

Revista Cubana de *Reumatología*

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen XVII, Número 2, Suplemento 1; 2015 ISSN: 1817-5996
www.revreumatologia.sld.cu



ESTUDIO DE CASOS

Mielorradiculopatía espondilótica secundaria a espondilitis anquilopoyética. Presentación de un caso

Myeloradiculopathy spondylotic secondary to ankylosing spondylitis. Report of a case

Yanileydys Hernández Muñiz ^I, Ricardo Suárez Martín ^{II}, Roberto Torres Carballeira ^{III}, Ana Marta López Mantecón ^{IV}

^I Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y 1er Grado en Reumatología.

^{II} MSc, Especialista de 1er Grado en Medicina Interna y 2do Grado en Reumatología.

^{III} Especialista de 2do Grado en Reumatología.

^{IV} MSc, Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y 1er Grado en Reumatología.

Centro de Reumatología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Facultad de Ciencias Médicas 10 De Octubre, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, La Habana, Cuba.

RESUMEN

La espondiloartritis anquilosante pertenece al grupo de las espondiloartropatías. Se trata de un grupo heterogéneo de enfermedades relacionadas entre sí en vez de una misma enfermedad con diferentes manifestaciones clínicas. Las espondiloartropatías debutan generalmente en la segunda década de la vida, alrededor del 80 % de los pacientes desarrollan los primeros síntomas antes de los 30 años, y menos de un 5 % de los pacientes inician los síntomas después de los 45 años. Se presenta un paciente del sexo masculino de 76 años de edad con manifestaciones neurológicas secundarias a una espondiloartritis anquilosante.

Palabra clave: espondiloartritis anquilosante, espondiloartropatías.

RESUMEN

Ankylosing spondylitis belongs to the spondyloarthropathy group. It is a heterogeneous group of interrelated rather than a single disease with different clinical conditions. Spondyloarthropathies generally debut in the second decade of life, about 80% of patients develop the first symptoms before age 30, and less than 5% of patients the symptoms begin after age 45. Male patient of 76 years with neurological symptoms secondary to ankylosing spondylitis occurs.

Palabras clave: ankylosing spondylitis, spondyloarthropathies.

INTRODUCCIÓN

La espondiloartritis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica asociada con el antígeno leucocitario humano (HLA-B27) de etiología desconocida. Generalmente, afecta a las articulaciones sacroilíacas en las primeras fases y, más tarde, puede evolucionar afectando al esqueleto axial.

La afectación de las articulaciones periféricas puede ser también un componente importante de la enfermedad. La espondilitis anquilopoyética puede acompañarse de manifestaciones clínicas extraesqueléticas, como uveítis anterior aguda, insuficiencia valvular aórtica, defectos de la conducción cardíaca, fibrosis de los lóbulos pulmonares superiores, afectación neurológica y amiloidosis (secundaria) renal.

La EA pertenece al grupo de las espondiloartropatías. Se trata de un grupo heterogéneo de enfermedades relacionadas entre sí en vez de una misma enfermedad con diferentes manifestaciones clínicas.¹

Las espondiloartropatías debutan generalmente en la segunda década de la vida, alrededor del 80 % de los pacientes desarrollan los primeros síntomas antes de los 30 años, y menos de un 5 % de los pacientes inician los síntomas después de los 45 años.²

Se presenta un paciente con manifestaciones neurológicas secundarias a una espondilitis anquilopoyética, en quién, el inicio de los síntomas tardíos, contribuyó al desarrollo de complicaciones neurológicas.^{3,4}

Resumen de historia clínica:

Historia de la enfermedad actual

Paciente M, M, 76 años con antecedentes de DM, HTA, bocio multinodular que acude refiriendo trastornos de la marcha de unos 2 años de evolución. En octubre del 2009 el paciente refiere que de forma lenta comienza a instaurarse adormecimiento en ambos miembros inferiores, con sensación quemante en planta de los pies y región tibial posterior, que fue empeorando progresivamente en el transcurso de días y se asoció a sensación opresiva, como si tuviera una banda ajustada en las piernas hasta la raíz de los muslos, así como rigidez y dificultad para la deambulación, quedando casi inválido durante un mes. Simultáneamente presentó sintomatología sensitiva similar en miembros superiores pero más débiles, con parestesias en pulpejos de los dedos, lo que provocaba que se le cayeran objetos de las manos al paciente.

Estos síntomas fueron mejorando con recaídas más menos cada 1 ó 2 meses. Se recoge el antecedente de cervicalgia con irradiación a columna dorsal.

