

## Caracterización clínico-epidemiológica de la Espondilitis Anquilosante. Presentación de caso

### Clinical-epidemic characterization of the Espondilitis Anquilosante. Case presentation

Ana Mariam Miranda Jorge<sup>1</sup> , Denis Licea Alfonso<sup>1</sup> , Maiyel Alfonso García<sup>1</sup>  

<sup>1</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba.

---

 **Alfonso García, M.**

**Correo electrónico:**  
[maiyel@infomed.sld.cu](mailto:maiyel@infomed.sld.cu)

---

#### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

---

#### Palabras clave

Espondilitis Anquilosante;  
Factor Genético; Dolor  
Articular.

### Resumen

La espondilitis anquilosante es un reumatismo inflamatorio crónico caracterizado por un compromiso del esqueleto axial, pelvis, columna vertebral y tórax, de forma especial ataca las articulaciones sacroilíacas. Algunos pacientes desarrollan manifestaciones extraarticulares. La característica más frecuentes en pacientes que presentan esta enfermedad es el gen HLA-B27 positivo, por lo que se presenta un caso del sexo femenino diagnosticado con la enfermedad que muestra dicho gen. La valoración, diagnóstico y terapéutica del paciente con esta enfermedad que puede llegar a ser invalidante constituye uno de los mayores desafíos para los médicos por su diagnóstico clínico y radiológico; la misma ha sido el prototipo de las enfermedades inflamatorias del aparato locomotor y el principal objetivo terapéutico que se debe perseguir sería la remisión permanente y sin secuelas de la enfermedad.



## Abstract

The espondilitis anquilosante is a chronic inflammatory rheumatism characterized by a commitment of the axial skeleton, pelvis, spine and thorax, in a special way attack the articulations sacroilíacas. Some patients develop manifestations extraarticulares. The most frequent characteristic in patients that present this illness is the gene positive HLA-B27, for what is carried out the presentation of a case of the feminine sex diagnosed with the illness that presents this gene. The valuation, diagnosis and the patient's therapy with this illness that can end up being invalidante one of the biggest challenges constitute for the doctors being their clinical and radiological diagnosis; the same one has been the prototype of the inflammatory illnesses of the apparatus locomotive and the main therapeutic objective that it should be pursued it would be the permanent remission and without sequels of the illness.

## Keywords

Espondilitis Anquilosante, Genetic Factor, Pain to Articulate.

## Introducción

La espondiloartritis en el adulto comprende un grupo heterogéneo de enfermedades como la espondilitis anquilosante, la artritis psoriásica, la artritis reactiva, las artritis de las enfermedades inflamatorias intestinales y las espondiloartritis indiferenciadas que presentan una serie de características comunes, entre ellas: la asociación con el antígeno HLA B27, la inflamación de entesis axiales y periféricas, la presencia de sacroileítis y la afectación de los segmentos de la columna, la uveítis y la inflamación del tracto gastrointestinal, entre otras.<sup>1,2</sup>

La espondilitis anquilosante (EA) es probablemente el reumatismo más antiguo de la historia de la humanidad, caracterizado por un compromiso del esqueleto axial, pelvis, columna vertebral y tórax; especialmente daña las articulaciones sacroilíacas, localización más constante y característica, tipo inflamatorio crónico,<sup>3</sup> muy frecuente entre las afecciones del SOMA que más se consultan.

Otros autores postulan la asociación probable del factor genético con infecciones intestinales y lesiones inflamatorias del tubo digestivo, así

aumentaría la permeabilidad de la barrera intestinal permitiendo la entrada de gérmenes patógenos y desencadenando la activación de linfocitos T con la consiguiente respuesta inmunitaria anómala.<sup>4</sup>

Está relacionada no sólo con el aumento de niveles séricos de la inmunoglobulina IgG, sino a la estrecha relación con el antígeno HLA-B27, a una mayor actividad de células T, a macrófagos y citoquinas proinflamatorias, al factor de necrosis tumoral y al interferón gamma en el sitio de inflamación.<sup>5</sup>

