

Espondiloartropatía Entérica. Presentación de un Caso

LISSETTE MARÍA VALLE R.,¹ CARLOS ALBERTO RODRÍGUEZ A.,² RAYLEN ESCOBAR R.,³ EDDY SORROCHE D.⁴

Enteric Spondyloarthropathy. A Case Presentation

Summary

Seronegative arthropathies or spondyloarthropathy belong to a group of diseases that share clinical and genetic characteristics associated strongly with major histocompatibility complex class I HLA-B27. We report a case of a female patient of 39 years old with nightly back pain, morning stiffness and diffuse lumbar pain in the right buttock. In the immunological study observed negative rheumatoid factor and radiographic study observed right sacroiliitis. The final diagnosis is an enteric spondyloarthropathy.

Keywords: Seronegative arthropathies, spondyloarthropathies, enteric spondyloarthropathy.

Resumen

Las artropatías seronegativas o espondiloartropatías corresponden a un grupo de enfermedades que comparten características clínicas y genéticas, asociadas fuertemente con el complejo mayor de histocompatibilidad clase I HLA-B27. Se presenta el caso de una paciente de 39 años con dolor lumbar nocturno, rigidez matutina lumbar y dolor difuso en la región glútea derecha. En el estudio inmunológico se observa factor reumatoideo negativo, y al estudio radiológico se constata sacroileítis derecha. El diagnóstico final es una espondiloartropatía entérica.

Palabras clave: Artropatías seronegativas, espondiloartropatías, espondiloartropatía entérica.

INTRODUCCIÓN

Las espondiloartropatías son un grupo de trastornos inflamatorios crónicos que afectan principalmente el esqueleto axial y las articulaciones, presentándose en un 0,2% a un 1% de la población, con una diferencia de 3:1 hombre/mujer. Se caracterizan por tener factor reumatoide negativo, una fuerte asociación familiar y muchas veces se acompañan de manifestaciones extra-articulares.⁽¹⁻³⁾

Hasta el momento se desconoce con certeza la patogenia de estas enfermedades; se han planteado varias hipótesis, no excluyentes entre ellas, basadas principal-

mente en la participación del antígeno leucocitario humano HLA-B27.^(1,2,4)

Este grupo está compuesto por cinco patologías: la espondilitis anquilosante, la artritis psoriática, la espondiloartropatía con enfermedad inflamatoria intestinal o entérica, la artritis reactiva, que incluye la enfermedad de Reiter, y la espondiloartropatía indiferenciada.^(1,4-6)

Dentro de las espondiloartropatías, las seronegativas comparten características clínicas y genéticas, acompañándose en algunos casos de dactilitis, compromiso cutáneo, inflamación ocular e intestinal.^(1,7)

¹ Doctora en Medicina. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus. E-mail: lisette@ucm.ssp.sld.cu ² Doctor en Medicina. Especialista de Primer Grado en Reumatología. Máster en Medicina Bioenergética. Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico "Camilo Cienfuegos". Sancti Spíritus. ³ Licenciado en Ciencias Farmacéuticas. Máster en Investigación y Desarrollo de Medicamentos. Asistente. Investigador Agregado. Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus. E-mail: raylener@ucm.ssp.sld.cu ⁴ Médico General Básico. Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico "Camilo Cienfuegos". Sancti Spíritus.

En Cuba existen pocos estudios que aporten estadísticas sobre las espondiloartropatías en general; por ello, el objetivo fundamental de este artículo es divulgar un caso mediante la descripción de la evolución de una paciente joven con limitantes funcionales.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una mujer de 39 años de edad, profesional, con antecedentes familiares de abuela y madre con diagnóstico de artritis reumatoide. En el año 2010 comienza con cuadro diarreico agudo seguido de conjuntivitis y 17 días más tarde presenta talalgia, fascitis plantar y artritis inflamatoria en maléolos externos y rodilla derecha.

Un mes después de iniciados los síntomas y no presentar mejoría clínica con tratamiento sintomático, acude a la consulta de Reumatología, donde en la exploración física destacaba dolor a la palpación y movilización de tobillos, rodilla y cadera derecha, además de edema maleolar. En los estudios de laboratorio se detectó: Velocidad de sedimentación globular (VSG): 81. El resto de la analítica rutinaria, hemograma, Factor Reumatoideo, Anticuerpos Antinucleares, Inmunocomplejos circulantes, C3, C4 y serologías a *Brucella* y *Salmonella* fueron negativos. En las radiografías se apreciaban cambios degenerativos de columna cervical y lumbar, rectificación de la columna lumbosacra, estrechamiento posterior del espacio lumbosacro, rotación inicial de los cuerpos vertebrales lumbares y esclerosis de los bordes con disminución de la interlínea articular de la sacroilíaca derecha con irregularidad marcada de la cresta ilíaca (Figura 1). En el examen oftalmológico se diagnostica queratoconjuntivitis en forma de infiltrados subepiteliales y se aísla en exudado vaginal un *proteus vulgaris*.



