

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: A PROPOSITO DE UN CASO

* Dr. Ariosto Rosado

** Dra María García

+ Dr. José Tallaj

++ Dra Alicia Nova

Resumen

Presentamos el caso de un paciente masculino de 34 años de edad quien por tres años ha padecido de un cuadro consistente en dolor lumbosacro progresivo que aumenta con el reposo y disminuye con la actividad física, se acompaña de dolor cervical y limitación progresiva de los movimientos de estas articulaciones.

Fue precedido por dos años de edema bilateral y simétrico de los tobillos y rodillas.

Al examen físico presentaba signo de Gaenslen y test de Schober positivos, así como limitaciones a la flexión lateral del tronco y de la expansión torácica.

Los estudios radiográficos mostraron sacroileitis marcada así como fibrosis y osificación de la columna cervical.

Espondilitis anquilosante

Abstract

We present the case of a 34 years old patient that for three years had a clinical picture of progressive lumbosacral pain aggravated by rest and aliviated by physical activity. Cervical pain and progressive limitation of the movements of these joints were also present.

Bilateral edema of ankles and knees preceded the picture for three years.

On physical examination the Gaenslen' sign and Schober' test were positive, as were limitations of the thoracic expansion and the lateral movements of the trunk.

Radiographic studies show marked sacroileitis and fibrosis and osification of the cervical column.

Ankylosing spondylitis

* Del Patronato de Investigaciones Clínicas, Hospital Regional Universitario José María Cabral y Baez, Santiago, R.D.

** Del Patronato Cibao Pro-rehabilitación de Inválidos, Santiago R.D.

+ De la Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, Santiago R.D.

++ Del Departamento de Radiología, Hospital Regional Universitario José María Cabral y Baez, Santiago R.D.

INTRODUCCION

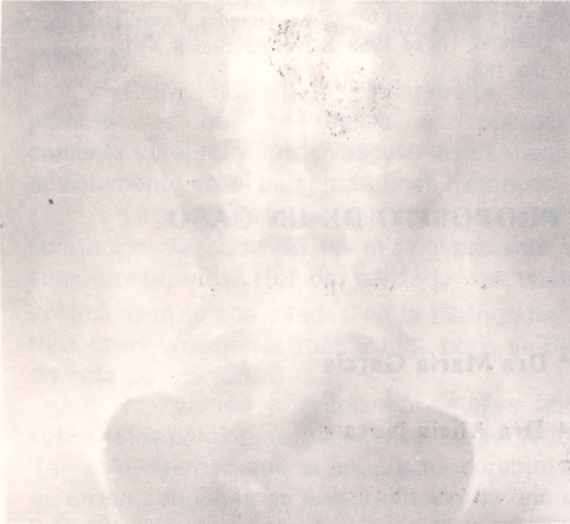


FIGURA No. 1.- RADIOGRAFIA AP DE LA PELVIS CON MARCADA ESCLEROSIS E IRREGULARIDADES DE LOS BORDES ARTICULARES SACROILIACOS. ADEMAS PRESENTA FUSION SACROILIACA LIGERA.

La espondilitis anquilosante, antiguamente conocida como Espondilitis Reumatoidea, Enfermedad de Bekhterev o Enfermedad de Marie-Strumpell es una patología crónica inflamatoria de etiología desconocida que afecta principalmente el esqueleto axial y las grandes articulaciones proximales, sobretodo la sacroiliaca.¹⁻²

Presenta de manera característica una marcada tendencia hacia la fibrosis, osificación y anquilosis de las articulaciones afectadas. Usualmente aparece entre la segunda y tercera década de la vida, con predilección por el sexo masculino y la raza blanca.

Se asocia de manera importante al antígeno de histocompatibilidad B 27.

Junto a la Artritis enteropática, Artritis psoriática y Síndrome de Reiter, pertenece al grupo de las espondiloartropatías seronegativas.

PRESENTACION DE CASO

Paciente masculino de 34 años de edad el cual inició hace cinco años con episodios de artralgias y edema simétrico bilateral progresivo de tobillos y rodillas que incrementaban con los cambios de temperatura, asociados a rigidez matutina.