Anamnesis remota:

El paciente refiere que antes de jubilarse trabajó durante muchos años como albañil. Refiere que alrededor de los 48 años inicia con dolor lumbar de carácter inflamatorio, pero que en varias ocasiones fue valorado por ortopedia como una radiculitis lumbar secundaria a oficio desempeñado por el paciente.

Interrogatorio por aparatos:

Genitourinario: incontinencia urinaria de unos 2 años de evolución.

Digestivo: constipación de unos 2 años de evolución.

Examen físico datos positivos:

Sistema Nervioso Central: Fuerza muscular: disminuida en miembros inferiores proximal 3-4/5, disminuida en miembros superiores distal (dedos de las manos).

Trofismo: atrofia de fibras posteriores del deltoides, bíceps y tríceps a predominio izquierdo, interóseos donde se aprecian fasciculaciones

Tono: aumentado en miembros inferiores (espasticidad grado II).

Reflejos: hiperreflexia OT con reflejos poliginéticos en 4 extremidades, Hoffman bilateral asimétrico derecho, clonus a la supinación del brazo derecho, no Babinski. Reflejos aquilianos disminuidos respecto al resto.

Sensibilidad superficial: disminuida en bota y en guante simétrica.

Sensibilidad profunda: apalestesia en dedos de los pies con nivel de hipopalestesia maleolar. Apalestesia de espinas ilíacas que se recupera D8.

Sistema osteomioarticular (SOMA)

Columna vertebral: cifosis dorsal alta armónica. Lordosis cervical compensatoria. Expansibilidad torácica: 2 cm. Schober: 2 cm. Occipucio pared: 2 cm.

Tomografía axial computarizada (TAC) de columna cervical: marcados cambios degenerativos osteoartrosicos con signos de osteoporosis, osificación del ligamento anterior y

posterior, osteofitos anteriores y posteriores, erosión y esclerosis de las plataformas articulares con signos degenerativos discales que producen estenosis marcada del canal. Además se observa protrusión discal C6-C7.

TAC de columna dorsal, dorsolumbar y lumbar: marcados cambios degenerativos con sindesmofitos y osificación del ligamento anterior y posterior, a predominio dorsal. Disminución de los espacios lumbares con osteofitos anteriores y posteriores. Marcada estenosis del canal medular. Cambios sugestivos de espondilitis anquilopoyética. [Figura 1, Figura 2 y Figura 3]

US del tiroides: aumento de tamaño a predominio de LD con múltiples imágenes nodulares isoecoicas bien definidos, halo hipercoico, algunos con degeneración quística, la mayor mide 17-20-23 mm, a unos 2 cm de piel. LI de características similares. No adenopatías. ID: bocio adenomatoso con degeneración quística.

Figura 1. TAC de columna dorsal: cifosis dorsal alta armónica. Puentes óseos anteriores.



EMG: evidencia de cambios neurógenos crónicos avanzados, patrones intermedios, lo cual sugiere cambios reinervativos lentamente progresivos, que pueden guardar relación con el envejecimiento y el entrenamiento físico, pero en los miotomas C6 izquierdo y C8/Th1 derecho, son más pronunciados, tal vez en relación con compresión radicular, pero sin otra evidencia más objetiva de daño actual o reciente de raíces en dichos segmentos.

Existe déficit de activación sobretodo en músculos dependientes de segmentos medulares cervicales bajos del lado derecho, lo cual puede estar en relación con déficit en SNC. También se encuentran incrementos de la excitabilidad motoneuro axonal en ambos miembros superiores.

Figura 2. TAC de columna dorsolumbar: marcados cambios degenerativos con sindesmofitos y osificación del ligamento anterior y posterior, a predominio dorsal.



ECN: ausencia de respuestas en miembros inferiores. Cubital disminución PAS y disminución de la amplitud PP, cubital con prolongación del LMA.

Conclusión: lesión axonal sensitiva distoproximal (m inf) por DM, con lesión distal axonomielínica del cubital (probable neuropatía lunar en muñeca).

TAC de cráneo: signos de atrofia cortical difusa y cerebelosa. No otras alteraciones en el estudio.

Impresión diagnóstica:

- Mielorradiculopatía espondilítica secundaria a espondilitis anquilopoyética.
- Polineuropatía sensitiva crónica del diabético.

- Mononeuropatía axonomielínica lunar en muñeca.

Figura 3. TAC de columna lumbar: Disminución de los espacios lumbares con osteofitos anteriores y posteriores. Marcada estenosis del canal medular. Cambios sugestivos de espondilitis anquilopoyética.



