



Espondilitis Anquilosante juvenil

Juvenile ankylosing spondylitis

Espondilite Anquilosante Juvenil

Hugo Esteban Segarra Lima ^I

esteb18hug@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-6430-3874>

Yessenia Magaly Cruz Castillo ^{II}

yessemallito@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-4642-885X>

Correspondencia: esteb18hug@hotmail.com

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

* **Recibido:** 23 de julio de 2022 * **Aceptado:** 12 de agosto de 2022 * **Publicado:** 21 de septiembre de 2022

- I. Estudiante de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato, Interno Rotativo de Medicina del Hospital General Docente Ambato, Ambato, Ecuador.
- II. Médico Especialista en Medicina Interna del Hospital General Docente Ambato, Docente de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador.

Resumen

La espondilitis anquilosante Juvenil es una artritis inflamatoria crónica inmunomediada incluida en el llamado grupo de espondiloartropatías de inicio juvenil. Por lo general, se desarrolla en varones menores de 16 años afectando principalmente al esqueleto axial y las articulaciones sacroilíacas, siendo el dolor de espalda crónico y la rigidez progresiva de la columna las características más comunes de la patología. El siguiente es el caso de un adolescente de 15 años de edad con dolor crónico de 3 años de evolución a nivel lumbar de moderado a gran intensidad de tipo inflamatorio que empeora con el reposo y mejora con consumo de Antiinflamatorios no esteroideos que se acompaña de dolor articular en rodillas. En el país, actualmente es una patología cuyos casos son infrecuentes que no cuenta con datos específicos, sumado a una etiología idiopática con una patogénesis no definida del todo, razón por la cual es muy importante la realización de un diagnóstico oportuno en base a una historia clínica detallada apoyada con los estudios complementarios necesarios para así poder llegar a un diagnóstico precoz evitando así la progresión a complicaciones mediante la aplicación de un tratamiento eficaz de la patología.

Palabras Clave: espondilitis anquilosante juvenil; espondiloartropatía; antígeno leucocitario humano-B27.

Abstract

Juvenile ankylosing spondylitis is an immune-mediated chronic inflammatory arthritis included in the so-called juvenile-onset spondyloarthropathies group. It usually develops in males under 16 years of age, mainly affecting the axial skeleton and the sacroiliac joints, with chronic back pain and progressive spinal stiffness being the most common characteristics of the pathology. The following is the case of a 15-year-old adolescent with chronic pain of 3 years of evolution at the lumbar level of moderate to great intensity of inflammatory type that worsens with rest and improves with the consumption of non-steroidal anti-inflammatory drugs that is accompanied by pain. articulate at the knees. In the country, it is currently a pathology whose cases are infrequent that does not have specific data, added to an idiopathic etiology with a pathogenesis not fully defined, which is why it is very important to make a timely diagnosis based on a history Detailed clinic supported with the necessary complementary studies in order to reach an early diagnosis, thus avoiding progression to complications through the application of an effective treatment of the pathology.

Keywords: juvenile ankylosing spondylitis; spondyloarthropathy; human leukocyte antigen-B27.

Resumo

A espondilite anquilosante juvenil é uma artrite inflamatória crônica imunomediada incluída no chamado grupo das espondiloartropatias de início juvenil. Geralmente desenvolve-se em homens com menos de 16 anos de idade, afetando principalmente o esqueleto axial e as articulações sacroilíacas, sendo a dor lombar crônica e a rigidez progressiva da coluna as características mais comuns da patologia. A seguir, o caso de um adolescente de 15 anos com dor crônica de 3 anos de evolução ao nível lombar de moderada a grande intensidade do tipo inflamatório que piora com o repouso e melhora com o consumo de anti-inflamatórios não esteroidais que é acompanhada de dor articular nos joelhos. No país, atualmente é uma patologia cujos casos são pouco frequentes que não possuem dados específicos, somados a uma etiologia idiopática com patogênese não totalmente definida, razão pela qual é muito importante fazer um diagnóstico oportuno com base em uma história clínica detalhada apoiado com os estudos complementares necessários para chegar a um diagnóstico precoce, evitando assim a progressão para complicações através da aplicação de um tratamento eficaz da patologia.

Palavras-chave: espondilite anquilosante juvenil; espondiloartropatia; antígeno leucocitário humano-B27.

