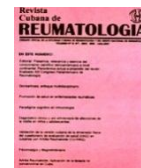


Revista Cubana de Reumatología

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen 19, Número 3, Suppl 1; 2017 ISSN: 1817-5996
www.revreumatologia.sld.cu



ESTUDIO DE CASOS

La uveítis como manifestación inicial de la espondilitis anquilosante. A propósito de un caso

Uveitis as an initial manifestation of ankylosing spondylitis. About a case

Mercedes Elena Andaluz Cando ^I, Mónica Yajaira Cifuentes Tumaille ^{II}, Erika Mishell Dávila Aguirre ^{III}, Leonardo Javier Reyes Ortiz ^{IV}, Luis Alberto Poalasin Narváez ^V

^I Médico General. Hospital IESS Quito Sur. Pichincha. Quito, Ecuador.

^{II} Médico General. Hospital General Docente Calderón. Pichincha. Quito, Ecuador.

^{III} Médico Residente De Emergencias. Centro De Salud Tipo C. San Antonio. Pichincha. Quito, Ecuador.

^{IV} Médico General. Hospital Básico Sigchos. Cotopaxi. Quito, Ecuador.

^V MSc. Licenciado en Ciencias de la Salud Especialidad Fisioterapia. Universidad Nacional de Chimborazo. Quito, Ecuador.

RESUMEN

La uveítis ocurre en el 20-40 % de los pacientes con espondilitis anquilosante y puede preceder a la afectación articular.

Objetivo: presentar un caso de asociación de uveítis con espondilitis anquilosante en sus primeros estadios.

Método: se presenta un caso que remite a la sospecha de espondiloartropatía ante la recurrencia de uveítis.

Conclusiones: la uveítis como manifestación inicial de la espondilitis anquilosante no es un hecho poco común, con lo cual debemos tenerlo presente al implicarnos activamente en su diagnóstico. Una abundante evidencia científica apunta a la necesidad de elevar la sospecha clínica para el diagnóstico temprano de espondilitis anquilosante; el cual requiere, sobre todo, de la exclusión de esta afección ante la presencia de uveítis a repetición. Debido al carácter invalidante de esta entidad nosológica es relevante el diagnóstico precoz, con el objeto de disminuir sus secuelas, esperamos que el caso expuesto contribuya a este propósito.

Palabras clave: uveítis, espondiloartropatías, espondilitis anquilosante.

ABSTRACT

Uveitis occurs in 20-40 % of patients with ankylosing spondylitis and may precede joint involvement.

Objective: to present a case of association of uveitis with ankylosing spondylitis in its early stages.

Method: a case is presented that refers to the suspicion of spondyloarthropathy due to the recurrence of uveitis.

Conclusions: Uveitis as an initial manifestation of ankylosing spondylitis is not uncommon, and we must keep this in mind when we are actively involved in its diagnosis. A wealth of scientific evidence points to the need to raise clinical suspicion for early

diagnosis of ankylosing spondylitis; which requires, above all, the exclusion of this pathology in the presence of recurrent uveitis. Due to the invalidating nature of this nosological entity is important the early diagnosis, in order to mitigate or eliminate the sequelae in this disease, we hope that the case exposed contributes to this purpose.

Keywords: Uveitis, spondyloarthropathies, ankylosing spondylitis.

INTRODUCCIÓN

La espondilitis anquilosante (EA) es una espondiloartropatía que afecta el esqueleto axial y se presenta típicamente en varones entre 20 y 40 años con HLA B 27 positivo. La manifestación ocular más frecuente es la iridociclitis aguda no granulomatosa, unilateral y recidivante. La uveítis ocurre en el 20-40 % de los pacientes y puede preceder a la afectación articular. Asimismo, el 30 % de los varones con uveítis anterior aguda desarrollará EA.^{1,2}

El cuadro articular se caracteriza por lumbalgia inflamatoria crónica y sacroileítis radiográfica. También suele presentar manifestaciones extrarticulares, especialmente uveítis anterior aguda, psoriasis o enfermedad inflamatoria intestinal. La epidemiología de esta entidad apunta a una prevalencia que oscila entre el 0,1 y el 1,4 % dependiendo directamente de la frecuencia del antígeno leucocitario humano (HLA) que oscila entre el HLA B27, que varía notablemente en poblaciones con diferentes orígenes étnicos. La EA es más frecuente en varones que en mujeres, con una proporción estimada de 2-3:1. A nivel ocular, estos pacientes suelen presentar múltiples alteraciones, se ha descrito que la enfermedad condiciona la aparición de la uveítis hasta un 40 %.

Esta manifestación oftalmológica, tiene una incidencia de 52 casos/100.000 habitantes/año y una prevalencia del 0.1 %, siendo también responsable del 10 % de los casos de ceguera en los países desarrollados, lo cual fundamenta su relevancia clínica.^{3,4} Es recurrente; algunos pacientes pueden tener hasta un brote mensual. Característicamente los pacientes que ya han tenido varios brotes perciben la proximidad de una recidiva hasta 24 horas antes, cuando el examen con la lámpara de hendidura es aun absolutamente normal.^{5,6} Se plantea que en los pacientes con el patrón de uveítis identificado como uveítis anterior aguda recidivante unilateral existe alguna forma de espondiloartropatía en más del 50% de los casos.⁷

Existe consenso respecto a la relación de ciertas enfermedades reumatológicas y específicamente las espondiloartropatías con la presencia de manifestaciones oculares como la uveítis; algunos autores la definen como la principal manifestación extra-articular de estos pacientes,⁸ sin

embargo, poco se ha descrito sobre cómo esta relación se manifiesta en los estadios iniciales de la EA. Por ello el presente trabajo tiene como objetivo presentar un caso de asociación de uveítis con espondilitis anquilosante en sus primeros estadios.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Motivo de Consulta: Molestias oculares

Historia de la enfermedad actual:

Paciente masculino de 46 años de edad, con antecedentes familiares de glaucoma; no refiere antecedentes patológicos personales de importancia. Acude a nuestro servicio por presentar dolor ocular izquierdo de 5 días de evolución, que se caracteriza por ser punzante y continuo y que se acompaña de lagrimeo y enrojecimiento ocular.