Otros autores muestran la hipótesis del “péptido artritogénico” indicando una respuesta inmune determinada genéticamente y desencadenada por factores ambientales en individuos predispuestos; plantean bacterias gram negativas que poseen antígenos similares al B27 y producen anticuerpos de reacción cruzada que se fijan a las células HLAB27 positivas y provocarían manifestaciones de la enfermedad, entre ellas la *Klebsiella Pneumoniae*.<sup>6</sup>

La característica más frecuente en pacientes que presentan esta enfermedad es el gen HLA-B27 positivo, por lo que se realiza la presentación de un caso del sexo femenino diagnosticado con la





enfermedad que presenta dicho gen y que por sus síntomas tan frecuentes consultados pasa inadvertida desde su comienzo en la atención a estos pacientes que la portan y así prevenir sus posibles secuelas.

### Presentación del caso

Motivo de ingreso: dolor en cadera, hombros y columna cervical.

Historia de la enfermedad actual:

Se presenta la paciente IJH, femenina de 51 años, blanca, con antecedentes patológicos personales de Espondilitis Anquilosante desde los 16 años de edad para lo cual no ha llevado tratamiento. También sufre de Tiroiditis de Hashimoto desde los 36 años, tomando regularmente Levotiroxina Sódica 1 tableta al día. La misma refiere dolor en el lado derecho de la cadera que abarca también el área del glúteo derecho y se irradia por la parte posterior del muslo del mismo lado hasta la pierna, el que aclara que viene sufriendo hace aproximadamente 10 años, pero aumentó en intensidad hace 3 días, el mismo aparece durante el día o la noche, dura aproximadamente 4 horas, aliviándose con 1 tableta de Paracetamol (500mg). Lo acompaña un dolor en ambos hombros, de aparición brusca alrededor de 5 años atrás, de gran intensidad, irradiado a ambas manos, sufriendo de él una frecuencia aproximada de 3 veces al mes, este aparece en cualquier momento del día y se alivia tomando analgésicos. También presenta dolor en columna cervical que en ocasiones se irradia al resto de la columna, apareció hace aproximadamente 2 meses, insidiosamente, con gran intensidad y duración, el mismo aparece tarde en la madrugada, no encontrando alivio al cambio de posición, sólo al momento del dolor que se alivia medicándose con analgésicos, esto la lleva a ser valorada por el servicio de Medicina Interna del Hospital Arnaldo Milián Castro de Villa Clara que determina su ingreso.

Antecedentes patológicos familiares: nada a señalar

### Examen físico:

Se detecta dolor a la palpación sobre las apófisis

espinosas, a nivel de columna cervical y dorsal. Puntos sacroilíacos positivos. Maniobras de Laségue y Bragard positivas.

En miembro inferior derecho: dolor a la palpación de ambos trocánteres, dolor a la movilización de la rodilla derecha, así como palpación dolorosa de la misma con discreto peloteo rotuliano.

### Exámenes complementarios:

Hemoquímica:

Hb: 11.7 g/L

Plaquetas: 210 x 10<sup>9</sup>/L

Leucograma: 10.0 x 10<sup>9</sup>/L

Glicemia: 5.31 mosmol/L

Cituria: negativo

Ácido Úrico: 293

TGP: 23.3

FAL: 74L

Factor Reumatoideo: negativo

VSG: aumentada

ProteínaCR: aumentada

Colesterol: 5.11

Tg: 0.58 L

VLDL: 0.26

### Estudios imagenológicos:

Rayos x de columna cervical y tórax (AP): una tendencia a la rectificación, cambios artrósicos, osteofitos aislados. ([Anexo 1](#))

Rayos x de ambas manos: se evidencia estrechamiento de las interlíneas articulares a nivel de las articulaciones metacarpofalángicas y interfalángicas proximales.

Rayos x de columna lumbosacra: se observa una escoliosis lumbar, ambas sacroiliacas con esclerosis de los pies de la articulación. Imagen en Bardelet.

Tenía en su Historia Clínica Individual: Determinación del antígeno HLA B27: positivo.

