
Leucócitos totais	9,670 /mm ³	6,890 /mm ³	7,600 /mm ³	3,500 a 10,000/mm ³
Bastonetes	1,00%	3,00%	4%	-
Segmentados	72,20%	47,00%	68%	5,168 /ul
Eosinófilos	2,70%	1,00%	3%	228/ul
Basófilos	0,70%	0,00%	0%	0 /ul
Linfócitos	18,00%	42,00%	21%	1,596 /ul
Linfócitos atípicos	1,10%	-	0%	0 /ul
Monócitos	1,30%	7,00%	4%	304 /ul
Plaquetas	320.000 /mm ³	160.000/ mm ³	242.000 /mm ³	150,000 a 390,000mm ³
PCR-Ptna C Reativa	60,2 mg/L	9,1 mg/L	1,08 mg/dL	< 1,0 mg/dL
VHS-60 minutos	62 mm	22 mm	25 mm	h- 0a15 mm em 60 min
CPK	-	-	60,00 u/L	h- 55-170 u/L
PDD o Mantoux, reacción Tuberculina	0 mm	0 mm	0 mm	No reagente hacia 4 mm
Ureia	30 mg/dL	-	17,90 mg/dL	h- 19-43 mg/dL
Glicose	94 mg/dL	-	89,00 mg/dL	J-70-99 mg/dL
TGO/AST	15 u/L	-	23 U/L	h- 17-59 u/L
TGP/ALT	10 u/L	-	12 u/L	h- <50 u/L
Fosfatase Alcalina	95 u/L	-	69,00 u/L	38 a 126 u/L
Creatina	0,7 mg/dL	-	0,82 mg/dL	h- 0,66-1,25 mg/dL
Gama GT	22 u/L	-	21 u/L	h- 15-73 u/L
Lipidograma				
Colesterol total	170 mg/dL	-	167 mg/dL	< 200 mg/dL
HDL	35 mg/dL	-	51 mg/dL	<40 Bajo >= 60, Alto
LDL	126 mg/dL	-	105 mg/dL	100-129 mg deseável
VLDL	9 mg/dL	-	11 mg/dL	<30 mg/dL normal
Triglicéridos	47 mg/dL	-	56 mg/dL	< 150 mg/dL normal
Lipídeos totais	0	-	440,56 mg/dL	400-800 mg/dL
Antígeno HLA-27	Presente	-	Presente	Ausente

Fuente: elaboración propia de los autores a partir de los datos de los análisis clínicos solicitado al paciente por médico especialista entre los años 2016 a 2022.

adelante (Figura 2);

- Ligera semiflexión de rodillas, conocida como postura del esquiador. (Figura 1C);
- Maniobras realizadas:
- prueba de Gaenslen positiva para sacroilitis;
- Prueba de Schober < 5 , limitación lumbar para evaluar el grado de restricción de la flexión espinal anterior (Figura 1D);

- Prueba para evaluar la limitación del movimiento que observa la distancia occipital-pared de la columna cervical, que impide la correcta alineación al apoyarse contra la pared debido a la fusión de las articulaciones interapofisarias impidiendo la alineación cabeza-pared.
- Se solicita radiografía de columna cervical, torácica y lumbar y de articulaciones sacroilíacas, resonancia magnética, tasa de sedimentación globular (GSV), prueba de proteína C reactiva, hemograma, factor reumatoideo y tipificación HLA-B27. (Tabla 1)