DISCUSIÓN

El diagnóstico oportuno de los pacientes depende de un buen interrogatorio y examen físico. La EA casi nunca aparece después de los 40 años.

Sin embargo, hay casos de EA de inicio tardío. En estos casos, puede haber poca o ninguna afectación clínica del esqueleto axial, pero el paciente puede presentar oligoartritis moderada con recuento celular bajo en el líquido sinovial y edema con fovea en las extremidades inferiores.³

En la práctica clínica, es importante tener en cuenta que los criterios de clasificación de la EA, [Tabla 1] no funcionan bien cuando se utilizan para el diagnóstico precoz.⁴⁻⁶

Las limitaciones funcionales aumentan con la duración de la enfermedad. El daño estructural que se observa en las radiografías no está directamente relacionado con la función física, ni con la movilidad vertebral. Incluso cuando las radiografías no muestran ninguna alteración de la columna, puede haber una reducción importante en la movilidad de ésta, y, por el contrario, los pacientes que presentan

alteraciones radiográficas graves pueden funcionar bastante bien en las actividades de la vida diaria.⁵⁻⁷

Tabla 1: Criterios diagnósticos para la espondiloartritis anquilosante.

Roma, 1961
Criterios clínicos
1. Lumbalgia y rigidez lumbar de más de 3 meses de evolución, que no mejoran con el reposo 2. Dolor y rigidez en la región torácica 3. Limitaciones de la movilidad en la columna lumbar 4. Limitaciones en la expansión torácica 5. Antecedentes o evidencia de iritis o sus secuelas
Criterios radiológicos
6. Las radiografías muestran alteraciones sacroilíacas bilaterales características de la espondiloartritis anquilosante (la presencia de este criterio excluye el diagnóstico de artrosis bilateral de las articulaciones sacroilíacas)
El diagnóstico de espondiloartritis anquilosante es definitivo si: 1. Hay evidencia de sacroilítis bilateral de grado 3 o 4 y, al mismo tiempo, se cumple al menos uno de los cinco criterios clínicos 2. Se cumplen al menos cuatro de los cinco criterios clínicos
Nueva York, 1966
Diagnóstico
1. Limitación en el movimiento de la columna lumbar en los tres planos: flexión anterior, flexión lateral y extensión 2. Dolor en la unión dorsolumbar o en la columna lumbar 3. Limitación en la expansión torácica a 2,5 cm o menos medido a nivel del cuarto espacio intercostal
Gradación de los hallazgos radiológicos
Normal, 0; sospechoso, 1; sacroilítis mínima, 2; sacroilítis moderada, 3; anquilosis, 4
El diagnóstico de espondiloartritis anquilosante es definitivo si: 1. Existe sacroilítis de grado 3 o 4 y se cumple al menos uno de los tres criterios clínicos 2. Existe sacroilítis unilateral de grado 3 o 4 o sacroilítis bilateral de grado 2 y se cumple el criterio clínico 1 o los criterios clínicos 2 y 3 El diagnóstico de espondiloartritis anquilosante es probable si: Existe sacroilítis bilateral de grado 3 o 4 y no se cumple ninguno de los tres criterios clínicos
Nueva York modificado, 1984
Criterios
1. Lumbalgia de al menos 3 meses de duración que mejora con el ejercicio y no se alivia con el reposo 2. Limitación en la movilidad de la columna vertebral lumbar en los planos sagital y frontal 3. Disminución de la expansión del tórax comparada con el valor normal para la edad y sexo del paciente 4. Sacroilítis bilateral de grado 2 a 4 5. Sacroilítis unilateral de grado 3 o 4 El diagnóstico de espondiloartritis anquilosante es definitivo si existe sacroilítis unilateral de grado 3 o 4 o sacroilítis bilateral de grado 2 a 4 y cualquier criterio clínico

Los datos recientes indican que el pronóstico funcional de la EA puede ser peor de lo que se ha venido pensando durante muchos años. Las tasas de invalidez laboral permanente en

los pacientes que tenían un trabajo remunerado oscilan el 10 % después de 20 años de duración de la EA hasta el 30 % a los 10 años, dependiendo de las características de los pacientes incluidos y del sistema de seguridad social considerado.⁸

La afectación neurológica en la EA puede deberse a fracturas, inestabilidad, compresión o inflamación. Los accidentes de tráfico o los traumatismos de poca importancia pueden provocar fracturas de la columna vertebral. Los niveles C5-C6 y C6-C7 son los afectados con más frecuencia.⁸

