

CASO CLINICO

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE JUVENIL EN MUJER DE 26 AÑOS DE EDAD

Univ. Gabriel Yopez León*
Univ. Nelson Zamora Rodríguez*
Univ. Mario Yucra Camargo**
*Estudiante del 4to Curso de Medicina - UMSA
Miembro Titular SCEM - UMSA
** Estudiante del 4to Curso de Medicina - UMSA

Asesor: Dr. Rolando Troche
Medico Reumatólogo del Servicio de Medicina Interna, Pabellón Británico
Hospital de Clínicas Universitario

RESUMEN

Paciente femenino de 26 años de edad, procedente del Perú, que presenta espondilitis anquilosante juvenil con afectación articular lumbosacra y coxofemoral con evolución de 12 años.

Palabras Clave: Espondilitis anquilosante juvenil, mujer, articulación, lumbosacra, coxofemoral.

ABSTRACT

26 years old girl, born in Peru, suffers espondilitis juvenile anquilosante that affects lumbosacra and coxofemoral articulation of evolution 12 years old.

Key Words: Espondilitis juvenile anquilosante, women, lumbosacra, coxofemoral, articulation.

INTRODUCCION

La espondilitis anquilosante (EA) es un tipo particular de artritis del grupo de las artritis seronegativas, que afecta especialmente a las articulaciones de la columna vertebral y las sacroilíacas, con frecuencia afecta también a otras articulaciones, como las rodillas, los tobillos, los dedos de los pies, las caderas y la caja torácica. Cuando comienza antes de los diecisiete años de edad se la llama espondilitis anquilosante juvenil (EAJ).

La EAJ y las enfermedades relacionadas a ella son poco frecuentes pero constituyen una proporción importante de todos los jóvenes con artritis crónicas. La EAJ puede ocurrir en 1 de cada 1.000 niños, y aparece mucho más frecuentemente en niños que en niñas 60% a 80%, de 7 a 16 años de edad en la pubertad o la adolescencia.

La causa de la EAJ es desconocida. Sin embargo, los niños que heredan un gen llamado HLA B27 de uno o ambos padres están más predispuestos a desarrollar la enfermedad que aquellos niños que no lo tienen. Por otro lado, la EAJ es rara en los niños blancos que tienen el gen HLA B27 (aproximadamente un 8% de la población normal tiene este gen). La sola presencia del HLA B27 no causa enfermedad por sí mismo. Es posible que una infección bacteriana del tracto intestinal o del genito-urinario pueda disparar el inicio de la EA.

Las manifestaciones más habituales son oligoartritis de miembros inferiores, entesitis sin fenómenos extrarticulares y condritis. La prevalencia del antígeno B27 en pacientes con esta enfermedad, que se conoce también con el nombre de síndrome SEA (seronegatividad, entesopatía, artropatía), es

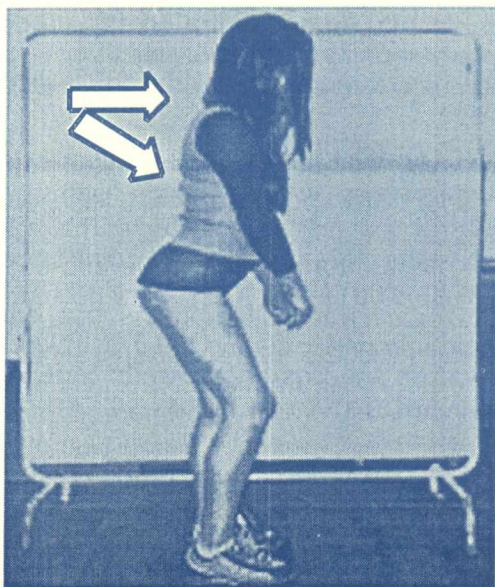
aproximadamente del 80%. Muchos de estos pacientes, pero no todos evolucionan hacia una espondilitis anquilosante típica al final de la adolescencia o en la edad adulta.

CASO CLINICO.