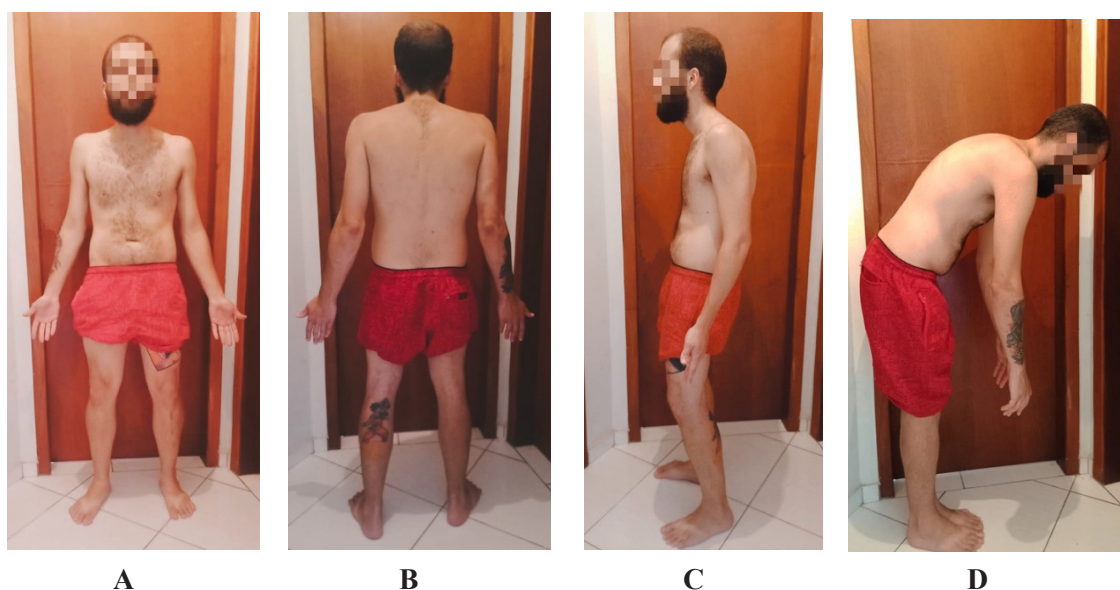


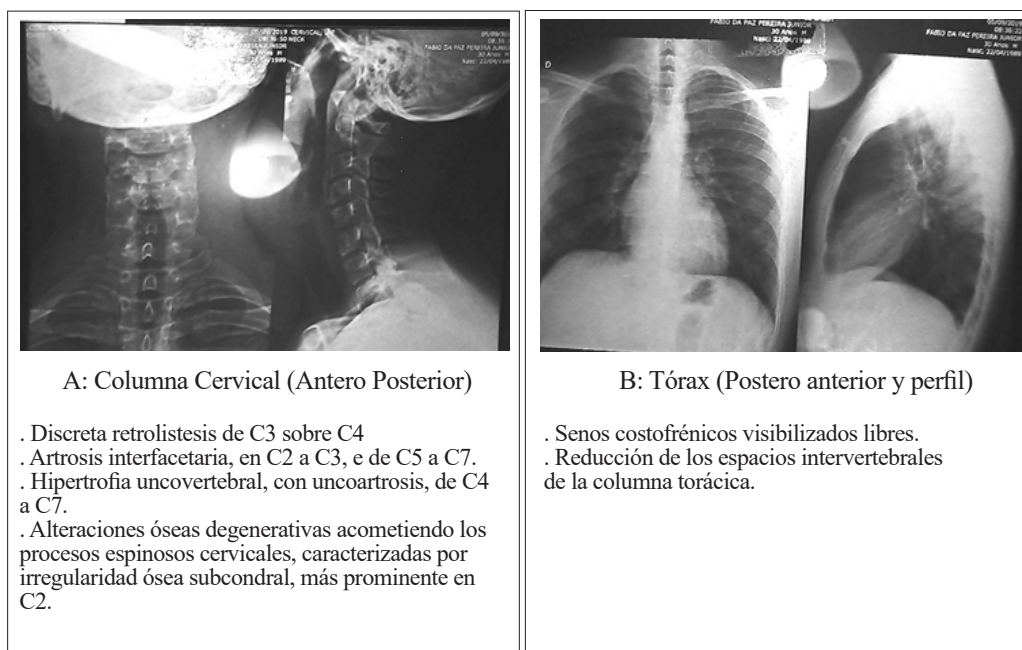
Figura 1. Imágenes del paciente del caso clínico presentado