### Tratamiento

Se prescribió para el dolor 2 tabletas cada 8 horas de Dipirone (300 mg), 1 tableta cada 6 horas de Indometacina y 1 tableta (500mg) de Metocarbamol cada 8 horas; así como complejo vitamínico vía intramuscular, 3 veces por semana





hasta 10 dosis; se le recomendó usar bolsas frías 3 ó 4 veces al día durante 20 minutos.

## Discusión

La EA es una patología de etiología desconocida cuyas principales alteraciones se producen en las zonas de inserción de ligamentos y tendones en el hueso (entesis), en la membrana sinovial y en el cartílago articular. Se considera que afecta más frecuentemente a los varones (en una relación de 3:1 respecto de las mujeres), aparece normalmente entre los 20-30 años de vida;<sup>1</sup> su prevalencia varía según zona geográfica, etnia, factores genéticos y ambientales, persistiendo aún muchos factores que se desconocen.<sup>2</sup>

Su prevalencia global es de 0.1 a 0.2% estas cifras han permanecido estables por décadas en diferentes regiones (Escandinavia, Europa Central, Estados Unidos) y por su fuerte asociación con el HLA B27 se han estudiado las disparidades geográficas asociadas a variaciones en su distribución, encontrando rangos de prevalencia de 0.86 a 1.5%.<sup>3</sup>

La investigación de la EA revela el papel del antígeno de histocompatibilidad HLA-B27, molécula capaz de acoplar un péptido en su interior permitiendo la posterior activación del linfocito T imprescindible para el reconocimiento de lo propio y lo ajeno por parte del sistema inmune,<sup>5</sup> y la paciente presenta este gen.

Presentar en el organismo este antígeno supone una probabilidad de 1-2% de padecerla, que puede aumentar hasta el 10-20% si existe un familiar de primer grado padeciendo la enfermedad.<sup>4</sup> Lo interesante es que alrededor del 80-95% de las personas caucasoides con EA presentan positividad para HLA B27, por lo que establecer una relación entre su presencia y el desarrollo de la enfermedad aún ha sido objetivo de investigaciones.<sup>7</sup>

De existir determinados síntomas, variaciones en parámetros bioquímicos y ciertos signos radiológicos, existiría un indicador que

contribuiría al diagnóstico definitivo, e incluso podría ser útil en su diagnóstico diferencial.<sup>6</sup>

Los síntomas suelen iniciarse en el esqueleto axial; las manifestaciones clínicas como dolor lumbar, rigidez, inflamación articular y pérdida de la función derivan de las lesiones inflamatorias: entesitis, osteítis y sinovitis, y de cambios estructurales óseos como los sindesmofitos.<sup>3</sup>

Hallazgos como la anquilosis generalizada, la presencia de puentes óseos intervertebrales o la afectación de la cadera indican gravedad de la enfermedad.<sup>8</sup>

El daño esquelético puede manifestarse como erosión, pero es la neoformación ósea en forma de entesopatías calcificantes (axial o periférica) y la anquilosis ósea la marca distintiva en la enfermedad, para lo cual existe una clasificación radiológica utilizada en algunos estudios en los que se consideraba como enfermedad avanzada aquellos con estadio IV o V.<sup>7</sup>

Estadio I: grado II o mayor sacroilítis radiológica bilateral.

Estadio II: afectación de la columna mínima en  $\leq 1$  segmento ( $\leq 3$  vértebras equivalente al  $< 15\%$  de la columna vertebral).

Estadio III: afectación de la columna moderada en  $\leq 2$  segmentos ( $\leq 4-12$  vértebras equivalente al  $15-50\%$  de la columna vertebral).

Estadio IV: afectación de la columna en  $> 2$  segmentos espinales ( $\leq 13-19$  vértebras equivalente al  $50-80\%$  de la columna vertebral).

Estadio V: fusión espinal extensa equivalente a  $\geq 80\%$  de la columna vertebral ( $\geq 20$  vértebras).