Figura 1.

De acuerdo a los hallazgos obtenidos, primeramente se diagnostica un Síndrome de Reiter, iniciando tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos y corticoides tópicos oculares. Meses después los síntomas mejoraron, la VSG era de 18 y se suspendió tratamiento.

Tres meses más tarde presentó claudicación de la marcha, tenía artritis de ambos tobillos, talalgia, dolor lumbar difuso, dolor en el glúteo derecho y rigidez del tronco con rectificación de la columna cervical y lumbar; además, el cuadro diarreico tenía más de cuatro meses de evolución (más de seis deposiciones al día) y presentaba úlceras orales. La VSG era de 43, el hemograma y resto de la analítica fueron normales, en Resonancia Magnética Nuclear de columna vertebral se diagnostican hernias discales anterolaterales derechas a nivel de C3-C4 y L3-L4 de 9 mm en el canal; se realiza tránsito intestinal y biopsia de yeyuno compatible con una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que afectaba principalmente yeyuno e ileon terminal (Enfermedad de Crohn). Comienza tratamiento con 2 g diarios de mesalazina (antiinflamatorio intestinal). Los síntomas han mejorado, persistiendo rigidez matutina y cambios artríticos crónicos.

DISCUSIÓN

Es evidente que la paciente tenía una espondiloartropatía negativa; la incidencia de las espondiloartropatías que comienzan en personas en el grupo de edad de 25-44 años se ha estimado en 26,19/100.000. Estas patologías se caracterizan por la ausencia de autoanticuerpos, y la presencia de una fuerte asociación con la molécula HLA-B27, aunque la expresión de ésta no es suficiente, por sí sola, para presentar la enfermedad, por lo que son necesarios gatillantes ambientales para que se produzca la patología, al igual que en la mayoría de las enfermedades autoinmunes. ⁽²⁾

Es necesario saber distinguir entre las diferentes patologías que conforman el grupo de las espondiloartropatías, ya que muchas veces el tratamiento y el pronóstico son diferentes. En un primer momento se pensó en un Reiter por la triada artritis, vaginitis y conjuntivitis, además por la presencia de fascitis plantar, sacroileítis, oligoartropatías inflamatorias y la queratitis en forma de infiltrados subepiteliales, que, aunque es rara, puede presentarse en esta patología. ⁽⁸⁾

Posteriormente la paciente presentó signos y síntomas que nos hicieron pensar en otro tipo de espondi-

loartropatía, lo cual fue confirmado mediante estudio histopatológico.

La presencia de compromiso articular y periarticular es la comorbilidad más frecuente de las enfermedades inflamatorias del tubo digestivo, con una prevalencia oscilante entre el 2% y 26%. La artritis periférica es la más frecuente (5% a 20%). Suele ser mono u oligoarticular, asimétrica y predomina a nivel de rodillas y tobillos. ^(9,10)

Un estudio realizado en Chile de 109 pacientes describió que el 5,5% de su muestra representó pertenecer a espondiloartritis asociada a EII, demostrando la infrecuencia de esta patología; aunque en este estudio esta enfermedad estuvo dentro de las más frecuentes. ⁽¹¹⁾

Las condiciones reumatológicas asociadas a la EII se pueden dividir en cuatro categorías: una forma de artritis periférica, una de espondilitis asociada o no a sacroileítis, una de sacroileítis aislada y una cuarta categoría que incluye, entre otras, manifestaciones menos comunes, como lesiones dérmicas, oftálmicas, periostitis, vasculitis y osteoporosis.

Las manifestaciones extraintestinales de la EII o entérica se presentan en el 21% a 36% de los pacientes, y prácticamente cualquier órgano o sistema puede estar comprometido. La más frecuente es la artritis periférica; en general, ocurre junto o luego del primer brote digestivo. En este caso, ocurrió unas dos semanas después. Mientras en la colitis ulcerosa crónica existe una relación entre los brotes y la gravedad de la enfermedad intestinal y los episodios de artritis, ésta no es tan clara en la Enfermedad de Crohn. ^(9,10)

La pérdida de peso, muchas veces con déficit de vitamina B12, es otra manifestación extraarticular del Síndrome de Crohn, sobre todo cuando afecta el íleon terminal; la paciente que atendemos, por el contrario, es obesa grado I, y en la evolución de la misma ha mantenido un índice de masa corporal de 31,8.

La queratitis que hay en la paciente, aunque acompaña a muchas enfermedades autoinmunes, no suele acompañar a la EII.

La paciente presenta una sacroileítis con dolor del glúteo derecho. Radiológicamente se documenta sacroileítis en 14%-20%, la distribución por sexos es similar y, al contrario que la afección periférica, es independiente del curso de la enfermedad intestinal. La inflamación sacroiliaca se manifiesta con dolor de glúteo uni o bilateral, o alternante.