Evolución clínica atípica

A la edad de 20 años, el paciente regresa al consultorio del médico debido a un retorno del dolor severo y un aumento en la pérdida de movilidad y fueron realizadas nuevas pruebas de laboratorio e imagen. Sin embargo, se encontró una presentación atípica de calcificación de la columna vertebral. Según la literatura, los puentes óseos que se generan por EA se evolucionan de manera ascendentes desde la región lumbar y se extienden hasta el tórax y el cuello afectando progresivamente las columnas dorsal y cervical, contribuyendo al desarrollo de la postura del “esquiador”.⁵ Al revés de lo habitual, en el paciente se encontraron puentes óseos en la región cervical, entre las vértebras C5 y C6 (Figura 3A), antes de atngir las vértebras del tórax, lo que suele ser inusual trayendo grandes limitaciones de rotación de la cabeza. En las demás imágenes radiográficas se nota la columna lumbosacra con artrosis interfetaria de C1 a L1 (Figura 4) y reducción de los espacios intervertebrales de la columna torácica, sin puentes hueseas (Figura 3B).



Figura 2. Imagen del paciente del caso clínico presentado.



Fuente: elaboración propia de los autores conforme los datos de diagnóstico de análisis de imagen del paciente de lo año de 2019.

Figura 3. Imágenes de columna cervical y torax del paciente.



Fuente: elaboración propia de los autores conforme los datos de diagnóstico de análisis de imagen del paciente de lo año de 2019

Figura 4. Columna Lumbosacra (Antero Posterior)

Tratamiento

Se ha administrado un medicamento inmunobiológico (secuquinumab), que es un anticuerpo que se une a (-17 la proteína de interleucina (IL)) que está implicada en la inflamación, al unirse a IL-17^a. Este fármaco evita que se una a su receptor e inhibe su capacidad para desencadenar el proceso inflamatorio presente en estas enfermedades

inmunomediadas. La dosis recomendada al paciente es una solución de 150 ml, una vez por semana en el primer mes y después de este período es necesario usar solo una dosis por mes de forma continua. En caso de dolor, el uso antiinflamatorio (ibuprofeno) o relajante muscular (Torsilax) fue recomendado. Se prescribió fisioterapia, hidroterapia y la práctica de deportes a diario.

Seguimiento

Actualmente el paciente continúa siendo tratado con la misma medicación, siendo ofrecida por el Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil de forma gratuita. Él se encuentra con su patología estable y sin ningún tipo de alteración o nuevo descubrimiento hace 3 años. Relata episodios esporádicos de dolor cervical, lumbar y torácico en los días pesados de su rutina, y si no practica actividades físicas tiene que tomar los fármacos prescritos para el dolor hasta la mejora de los síntomas. Paciente creó el hábito de la práctica deportiva diaria siendo el Skate de su elección.

Discusión

La espondilitis anquilosante (EA) o espondilartritis anquilosante también conocida como enfermedad de Betherew es probablemente el reumatismo más antiguo de la historia de la humanidad. Von Strumpell, en 1884 y 1897, menciona una inflamación crónica anquilosante de la columna vertebral y las caderas, ² pero el concepto de espondiloartropatías seronegativas solo se estableció en 1974, cuando los investigadores ingleses Moll y Wright propusieron que algunas enfermedades que se consideraban completamente distintas entre sí deberían agruparse en el mismo conjunto, pero que en realidad tenía varias características comunes. Estas características abarcaron aspectos clínicos (dolor axial inflamatorio asociado a artritis, predominante en articulaciones grandes de baja intensidad, y periférico, radiológico (sacroiliitis) y de laboratorio (seronegatividad para el factor reumatoide, porque hasta la década de 1970 algunos investigadores consideraron la espondilitis anquilosante como el componente axial de la artritis reumatoide) en individuos con predisposición genética (vinculada al antígeno histocompatibilidad HLA-B27).⁹