La lesión inicial característica en la columna vertebral es la erosión de los extremos anteriores de las plataformas vertebrales por entesitis en la zona de inserción del anillo fibroso discal en el cuerpo vertebral (signo de Romanus).<sup>3</sup> La erosión borra los extremos de la concavidad que forma la cara anterior del cuerpo vertebral y conforma un cuerpo vertebral cuadrado (squaring). Con el tiempo la osificación reactiva invade las fibras más externas del anillo fibroso discal y tiende a formar un puente entre dos vértebras contiguas: es el





denominado sindesmófito, que suele aparecer inicialmente en la zona de transición dorsolumbar. En fases avanzadas la sindesmofitosis se aprecia a lo largo de toda la columna, que adopta un contorno ondulado (columna salomónica o en caña de bambú).<sup>7</sup> En algunos casos la erosión de las inserciones del anillo discal se generaliza a las plataformas vertebrales de dos vértebras contiguas dando una imagen de discitis. La artritis interapofisaria posterior es característica. Con frecuencia en la región cervical la sinóstosis de dichas articulaciones es la primera lesión visible en la espondilitis.<sup>3</sup>

En las demás articulaciones las imágenes radiológicas suelen diferir de las de la artritis reumatoide e incluyen: lesiones asimétricas, escasa osteoporosis periarticular, presencia de periostitis, tendencia a la anquilosis y escasas erosiones y deformidad residual. La calcaneítis con erosiones y esclerosis es frecuente, incluso en ausencia de síntomas locales. No existe ningún parámetro específico en el laboratorio. La VSG o la proteína C reactiva están aumentadas en un porcentaje variable de casos, y su correlación es escasa con la actividad clínica de la enfermedad. El factor reumatoide es negativo. El líquido articular es inflamatorio con pleocitosis variable y predominio de polimorfonucleares.<sup>9</sup>

El diagnóstico es clínico y radiológico. Es necesaria la presencia de síntomas axiales junto a la demostración de una sacroilitis radiológica, generalmente bilateral y simétrica.<sup>8</sup>

La exploración de la columna lumbar puede ser normal en esta fase o mostrar una restricción de la movilidad como consecuencia de una contractura muscular paravertebral refleja y, por tanto, potencialmente reversible. El síndrome sacroilíaco constituye una de las formas clásicas de presentación. Aparece dolor en el cuadrante superointerno de la nalga, que irradia a la cara posterior del muslo hasta la rodilla simulando una ciática. Con frecuencia es bilateral siendo típico que el dolor salte de una a otra articulación sacroilíaca (sacroilitis basculante). El dolor puede aumentar con la tos o estornudo y provocar

cojera.<sup>5</sup>

Otras veces se caracterizan por la presencia de dolor en una u otra nalga a causa de la inflamación de las articulaciones sacroilíacas, que hacen que se exacerbe y el paciente se despierte de madrugada, también puede mejorar con el movimiento,<sup>9</sup> características que se encuentran en esta paciente. Igualmente se destaca la presencia de cansancio y trastornos del sueño, debido a la presencia de dolor nocturno junto con la rigidez y el dolor crónico característico de esta enfermedad.<sup>1</sup>

Generalmente estos pacientes que sufren de EA lo primero que notan en las fases iniciales suele ser un dolor lumbosacro crónico, el cual suele referirse en la zona glútea y puede ser unilateral o bilateral, un dolor de tipo inflamatorio, que se manifiesta de forma engañosa, lenta y gradual, sin poder detallar con exactitud el instante en el que comenzó el síntoma; y pudiéndose confundir con el dolor radicular debido a que a veces se irradia a la zona pélvica y/o extremidades inferiores; por su parte el dolor máximo suele surgir entre las últimas horas de la noche y primeras de la madrugada;<sup>5</sup> síntomas que fueron destacados por la paciente del presente caso.