Al igual que ocurre en la artritis reumatoide, en la espondilitis anquilopoyética puede observarse subluxación de la articulación atloaxoidea, subluxación atlooccipital y subluxación superior del axis como consecuencia de la inestabilidad provocada por el proceso inflamatorio. La subluxación atloaxoidea anterior espontánea es una complicación bien conocida que se produce en, aproximadamente, el 2 % de los pacientes y se manifiesta clínicamente con o sin signos de compresión de la médula espinal. Se observa con más frecuencia en los pacientes con espondilitis y artritis periférica que en los que sólo tienen afectación axial.^{8,9}

Las complicaciones neurológicas secundarias a compresión son la osificación del ligamento longitudinal posterior (que puede provocar mielopatía compresiva), las lesiones destructivas de los discos intervertebrales y la estenosis de la columna vertebral.

El síndrome de la cola de caballo es una complicación rara pero grave de la espondilitis anquilopoyética de larga evolución. Afecta a las raíces de los nervios lumbosacros, y produce dolor y pérdida de la sensibilidad, pero, en muchos casos, se observa también sintomatología vesical e intestinal. Se produce incontinencia fecal y vesical, impotencia eréctil y anestesia en silla de montar de inicio gradual y, en algunos casos, abolición del reflejo miotáctico del tobillo. Los síntomas motores, cuando se presentan, son de naturaleza leve.⁹

Las técnicas de imagen modernas, tales como la TAC y la resonancia magnética, posibilitan el diagnóstico preciso y no invasivo de esta complicación.^{10,11}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Casals-Sánchez JL, Prous MJGDY, Gallego MÁD, Olmos JMB, Ortells LC, García CH, Grupo de Estudio emAR II.

Características de los pacientes con espondiloartritis seguidos en unidades de reumatología en España. Estudio emAR II. Reumatología Clínica. 2012;8(3):107-13.

2. Casas Figueredo N, Vidal Rojas J, Pérez Campos D, Castell Pérez C, Gutiérrez Rojas Á. Capacidad funcional y factores asociados en pacientes con espondilitis anquilopoyética. *Revista Cubana de Medicina. 2014;53(1):50-60.*
3. Ulloa MD. Paciente con espondilitis anquilopoyética y fractura cervical: retardo de consolidación en un tratamiento conservador resuelto con teriparatida. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 2011;55(5):378-81.*
4. Freire M, Rodríguez J, Möller I, Valcárcel A, Tornero C, Díaz G, Paredes S. Prevalence of symptoms of anxiety and depression in patients with psoriatic arthritis attending rheumatology clinics. *Reumatología Clínica. 2011;7(1):20-6.*
5. Zárate-Kalfópulos B, Jerez-Saldaña O, Romero-Vargas S, Juárez-Jiménez HG, Rosales-Olivarez LM. Enfermedad de Forestier. Reporte de un caso y revisión bibliográfica. *Cir Cir. 2012;80:451-4.*
6. Gutiérrez JC, Estévez EC. (2013). Protocolo diagnóstico de la cervicalgia inflamatoria. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2013;11(31):1949-53.*
7. Santillán JT, Maccaferri AE, Peña JD, Garzón AM, Quijano JD. Espondilitis anquilosante. Reporte de un caso. *Revista Medicina. 2011;16(2):103-11.*
8. Sanz JS. Papel de la RMN en el diagnóstico y evolución de las espondiloartritis. *Reumatología Clínica. 2012;8:37-41.*
9. Ponce EC, Corlay RER. Síndrome de cauda equina secundario a hematoma epidural espontáneo. *Presentación de un caso clínico. An Med (Mex). 2014;59(4):304-9.*
10. Santiago FR, García MC, Álvarez LG, Moreno MT. Tomografía computarizada y resonancia magnética en las enfermedades dolorosas del raquis: aportaciones respectivas y controversias. *Radiología. 2011;53(2):116-33.*
11. Ramos RL, Armán JA, Galeano NA, Hernández AM, Gómez JG, Molinero JG. Absorciometría con rayos X de doble energía. *Fundamentos, metodología y aplicaciones clínicas. Radiología. 2012;54(5):410-23.*

Los autores refieren no tener conflicto de intereses

Recibido: 6 de marzo de 2015

Aprobado: 24 de abril de 2015

Publicado: 31 de mayo de 2015

Contacto para la correspondencia: *Dra. Yanileydys Hernández Muñiz*. E-mail: Yanileydys@infomed.sld.cu
Centro de Reumatología. Avenida 10 de Octubre No 122, esquina Buenos Aires, Cerro. La Habana, Cuba.