El dolor raquídeo es de tipo inflamatorio, lo que sig-

nifica que aparece en el reposo, por lo que el paciente sufre más durante la noche, y disminuye con el ejercicio. La rigidez matinal del tronco es una característica distintiva que puede durar a veces varias horas, como en el caso aquí expuesto.

El diagnóstico de artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal se basa en criterios clínicos y radiológicos que están detallados en los criterios del grupo europeo de estudio de las espondiloartropatías (ESSG) y en los criterios de Amor. Éstos son utilizados con fines de investigación, muy específicos pero poco sensibles, por lo cual si se utilizan como herramienta diagnóstica se perderá la identificación de las formas iniciales. ⁽⁹⁾

Según estos criterios de clasificación, se diagnostica una espondiloartropatía si la suma de los puntos de los 12 criterios es mayor o igual a 6 unidades, la sensibilidad de este proceso es del 90 % y la especificidad, del 86,6 %. ⁽¹²⁾ La paciente en estudio, por su sintomatología, presenta 15 unidades, de ahí la importancia clínica de este caso.

Respecto a la mejoría de las espondiloartropatías, se ha reportado en menos de un mes para el 50% de los pacientes, un 25% mejora al segundo mes, otro 20% antes de un año y sólo un 5% presenta una artritis crónica. ⁽¹⁾ En el caso en cuestión la paciente presentó mejoría de sus síntomas después de los tres meses y ha sufrido recaída intestinal esporádica y limitaciones funcionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vergara P. Patogenia de las Artropatías Seronegativas. Rev. Chil. Reumatol. 2009; 25(2):88-99. Disponible en: www.sochire.cl/bases/r-388-1-1343744126.pdf
2. Landaeta MV. Comprendiendo la inmunopatogenia de las Artropatías Seronegativas. Rev. Chil. Reumatol. 2010; 26(2):168-180. Disponible en: www.sochire.cl/bases/r-427-1-1343745518.pdf
3. Ruta S, Mendonça JA, De la Cruz LB, Cerón Villaquirán CE, Chiapas Gasca K. La Ecografía en las Espondiloartropatías Seronegativas: Rol y Avances. Rev. Chil. Reumatol. 2012; 28(3):142-150. Disponible en: www.sochire.cl/bases/r-577-1-1363351892.pdf
4. Romero Sánchez C, Londoño J, De Ávila J, Valle Oñate R. Biomarcadores en espondiloartropatías. Rev. Med. Chile 2010; 138:1179-1185. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n9/art15.pdf>
5. Pérez-Templado H, Oleada L, Pomés J, Berenguer J, Olondo M, et al. Espondiloartropatía seronegativa en RM: ¿cuándo pensar en ella? Radiología 2012; 54(2):165-71. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90123613&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=119&ty=115&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=119v54n02a90123613pdf001.pdf

6. Ruiz Santiago F, Guzmán Álvarez L, Tello Moreno M, Navarrete González PJ. La radiografía simple en el estudio del dolor de la columna vertebral. *Radiología* 2010; 52(2):126-37. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13149304&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=119&ty=88&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=119v52n02a13149304pdf001.pdf
7. Gómez Puerta JA, Musuruana J, Sáez C, Cervera R, Font J. Sarcoidosis como espondiloartropatía seronegativa. *Biomédica* 2005; 25:435-8. Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/1369/1484>
8. Benítez del Castillo JM, Díaz Valle D, Pato E, López Abad C, Alejandro N. Enfermedades articulares y uveítis. *An. Sist. Sanit. Navar.* [Internet]. 2008 [citado 2014 Dic 08]; 31 (Supl. 3): 83-95. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v31s3/original8.pdf>
9. Maciel G, Corbacho I. Artritis asociadas a enfermedades inflamatorias intestinales. *Tendencias en Medicina* 2008; 33:109-13. Disponible en: http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes33/art_17.pdf
10. Guillén Vindas S. Absceso del psoas en paciente con Enfermedad de Crohn. *Medicina Legal de Costa Rica* 2014; 31 (1): 122-28. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v31n1/art13v31n1.pdf>
11. Gutiérrez MA, Pérez C, Saavedra J, Silva F, Fuentealba C, Pozo P, et al. Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): Chile. *Reumatol Clin.* 2008; 4 (Supl 4):S41-7. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13130695&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=273&ty=118&accion=L&origen=reuma&web=www.reumatologiaclinica.org&lan=es&fichero=273v4nExtra.4a13130695pdf001.pdf
12. Casas Figueredo N. Espondiloartropatías: Utilidad de los criterios de clasificación. *Rev. Cubana Med* [Internet]. 2007 (Mar) [citado 2014 Sep 26]; 46(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232007000100001&lng=es.