Los estudios definieron la espondilitis anquilosante (EA) como una artropatía que se encuentra dentro del grupo de artropatías seronegativas (con antígeno reumatoideo negativo), siendo la entidad más común y representativa de ellas. Se caracteriza por la cronicidad inflamatoria del esqueleto axial, con dolor de espalda y rigidez progresiva, que puede también involucrar articulaciones periféricas y entesis caderas y hombros.^{3,4,7}

El término espondilitis se refiere a espondilos (inflamación de la vértebra) y anquilosante es lo compromiso de las fibras o huesos que crean uniones entre articulaciones de la columna tanto en las facetarias como en discos intervertebrales³. En un principio estas uniones se hinchan en por un proceso inflamatorio crónico. En seguida, estas lesiones erosivas vuelven a inactivarse y se produce formación de tejido óseo llenando el espacio erosionado, con esto, se forma puentes entre huesos y hacia el ligamento afectado, así se crea una nueva entesis repleta de actividad metabólica, con demasiado terminales nerviosas y son responsables por el desarrollo de los síntomas de características inflamatorias.⁴

Epidemiología

La EA es más común en poblaciones blancas, donde la prevalencia de HLA-B27 es mucho mayor. A su vez, la positividad de este antígeno en pacientes con EA puede variar en torno al 90%, siendo mayor en poblaciones blancas no mestizas del norte de Europa ². En general, la prevalencia alcanza el 0,9% de la población mundial y el comportamiento epidemiológico de la enfermedad puede variar en función del área geográfica, lo que parece explicarse por las prevalencias heterogéneas del HLA-B27 en diferentes poblaciones; en los países nórdicos se presenta 1 de cada 200 sujetos caucásicos, en Japón se estima 9,5 casos por cada 100.000 habitantes, con prevalencia del HLA-B27, es decir, el 16%; en africanos de raza negra y en japoneses, con una prevalencia del B27 menor al 1%; en árabes, armenios, iraníes y judíos, armenios y iraníes, la frecuencia del HLA-B27 es de 3 a 5%. En Latinoamérica la prevalencia de EA está cerca de los 10/10.000 habitantes. ^{4,9}

Etiología

La etiología de la espondilitis anquilosante es multifactorial y se relaciona con el aumento de niveles séricos de la IgG, mayor actividad de células T, macrófagos y citoquinas proinflamatorias (interleuquina 1 beta (IL-1B), factor de necrosis tumoral (TNF-a) e interferon gamma (IFN-γ) en el sitio de inflamación. Los componentes genéticos están entre los agentes que llevan a su desarrollo, entre 80 - 90% de los pacientes son también positivos para el complejo mayor de histocompatibilidad HLA-B27 (del inglés human leucocyte antigen, antígeno leucocitario humano). ^{1,9}

El Complejo Mayor de Histocompatibilidad (MHC) y el grupo alélico HLA-B27 en particular han seguido siendo referidos como confiriendo una fuerte susceptibilidad a la enfermedad. Estudios recientes de análisis genómico global y microarrays confirman la asociación de MHC con As, pero apuntan a la posibilidad de que otros genes no pertenecientes al MHC confieran susceptibilidad o condicionen su expresión fenotípica. No se puede excluir la influencia de otros factores, incluidos los factores ambientales, por ejemplo, una exposición a algunos posibles agentes infecciosos como Yersinia, Shigella, Salmonella, Campylobacter y Chlamydia, con la hipótesis de péptidos artritogénicos, que son antígenos derivados de estas bacterias. ^{1,6}