Introducción

Se conoce como Espondilitis anquilosante juvenil (EAJ) a la forma definida de la espondiloartropatía de inicio juvenil que afecta a menores de 16 años, caracterizada por inflamación de las articulaciones del esqueleto axial (vertebral y sacroilíacas), con rigidez axial acompañante (1). En muchas ocasiones va precedida de síntomas y signos aislados de entesitis y artritis. El diagnóstico se realiza de acuerdo con los criterios elaborados para la Espondilitis Anquilosante (EA) del adulto. Con frecuencia se acompaña de artritis periférica, entre un 5 y un 10% de los pacientes con enfermedad activa presentan síntomas sistémicos; un 20%, uveítis aguda, y hasta el 80%, alteraciones inflamatorias intestinales inespecíficas (2).

La incidencia estimada de la espondiloartropatía juvenil varía entre 1,4 y 2,1 casos por cada 100.000 niños/año, según los diferentes estudios (3). La prevalencia de EAJ tiene una clara

correlación con la tasa positiva de antígeno leucocitario humano (HLA-B27) en poblaciones específicas. Son más frecuentes en hombres que en mujeres, con una proporción 3:1. El principal factor de riesgo genético asociado a este grupo de enfermedades es el HLA-B27 (4). Sin embargo, hay que tener en cuenta que hasta el 8% de la población sana posee este alelo. Así, la probabilidad de desarrollar EA en un paciente HLA-B27 positivo es del 1-5%, aunque en caso de tener un familiar de primer grado diagnosticado de esta enfermedad aumenta hasta un 15-20% (4). En este reporte se da a conocer el caso de un adolescente de 15 años de edad con presencia de dolor crónico inflamatorio de esqueleto axial de 3 años de evolución, en el cual, se busca determinar cómo se presenta la enfermedad en pacientes jóvenes y así comprender más a fondo la patología sobre todo en cuanto a los métodos de diagnóstico más importantes y en base a estos poder determinar cuál es el tratamiento óptimo a realizarse en este tipo de pacientes (5).

Reporte de caso

El presente es un caso de un adolescente de 15 años de edad, nacido y residente en la ciudad de Ambato sin antecedentes personales, patológicos, familiares o socioeconómicos de importancia, quien refiere dolor en región lumbar de moderada a gran intensidad de tipo inflamatorio que empeora durante las noches o con el reposo y mejora al levantarse o al realizar actividad física o con el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), además presencia de dolor articular en rodillas de iguales características inflamatorias de 3 años de evolución. Acuden a médicos particulares de manera reincidente por persistencia de cuadro clínico, el cual mejoraba temporalmente con la prescripción de antiinflamatorios.

El 13 de julio de 2021 acude a consulta externa del Hospital General Docente Ambato, se revisa historia familiar en busca de algún componente hereditario, sin embargo, indica negatividad en cuanto a patologías de columna. Al examen físico presenta Test de Schober positivo, alteración en la posición con presencia de distancia occipucio pared de 5 cm, maniobra de Fabere positivo, signo de flecha de Forestier positivo. En exámenes complementarios se evidencia: (tabla 1).

Tabla 1. Exámenes complementarios

EXAMEN	RESULTADO
--------	-----------

Anticuerpos anti-péptido cíclico (ANTI CCP)	anti-citrulinado	0.50 U/mL Negativo
Anticuerpos anti-vimentina citrulinada (ANTI-MCV)	mutada (ANTI-MCV)	6.60 U/mL Negativo
Factor reumatoide IgM		1.22 U/mL Negativo
HLA-B27		DETECTADO
PCR		14 mg/l

Biometría hemática, glucosa y función renal normal, PCR 14, EMO normal, ANTI-CCP 0.50 U/mL, ANTI-MCV 6.60 U/MI, factor reumatoide IgM 1.22 U/mL, HLA-B27 detectado. En pruebas de imagen se realiza una Radiografía simple A-P en la cual no se evidencian hallazgos patológicos de relevancia (figura 1), en eco de rodilla derecha evidencia de sinovitis.

Figura 1.

Rx simple A-P de pelvis



En base a la clínica y a los parámetros de laboratorio se establece que paciente cumple con criterios de Espondilitis anquilosante juvenil axial, por lo que se inicia tratamiento con metotrexato 10 mg semanal, ácido fólico 1 mg QD, hidroxicloroquina 200 mg QD, prednisona 5 mg QD y se deriva a unidad de tercer nivel de atención.