Al investigar a la paciente se observó una hemoglobina ligeramente disminuida siendo su valor de 11.7 g/L lo que indica anemia ligera, que no necesariamente se relaciona con la entidad, a pesar de la teoría causal ambiental.<sup>4</sup>

La mayoría de los pacientes con EA padecen una enfermedad leve con buen pronóstico funcional y sólo requieren manejo sintomático asociado a la fisioterapia: fortalecimiento muscular, hidroterapia y ultrasonido con antiinflamatorios no esteroideos (AINES).<sup>9</sup> En el tratamiento se recomienda, por un lado los AINES para lograr reducir e incluso eliminar la inflamación articular, aliviando el dolor y la rigidez, permitiendo un apropiado reposo nocturno, la realización de ejercicio, mantener una buena postura y desarrollar las actividades de la vida diaria, y en los casos necesarios se realizará cirugía.<sup>10</sup>

Los AINES por vía oral son la primera línea de





tratamiento farmacológico, se deben utilizar dosis óptimas para alcanzar el efecto antiinflamatorio y no puramente analgésico, y los secundan los corticoides, también uso oral, o por infiltración local o vía endovenosa dependiendo el cuadro agudo de dolor, utilizados en caso del fracaso con AINES, a pesar del cotejo de efectos secundarios que pueden provocar.<sup>10</sup>

Las terapias biológicas dirigidas al bloqueo del factor de necrosis tumoral alfa, son eficaces y seguras en estos pacientes, se plantean el etanercept o el infliximad en combinación con el metotrexato en las formas persistentemente activas de EA y refractarias al tratamiento convencional.<sup>6</sup>

## Conclusiones

La valoración, diagnóstico y terapéutica del paciente con EA constituye uno de los mayores desafíos para los médicos de los diferentes niveles de atención; su diagnóstico clínico se confirma por estudios radiológicos, por lo que debe detectarse tempranamente desde sus primeros síntomas, máxime en presencia del antígeno HLA B27.

Para ofrecer una mejor calidad de vida a quien la sufre se requiere una adecuada educación precoz de la misma tanto al paciente como a su familia, porque el objetivo terapéutico ideal a perseguir en las EA sería la remisión permanente y sin secuelas de la enfermedad.

## Referencias bibliográficas

1. Blanco BA, Piojan C, Valero M, Villalobos-Sánchez L, Vázquez M. Espondiloartritis axial. Espondilitis Anquilosante. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [Internet]. 2021 [citado 29 may. 2021];13(29):p.1611-1622. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541221000718>
2. Lescano Ruíz MA, Solís Carta U, Rosero Mera LP. Reporte de necrosis avascular en un paciente con espondilitis anquilosante. Rev Cuba Reumatología [Internet]. 2019 [citado 30 may. 2021]; 21(Suppl1):p.68. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&id=S1817-9962019000400019&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1817-9962019000400019&lng=es)
3. Rodríguez Guillén LA, Hernández Pupo A, Guerrero Cruz L. Espondiloartritis cervical e hipertrofia del ligamento Amarillo. Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología [Internet]. 2020 [citado 29 may. 2021]; 34(2). Disponible en: <http://www.revortopedia.sld.cu/index.php/revortopedia/article/view/234>
4. Valdez-López SM, García-Magallanes N, Bojórquez-Sánchez C, Zambrano-Zaragoza JF, Romo-Martínez EJ. Asociación del polimorfismo inserción/delección en el gen ECA con espondilitis anquilosante. Revista de Ciencias Farmacéuticas y Biomedicina [Internet]. 2020 [citado 29 may. 2021]:p. 35. Disponible en: <https://www.rcfb.uanl.mx/index.php/rcfb/article/view/300>
5. Valero Expósito M, Terán Tinedo MA, Blanco Cáceres BA, Bachiller Corral J, Revenga Martínez M. Espondiloartritis. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [Internet] 2021 [citado 29 may. 2021];13(29): p. 1599-1610. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541221000706>
6. Arce S, Lombas M, Ustar C, Castell C, Almaguer M, Ballester JM. Antígeno HLA-B27 como marcador genético en la espondilitis anquilosante. Rev. Cubana Med [Internet]. 2020 [citado 30 may. 2021];19(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/1487>
7. Suárez Martín R, Molinero Rodríguez C, Prada Hernández D, López Mantecón AM, Lemagne Pichardo Y. Formación de hueso nuevo y Espondilitis Anquilosante. Rev Cubana de Reumatología [Internet]. 2012 [citado 30 may 2021]; 14(20):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/9>
8. Solís Cartas U, Morejón Gómez JA, de Armas Hernández A. Ankylosing Spondylitis and Illness of Von Recklinhausen. An uncommon association. Rev Cubana de Reumatología [Internet]. ago 2014 [citado 30 may