Sintomatología

La evaluación, diagnóstico y tratamiento del paciente con espondilitis anquilosante, si constituye uno de los mayores desafíos para los médicos. Es entre la segunda y tercera década de la vida que las primeras manifestaciones de la enfermedad aparecen, existe, además, un subtipo de E.A. de aparición temprana (E.A. juvenil), las mujeres se afectan dos y tres veces menos que los hombres. La pelvis y la columna vertebral se afectan más comúnmente en hombres, En contraste, las mujeres tienen más síntomas en

caderas, pelvis, rodillas, muñecas y tobillos.¹⁰ El curso de la enfermedad es variable: puede manifestar periodos de exacerbaciones y remisiones espontáneas, principalmente al inicio de la afección. En muchos casos puede existir un retardo en el diagnóstico hasta de 5 a 10 años.^{2,7}

La rigidez matinal de más de 30 minutos, que mejora con la actividad física y no con el reposo es la sintomatología característica, incluso los pacientes notan que el dolor aumenta en las noches. Esta lumbalgia es crónica, insidiosa, acompañada con frecuencia de dolor en los glúteos al nivel de las articulaciones sacroiliacas.¹ La afectación axial se presenta como espondilitis, espondilodiscitis y artritis de las articulaciones apofisarias, con dolor lumbar o inflamación en el cuello como síntoma principal⁴ y los pacientes con EA pueden presentar fracturas vertebrales como complicación de la enfermedad.⁸

La evolución suele ser ascendente, afectando progresivamente las columnas dorsal y cervical, contribuyendo al desarrollo de la postura del “esquiador”, caracterizada por la rectificación de la lordosis lumbar, acentuación de la cifosis dorsal y rectificación de la lordosis cervical con proyección cefálica hacia adelante. El proceso inflamatorio puede comenzar en las articulaciones sacroilíacas y extenderse hacia arriba en la columna vertebral y las articulaciones costovertebrales.³

Los signos y síntomas que son conocidos como manifestaciones extraarticulares de la espondilitis anquilosante son los que originan en órganos y tejidos que difieren del aparato locomotor se hallan, al menos en parte, relacionados etiopatogénicamente con la EA. Así, se incluirían las manifestaciones intestinales, oculares, y cardíacas típicas a todas las enfermedades de la familia de las espondiloartritis por su asociación con el HLAB27. Las complicaciones por su parte incluirían aquellas manifestaciones clínicas que son más bien secuelas, fruto de la actividad espondilítica persistente y/o del tratamiento.⁵

Diagnóstico

Para diagnosticar la espondilitis anquilosante existen criterios, características y modificaciones radiológicas indicativas de la enfermedad. Su tratamiento es eminentemente médico y específico y el éxito del mismo depende del diagnóstico temprano.^{2,6}

Existen maniobras clásicas para la sensibilidad en las articulaciones sacroilíacas (Laguerre, Erichsen, Volkman, Patrick y Gaenslen), y la movilidad del tronco se puede evaluar mediante as pruebas de Schober y Shober invertida tanto en la zona torácica como lumbar, la excursión torácica se mide a nivel del cuarto espacio intercostal y debe ser mayor de 2.5 cm. como mínimo.² Por ende, la detección de HLA B-27 y reactantes de fase aguda elevados (PCR, VHS), asociado a hallazgos radiológicos de sacroileítis y manifestaciones características en la columna vertebral como la osificación de ligamentos interespinosos que forman puentes óseos entre las vértebras lumbares, lo que lleva a la apariencia radiológica de una columna de “bambú”. La

afectación cervical va desde una pequeña limitación en el cuello hasta una anquilosis completa.⁴ No existe ningún parámetro específico en el laboratorio. La VSG o la proteína C reactiva pueden estar aumentadas en un porcentaje variable de casos, y su relación es escasa con la clínica de la enfermedad. El factor reumatoide es negativo. El líquido articular tiene componentes inflamatorios con pleocitosis variable y predominio de polimorfonucleares. El diagnóstico es clínico y radiológico. La presencia de síntomas axiales es necesaria junto a la demostración de una sacroilítis radiológica, generalmente simétrica y bilateral. Los criterios diagnósticos utilizados son los de Nueva York.¹⁰