Desde hace tres años presenta dolor lumbosacro progresivo, el cual aumenta con el

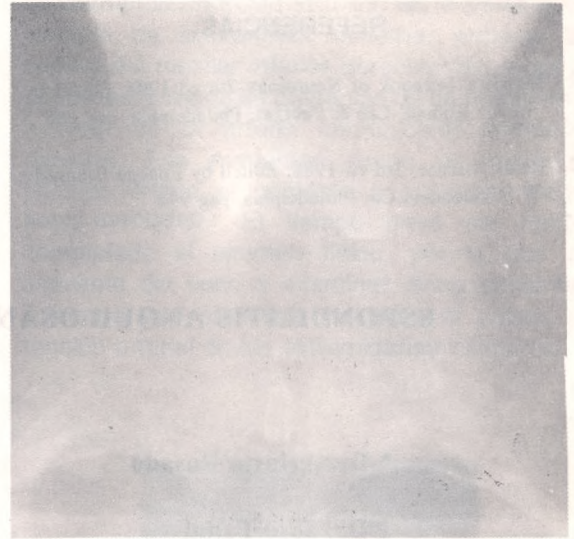


FIGURA No. 2.- RADIOGRAFÍA AP DE LA COLUMNA CERVICAL MOSTRANDO PUENTES INTEROSEOS E INTERARTICULARES BILATERALES (SINDESMOFITOS), PRODUCIENDO FUSION SIMETRICA INTERARTICULAR (COLUMNA DE BAMBU) CARACTERISTICOS DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE.

reposo prolongado y disminuye con la actividad física, acompañándose de dolor cervical y limitación progresiva de los movimientos de



FIGURA No. 3.- RADIOGRAFIA LATERAL DEL CUELLO DE NUESTRO PACIENTE MOSTRANDO CAMBIOS IGUALES A LOS DE LA FIGURA No. 2.

estas articulaciones. Refiere episodios de fiebres ligeras y dolor torácico en los últimos meses.

Al examen físico presenta dolor sacro-iliaco al realizar compresión lateral pélvica.

Si se colocaba el paciente en el borde de la camilla en posición supina con las rodillas flexionadas y uno de los glúteos sobre el borde de la mesa, al dejar caer la pierna no apoyada se producía dolor en la articulación sacroiliaca contralateral. (Signo de Gaeslen positivo).

A nivel de la columna vertebral se observa limitación de los movimientos de flexión lateral, comprobados al colocar el paciente en posición erecta y realizarle marcas en el torax lateral derecho a nivel de la cresta iliaca y del xifoesternón. La distancia entre las dos marcas con el paciente en máxima flexión lateral hacia el lado izquierdo aumentaba 2 cm, cuando debía aumentar > 3 cm

La columna vertebral también presentaba limitación en los movimientos hacia delante comprobado al colocar el paciente en posición erecta y realizarle dos marcas sobre la columna, una sobre la unión lumbo-sacra y la segunda 10 cm mas arriba. La distancia entre las dos marcas con el paciente en máxima flexión hacia delante

aumentaba 3 cm, cuando el aumento debía ser > 5 cm con respecto a la medida inicial. (Test de Schober positivo).

La expansión torácica también estaba limitada, pues al medir la circunferencia torácica a nivel de el 4to espacio intercostal izquierdo en inspiración normal y pedirle al paciente que realizara una inspiración profunda al máximo de su capacidad, la circunferencia aumentaba solo 2 cm, cuando lo menos que debía aumentar era 5 cm. Esto es señal de afección costovertebral importante.

Los estudios radiográficos mostraron una marcada sacroileitis (Fig No. 1), así como fibrosis y osificación de la columna cervical (Fig No. 2 y No. 3)

REFERENCIAS

- 1.- Paget S, Pellici P, Beary J. Manual of Rheumatology and outpatient orthopedic disorders. Diagnosis and therapy 1993, 3rd Edition, Little Brown and Co. Philadelphia.
- 2.- Wilson et al. Harrison's Principles of Internal Medicine 1991, 12th edition, Mc Graw Hill, New York.