Paciente femenino de 26 años de edad que ingresa al hospital de clínicas de la ciudad de La Paz con antecedentes de un proceso crónico desde la edad de 14 años, iniciándose en el año 1994 con dolor cervical de leve a moderada intensidad exacerbándose con la movilización activa y pasiva, que evolucionó haciéndose más intensa y continua.

En los dos años siguientes presentó dolor lumbar con limitación funcional dolorosa tanto a los movimientos activos y pasivos, sobre todo a las inflexiones laterales, dificultándose la ambulación. Se internó por vez primera recibiendo metotrexato 5 mg/día, prednisona y AINE.

En el año 2001 presentó dolor pungitivo en la articulación de la cadera izquierda con limitación funcional dolorosa.



Fotografía 1. Columna dorsal con incremento de la cifosis y columna lumbar con incremento de la lordosis fisiológica.

Fuente: Propia

En los siguientes tres años el cuadro clínico doloroso se hizo más intenso y constante. Hace un año presentó mayor limitación funcional y rigidez a nivel de columna cervical, dorsal y lumbar, perdiendo en forma progresiva

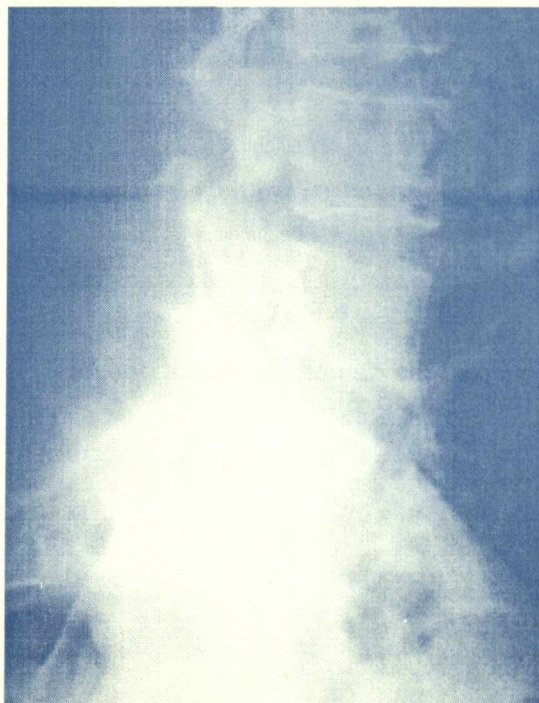
la **movilidad** de las articulaciones **coxofemorales** asociado a dolor localizado en **regiones de articulaciones sacroilíacas**.

Ingresa en el **servicio** medicina interna del pabellón británico del Hospital de Clínicas Universitario de La Paz, Bolivia, con importante dificultad para la marcha basculando la pelvis por anquilosis de ambas articulaciones coxofemorales; refería que el dolor no cedía con el tratamiento instaurado en su primera internación.

EXAMEN FÍSICO.

Se observó postura del esquiador; columna dorsal con incremento de la cifosis y columna lumbar con incremento de la lordosis fisiológica, (fotografía 1) con importante limitación funcional a movimientos activos y pasivos.

En miembros superiores se evidenció limitación funcional de la articulación glenohumeral derecha para todos los arcos de movilidad desde los primeros grados.



Rad.1 Proyección Lat. Rectificación de la lordosis fisiológica lumbar. Cuerpos vertebrales cuadrados o cuadratura de vértebras (squaring).

Fuente: Propia

En miembros inferiores, las articulaciones coxofemorales presentan bloqueo para todos

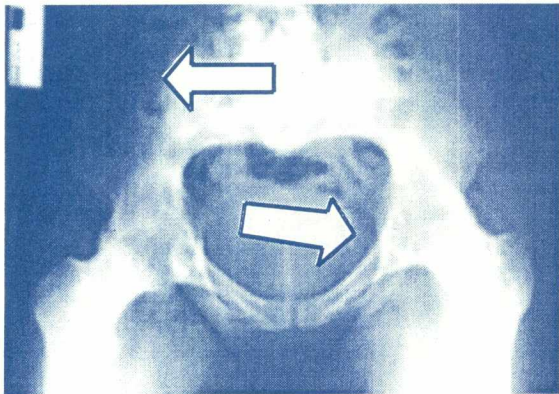
los arcos de movilidad. La movilización pasiva se acompañaba de báscula pélvica.