Tabla 2. Criterios modificados de Nueva York para la espondilitis anquilosante, 1984.¹¹

Diagnóstico
<p>Criterios clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rigidez y dolor en la parte baja y rigidez durante más de tres meses que no se alivia con el reposo y mejora con el ejercicio. • Limitación de movimientos en ambos planos, sagital y frontal de la columna lumbar. • A respecto de los valores normales corregidos para edad y sexo hay limitación de la expansión torácica. <p>Criterios radiológicos corregidos para edad y sexo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sacroileítis de grado 2 bilateral • Sacroileítis grados 3 y 4 unilateral
Clasificación
<p>Definida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al menos un criterio clínico se asocia a un criterio radiológico. <p>Probable:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hay 3 criterios clínicos. • Existe el criterio radiológico sin ningún signo o síntoma que satisfaga los criterios clínicos (deben considerarse otras causas de sacroileítis).

Tratamiento

La mayoría de los pacientes con E.A. padecen una enfermedad leve con buen pronóstico funcional y sólo requieren manejo sintomático asociado a la fisioterapia (fortalecimiento muscular, hidroterapia y ultrasonido con aine local).¹⁰

Los AINES vía oral son la primera línea de tratamiento farmacológico, se debe utilizar las dosis óptimas para alcanzar el efecto anti-inflamatorio y no puramente analgésico, en segunda línea tenemos los COX2, tiene menos efectos secundarios. Los corticoides en uso vía oral, infiltración local a venosa y algunos inmunomoduladores considerados DMARDs, son utilizados en caso de fracaso con los AINES. La sulfasalazina han mostrado eficacia en pacientes con E.A. junto al metotrexato. Las terapias biológicas dirigidas al

bloqueo del factor de necrosis tumoral alfa, son eficaces y seguras en estos pacientes. El etanercepto y infliximad en combinación con el metotrexato son utilizados en las formas persistentemente activas de E.A. y refractarias al tratamiento convencional. La cirugía puede estar indicada.

Se ha comprobado que los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF- α) son muy eficaces en la espondilitis anquilosante (EA). Sin embargo, se desconoce por qué hasta el 30% de los pacientes no responden o porque algunos responden inicialmente y luego pierden eficacia o desarrollan reacciones a la infusión. La falta de respuesta al infliximab puede ocurrir debido a la formación de anticuerpos anti-TNF- α descritos en pacientes con artritis reumatoide y enfermedad de Crohn.

Los programas de rehabilitación resultan en el beneficio de los pacientes con EA, especialmente durante el período de su desempeño. Los programas específicos centrados en mejorar el componente de movilidad funcionan mejor.

El tratamiento de los pacientes con EA también es basado en la rehabilitación postural y los músculos flexores y extensores, según el método Global Postural Reeducción (GPR), o a través de 20 ejercicios (movilidad y flexibilidad de la columna cervical, torácica y lumbar; estiramiento del músculo flexor y fortalecimiento de los músculos extensores y ejercicios de capacidad de expansión torácica), determina una mejoría significativa en relación con la situación previa al tratamiento.⁹

CONCLUSIÓN

En suma, el siguiente artículo tuvo como objetivo detallar la evolución clínica atípica de un paciente con espondilitis anquilosante. Con base en la información presentada en este reporte de caso, se entiende que la Espondilitis Anquilosante es una patología reumática crónica que compromete esencialmente las articulaciones y la columna vertebral de manera progresiva, su causa no está definitivamente dilucidada, lo que demuestra la necesidad de estudios que determinen con precisión este tema, sin embargo, algunos autores creen que una de las causas de esta patología es su asociación con el antígeno de histocompatibilidad HLA-B27.