- 2021];16(2): p.240-244. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext  
&pid=S1817-59962014000200010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962014000200010&lng=es)
9. Blanco Purroy MJ. Efectividad de la hidroterapia en pacientes con espondilitis anquilosante: Revisión sistemática. BS thesis [Internet]. may 2016 [citado 20 may. 2021]. Disponible en:  
<http://hdl.handle.net/10459.1/58900>
10. Moreno M, Arévalo M, Zamora M, Pontes C, Olivia JC, Gratacós J. Comparación de la actividad de la enfermedad en pacientes de Espondilitis anquilosante con terapia de anti-RNF o AINE. ¿Existe alguna diferencia? Estudio observacional. Reumatología clínica [Internet]. 2021 [citado 28 may. 2021]; 17(4): p.192-196. Disponible en:  
<https://medes.com/publication/159939>

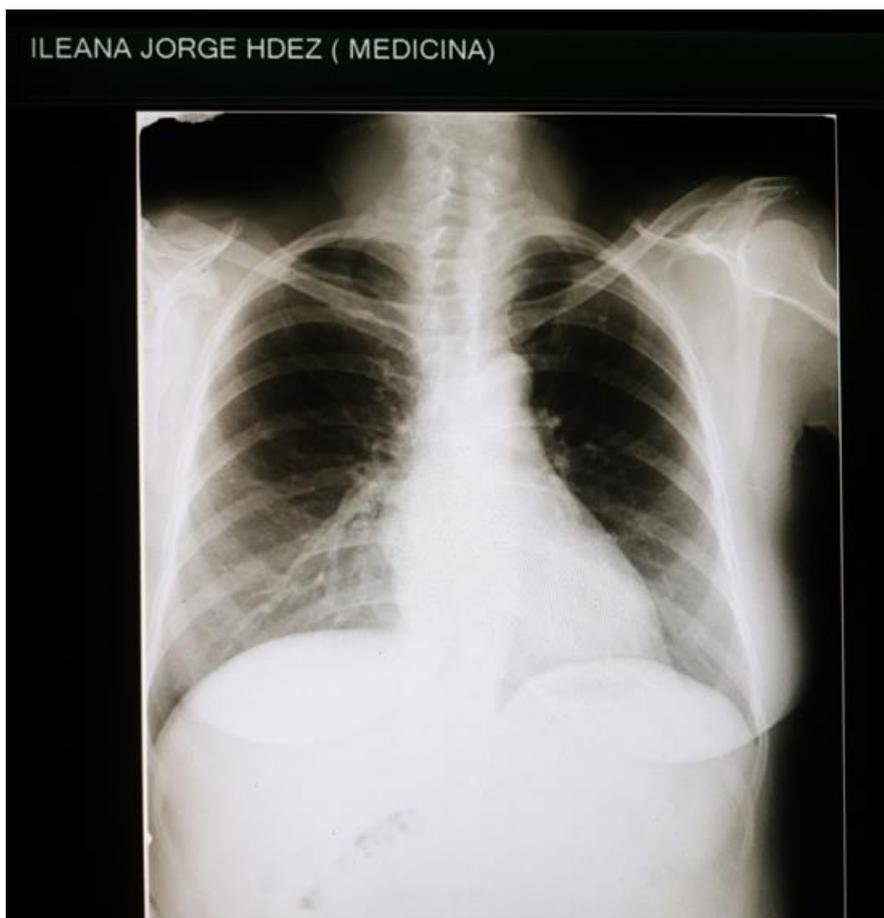
#### Contribución de los autores

**Ana Mariam Miranda Jorge:** Responsable del caso. Revisión bibliográfica y redacción del informe final.

**Denis Licea Alfonso:** Revisión bibliográfica y redacción del informe final.

**Maiyel Alfonso García:** Revisión bibliográfica y revisión del informe final.

## Anexo 1



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento No Comercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