Discusión

Se presenta el caso de un adolescente de 15 años de edad, con presencia de dolor crónico de esqueleto axial a nivel lumbar de gran intensidad y dolor articular a nivel de rodillas de 3 años de evolución. La espondilitis anquilosante Juvenil (EAJ) es una enfermedad inflamatoria crónica de la columna axial que puede manifestarse con diversos signos y síntomas clínicos, en el cual, el dolor de espalda crónico y la rigidez espinal progresiva son las características más comunes de la enfermedad (6). Se establece como dolor crónico aquel dolor que perdura por más de 3 meses, de modo que, en el caso del paciente presentado, al ser un dolor que perdura por un tiempo aproximado de 3 años encaja con un parámetro de importancia, siendo este el tiempo de duración.

Para el diagnóstico es necesario realizar una evaluación integral de todo el cuerpo en pacientes con sospecha de espondilitis anquilosante debido a la naturaleza generalizada de la enfermedad y la susceptibilidad a la afectación de múltiples órganos (7). Casi todos los pacientes se quejan de dolor de espalda hasta cierto punto. El tipo característico de dolor de espalda en EAJ es de naturaleza "inflamatoria"(8). El dolor de espalda inflamatorio generalmente presenta al menos cuatro de las cinco características siguientes (tomándose en cuenta las características del dolor inflamatorio que se presenta en la enfermedad del adulto, siendo las mismas en la espondilitis juvenil pudiendo variar solamente en cuanto a intensidad): edad de inicio menor de 40 años, inicio insidioso, mejora con el ejercicio, sin mejoría con el descanso y dolor nocturno con mejoría al levantarse, siendo todos estos parámetros coincidentes con el tipo de dolor presentado en el paciente en cuestión (1)(4)(9).

También se observan con frecuencia rigidez, inmovilidad y cambios posturales de la columna, especialmente hipercifosis, factores presentes en el paciente y que se denotan al examen físico con la Maniobra de Schober positivo así también con la distancia occipucio-pared de 5 cm y Flecha de Forestier positivo (10). Dentro de los criterios más importantes para el diagnóstico y clasificación de espondiloartritis se encuentran los criterios de la "Ankylosing Spondylitis Assessment Study" (ASAS), aplicados a pacientes de edad menor a 45 años con presencia de dolor lumbar bajo de

duración de 3 o más meses, comprendiendo 2 secciones, siendo estos una “sección radiológica”, con la cual se debe demostrar presencia de sacroileitis a través de estudios radiográficos y presentar por lo menos un rasgo característico de espondiloartritis y una “sección clínica”, siendo esta la sección con la que se diagnostica y clasifica al paciente, cumpliendo con el factor genético evidenciado con un HLA-B27 positivo mas dos o más características de espondiloartritis, dentro de las cuales el paciente cumple con el dolor inflamatorio bajo, buena respuesta a AINES y CPR elevada (14 mg/L), sin que la sacroileitis radiológica sea obligatoria (3)(11).

Los objetivos del tratamiento deben centrarse en aliviar el dolor y la rigidez, mantener el movimiento axial de la columna y la capacidad funcional, y prevenir las complicaciones de la columna. Las intervenciones no farmacológicas deben incluir ejercicio regular, entrenamiento postural y fisioterapia (12). La terapia con medicamentos de primera línea es con medicamentos antiinflamatorios no esteroideos diarios a largo plazo. Si los AINE no proporcionan un alivio adecuado, pueden combinarse o sustituirse por inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF-I) como adalimumab, infliximab o etanercept (12). La respuesta a los AINE debe evaluarse de cuatro a seis semanas después del inicio y doce semanas después del inicio de los TNF-I (1). No se recomiendan los glucocorticoides sistémicos, pero se pueden considerar las inyecciones locales de esteroides. Las remisiones a especialistas pueden estar justificadas en función del cuadro clínico del paciente, complicaciones potenciales y manifestaciones extraarticulares de la enfermedad (13). Los reumatólogos pueden ayudar en un diagnóstico, tratamiento y seguimiento formales, mientras que los dermatólogos, oftalmólogos y gastroenterólogos pueden ayudar con las características no musculoesqueléticas asociadas de la EA (14)(15).

Conclusiones

En el país, debido a la infrecuencia de esta patología y a los pocos datos dentro de los registros epidemiológicos a nivel nacional, la enfermedad puede cursar como una patología de diagnóstico poco claro, en parte secundario al desconocimiento de la fisiopatología y demás factores que intervienen en la enfermedad, por lo cual, al no haber un diagnóstico preciso, el manejo de la misma puede no ser el adecuado, lo cual a la larga en este tipo de pacientes pueden llevar a una progresión y complicaciones que pueden afectar gravemente el estado de salud de los pacientes.