El tratamiento de la EA tiene como propósito reducir los síntomas, mantener la flexibilidad de la columna vertebral, mantener la capacidad de trabajo del individuo y reducir las complicaciones de la enfermedad. El tratamiento farmacológico se realiza principalmente mediante el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) e inhibidores del factor de necrosis tumoral (anti-TNF- α); las terapias realizadas mediante la asociación de ejercicios en tierra y agua, a través de la fisioterapia, también se consideran un tratamiento eficaz para reducir el dolor causado por la EA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González-Rodríguez M, De A, Guerra-Soto J, Guadalupe Corona-Sánchez E, Daniel Rocha-Muñoz A,

Viviana Díaz-González E, et al. Espondilitis anquilosante. Conceptos generales [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 4 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2013/rr133d.pdf>

2. De Jesús González-Macías FJ, Ruiz A, No C, Habitacional U, Ruiz M". Espondilitis anquilosante (EA). Informe de dos casos [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 4 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2008/nnp083-4d.pdf>

3. Oliveira CRD. Espondilite anquilosante y anestesia. Rev Bras Anestesiol [Internet]. 2007 [citado el 15 de octubre de 2022];57(2):214–22. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rba/a/xytsnvm3qL8djNcYbmdDq4S/?lang=pt>

4. Sanhueza Z. A, Prieto R. JC, Weisz C. J, Leiter Herrán F, Soto F. S, Chiang O. F, et al. Espondiloartritis anquilosante: revisión de hallazgos imagenológicos en la columna. Rev chil radiol [Internet]. 2016 [citado el 15 de octubre de 2022];22(4):171–83. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-9308201600040000

5. Gratacós J. Manifestaciones extraarticulares y complicaciones de la espondiloartritis anquilosante. Reumatol Clin [Internet]. 2005 [citado el 15 de octubre de 2022];1(1):25–31. Disponible en: <https://reumatologiaclinica.org/en-manifestaciones-extraarticulares-complicaciones-espondiloartritis-anquilosante-articulo-S1699258X05727091>

6. Pimentel FM, Santos D, Bastos E, Ligeiro D, Mourão AF, Chaves R, et al. Espondilite Anquilosante E Sua Base Genética [Internet]. Arprheumatology.com. [citado el 15 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.arprheumatology.com/oldsite/conteudo/pdfs/ARP_2007_3_243_AR_-_Espondilite_anquilosante.pdf

7. Dos Santos LL, Hoffmeister IZ. Evolución De Un Paciente Con Espondilite Anquilosante: Relato De Caso. ANAIS CONGREGA MIC - ISBN 978-65-86471-05-2 [Internet]. 2017 [citado el 15 de octubre de 2022];0(0):629–30. Disponible en: <http://revista.urcamp.tcche.br/index.php/congregaanaismic/article/view/993>

8. Ferreira ALM, Alvarenga CQ de M, Barcelos G de F, Polito ETL. Espondilite anquilosante. Rev Bras Reumatol [Internet]. 2008 [citado el 15 de octubre de 2022];48(4):243–7. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/JKq4HxdK953ZQztDtVwk9sr/?lang=pt>

9. Sampaio-Barros PD, Keiserman M, Meirelles E de S, Pinheiro M de M, Ximenes AC, Azevedo VF, et al. Recomendações sobre diagnóstico e tratamento da espondilite anquilosante. Revista Brasileira de Reumatologia [Internet]. 2013 Jun 1 [cited 2022 Oct 17];53:242–57. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/Y6T9QFnrh5wTFhLVhv8MSmd/?lang=pt>

10. Santillán JT, Escala Maccaferri A, Díaz Peña J, Miño Garzón A, Dávila Quijano J. Spondilitis Anquilosante. Reporte de un caso. Ankylosing spondylitis. A case report [Internet]. Edu.ec. [citado el 16 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://rmedicina.ucsg.edu.ec/archivo/16.2/RM.16.2.04.pdf>.
11. van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. Arthritis and Rheumatism [Internet]. 1984 Apr 1;27(4):361–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6231933/>