MANIOBRAS: Distancia dedo-suelo 31 cm. Prueba de Schöber 3/5 cm. Distancia occipucio pared (arco y flecha de Forestier) 33 cm. Distancia mentón manubrio-esternal 4 cm.

LABORATORIO: VES (velocidad de eritroc sedimentación) 70 mm (VN:10 mm).

RADIOGRAFIA: Rectificación de la lordosis fisiológica lumbar. (rad. 1) Cuerpos vertebrales dorsales cuadrados o cuadratura de vértebras (squaring). (rad. 1) Disminución de la densidad ósea. (rad. 1)

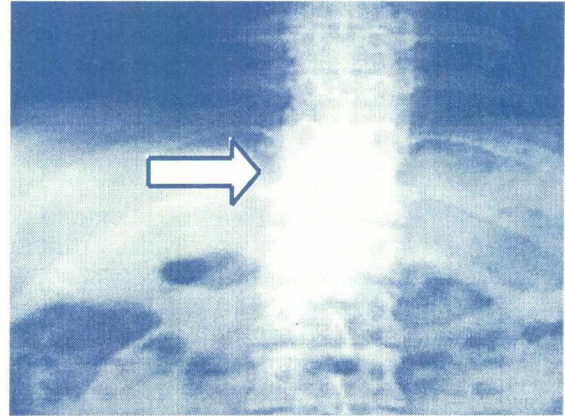
Presencia de sindesmofitos. Anquilosis de articulaciones lumbrosacra y coxofemorales. (rad. 2).



Rad.2 Proyección AP. La flecha de color blanco indica anquilosis de la articulación lumbo-sacra, la flecha de color amarillo la anquilosis de la articulación coxo-femoral.

Fuente: Propia

Signo de tren de riel, de tranvía (fusión vertebral). (rad. 3).



Rad.3 Proyección AP. Observamos columna vertebral en tren de riel. (Fusión vertebral).

Fuente: Propia

DISCUSIÓN

El tratamiento para esta patología es, fundamentalmente, sintomático utilizando AINE para el alivio del dolor y benzodiazepinas para aliviar la contractura muscular paravertebral con lo que se evidenció una mejoría notable.

Actualmente se encuentra en espera de la implantación de prótesis articulares para ambas coxofemorales y así mejorar la calidad de vida.

CONCLUSIÓN

La espondilitis anquilosantes juvenil es una patología que, por los datos epidemiológicos ya citados presenta bajas incidencia y prevalencia en el sexo masculino y aún menos en mujeres a edades tempranas, que, con el añadido de haber cursado el presente caso con rápida anquilosis articular en caderas, lo hace interesante para su estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Restrepo, Jorge. 1998. FUNDAMENTOS DE LA MEDICINA REUMATOLOGÍA. CORPORACION DE INVESTIGACIONES BIOLOGICAS MEDELLIN COLOMBIA.
2. Sociedad Española de Reumatología. 1996. MANUAL DE ENFERMEDADES REUMATICAS. MOSBY/DOYMA SA MADRID ESPAÑA.
3. Kelley's. 2003. REUMATOLOGIA MARBAN LIBROS SL. MADRID ESPAÑA.
4. Rotes Querol Jaime. 1983. MANUAL DE REUMATOLOGIA CLINICA. ESPAXS SA. MADRID ESPAÑA.
5. Jürgen Hetten Kofer Hans. 1991. RHEUMATOLOGIE DIAGNOSTIK-KLINIK-THERAPIE ANCORA SA. BARCELONA ESPAÑA.
6. Vidal Nerra Luís. 1993. BASES Y PRINCIPIOS EN REUMATOLOGIA AMISTAD. LIMA PERU.
7. Harrison T.R. 2001. PRNCIPIOS DE MEDICINA INTERNA MC GRAW HILL MADRID ESPAÑA.
8. Rozman Farreras. 2000. MEDICINA INTERNA HARCOURT MADRID ESPAÑA.