Recomendaciones

Ante este tipo de patologías es muy importante el llevar a cabo un buen diagnóstico diferencial y así poder llegar a un criterio claro entre las múltiples patológicas de tipo reumatológico dentro de las cuales se pueden encasillar a este tipo de pacientes, siempre tomando en cuenta parámetros tanto clínicos como imagenológicos los cuales serán las claves para un óptimo diagnóstico.

Referencias

1. Garcia-Montoya L, Gul H, Emery P. Recent advances in ankylosing spondylitis: understanding the disease and management. *F1000Research* [Internet]. 2018 Sep 21 [cited 2021 Aug 21];7(5):1510–7. Available from: <https://f1000research.com/articles/7-1512>
2. Wenker KJ, Quint JM. Ankylosing Spondylitis. *StatPearls* [Internet]. 2021 Aug 4 [cited 2021 Aug 21];12(7):125–43. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470173/>
3. Voruganti A, Bowness P. New developments in our understanding of ankylosing spondylitis pathogenesis. *Immunology* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2021 Aug 21];161(2):94–102. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/imm.13242>
4. Bohórquez Heras C, Hadjkan AM, Nieves AT, Pérez A. Espondiloartritis. Espondilitis anquilosante. *Medicine (Baltimore)*. 2017 Mar 14;12(26):1493.
5. Rodríguez S, Gámir ML. Spondyloarthropathies During Childhood: Forms of Presentation, Diagnosis, and Treatment. *Reumatol Clin* [Internet]. 2017 Jul 21 [cited 2021 Aug 25];3(2):2–6. Available from: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-de-clinica-al-tratamiento-espondiloartritis-articulo-13108145>
6. Eashwar A, Dinesh T, Gopalakrishnan S. (PDF) Espondilitis anquilosante: artículo de revisión. *ResearchGate* [Internet]. 2019 Dec 25 [cited 2021 Aug 25];12(11):2759–63. Available from: https://www.researchgate.net/publication/338421533_Ankylosing_spondylitis_-_A_review_article
7. Ranganathan V, Gracey E, Brown M, Inman R, Haroon N. Pathogenesis of ankylosing spondylitis - recent advances and future directions. *Nat Rev Rheumatol* [Internet]. 2017 Jun

- 1 [cited 2021 Aug 25];13(6):359–67. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28446810/>
8. Hanson A, Brown M. Genetics and the Causes of Ankylosing Spondylitis. *Rheum Dis Clin North Am* [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2021 Aug 25];43(3):401–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28711142/>
9. Casey B, O’hanlon É, Curran M, Costello M, Mcglennon S, Pond P. Living with a Chronic Disease. Casey B, Hanlon E, Curran M, Costello M, Pond P, editors. *Adv Rheumatol*. 13th ed. 2018 Jun 15;18(13):140–8.
10. Zhu W, He X, Cheng K, Zhang L, Chen D, Wang X, et al. Ankylosing spondylitis: etiology, pathogenesis, and treatments. *Bone Res* [Internet]. 2019 Aug 5 [cited 2021 Aug 25];7(1):1–16. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41413-019-0057-8>
11. Chen B, Li J, He C, Li D, Tong W, Zou Y, et al. Role of HLA-B27 in the pathogenesis of ankylosing spondylitis (Review). *Mol Med Rep* [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2021 Aug 25];15(4):1943–51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28259985/>
12. Pedersen S, Maksymowych W. The Pathogenesis of Ankylosing Spondylitis: an Update. *Curr Rheumatol Rep* [Internet]. 2019 Oct 1 [cited 2021 Aug 25];21(10):35–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31712904/>
13. van der Heijde J, Braun J, Deodhar A, Baraliakos X, Landewe R, Richards H. Modified stoke ankylosing spondylitis spinal score as an outcome measure to assess the impact of treatment on structural progression in ankylosing spondylitis. *Rheumatology (Oxford)* [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2021 Aug 25];58(3):388–400. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29860356/>
14. Watad A, Bridgewood C, Russell T, Ortega H, Cuthbert R, McGonagle D. The Early Phases of Ankylosing Spondylitis: Emerging Insights From Clinical and Basic Science. *Front Immunol* [Internet]. 2018 Nov 16 [cited 2021 Aug 25];9(5):15–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30505307/>

15. Tahir H. Therapies in ankylosing spondylitis-from clinical trials to clinical practice. *Rheumatology (Oxford)* [Internet]. 2018 Aug 1 [cited 2021 Aug 25];57(26):vi23–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30445480/>

© 2022 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).