Al examen físico se constató fotofobia y disminución de la agudeza visual.

Se realizaron pruebas con láser flaremeter que posibilitaron detectar alteraciones de la permeabilidad de la barrera hemato-acuosa.

Mediante el uso de biomicroscopía se pudo detectar turbidez del humor acuoso, secundario a un incremento excesivo de proteínas y células. Fue descartada la presencia de hipopion. Se comprobó que la disminución de la visión era mayormente secundaria a un edema macular.

Con los datos obtenidos en el interrogatorio, el examen físico y las pruebas biomicroscópicas se llega al diagnóstico de uveítis unilateral no sinequante y el paciente es tratado a base de midriáticos y esteroides tópicos durante 4 semanas, con evolución favorable. Al término de 30 días de finalizado el tratamiento el paciente sufre una recaída y recibe el mismo tratamiento, se adicionaron corticoides tópicos en régimen intenso y con descenso progresivo, durante varias semanas asociados a midriáticos/ciclopléjicos, evidenciando una ostensible mejoría.

Ante la sospecha de espondiloartropatía y la recurrencia de uveítis se solicitan los estudios radiológicos y de laboratorio correspondientes, además de una valoración por el servicio de reumatología, cuyos resultados se exponen seguidamente:

Interrogatorio:

Rigidez matutina que se alivia espontáneamente, dolor alternante en los glúteos.

Examen Físico:

- Rigidez leve con ausencia de dolor a la percusión en región lumbosacra.
- Leve limitación de la columna lumbosacra, acentuada a la flexo-extensión.

Exámenes complementarios:

- Hemoglobina: 13,8 g/l
- Leucocitos: 9 x 10⁹/l
- TGP: 3 Uds.
- Glicemia: 5,4 mmol/l
- Serología: No reactiva
- HIV: Negativo
- Creatinina: 79 µmol/l
- Ácido úrico: 280 µmol/l
- Colesterol: 3.2 mmol/l
- Triglicéridos: 1.1 mmol/l
- Factor Reumatoideo: Negativo
- HLA-B27 negativo

Imagenología:

- Los rayos X de pelvis y columna lumbar mostraron presencia de borramiento parcial dudoso de borde articular de la articulación sacroilíaca derecha.

El paciente fue diagnosticado con EA y por todo lo anterior se decide aplicar un protocolo de seguimiento oftalmológico con evaluación ocular cada 6 meses y realizar interconsultas periódicas con reumatología.

DISCUSIÓN

En la EA se reportan hasta un 40 % de alteraciones oculares, siendo las más frecuentes la uveítis anterior aguda con desarrollo de glaucoma y catarata a largo plazo (25 %). Las manifestaciones oculares de la artritis reumatoide se pueden encontrar entre un 20 y un 35 % de los pacientes que padecen esta afección.⁹

En la actualidad se reporta que la uveítis es la manifestación ocular más frecuente en esta entidad, la cual se reporta en un 40 % de los casos. Algunos autores han descrito que aproximadamente el 50 % de los pacientes con espondiloartritis, se diagnostican después de un episodio de uveítis.^{10,11}

El grado de afección radiológica en el caso presentado es menor, no obstante, el diagnóstico temprano de la EA es de interés en el marco de la prevención secundaria ya que el paciente tiene la posibilidad de no llegar a un estadio de la

enfermedad en el cual se le dificulta la realización de sus actividades diarias, si se tiene en cuenta que la disminución de la movilidad espinal con restricciones de la flexión y extensión de la columna lumbar y la limitación de la expansión torácica, resultado inicialmente del proceso inflamatorio al nivel de las entesis, preceden a la anquilosis producida por la formación de puentes óseos en los sitios de inserción ligamentosa con deformidades que ocurren a lo largo de toda la columna vertebral, entre los que se encuentran: rectificación de la lordosis lumbar, exageración de la cifosis torácica, e hiperextensión de la columna cervical.^{11,12}

Tanto oftalmólogos como reumatólogos y otros especialistas deben aprender a reconocer en sus inicios los elementos clínicos tempranos de la enfermedad, para poder actuar en consecuencia y evitar su progresión a la anquilosis ósea.

Este paciente debutó con una uveítis, tal y como lo reportan otras investigaciones,⁶⁻⁹ no obstante, consideramos que este reporte resulta válido e poniendo de relieve la asociación entre estas dos afecciones, incluso en los estadios iniciales de la EA.

Una mirada preventiva es un reclamo vigente a la reumatología, tomando en cuenta los trabajos que enfatizan en la conveniencia del diagnóstico precoz de EA, asociado a un tratamiento médico y rehabilitador con menos de dos años de diagnóstico, como indicaciones óptimas.¹³

CONCLUSIONES

En síntesis, es importante incrementar los niveles de conocimiento existentes sobre la asociación entre enfermedades reumáticas y oculares ya que el diagnóstico correcto de las primeras y su posible asociación con las segundas puede contribuir a destacar el rol del proceso sistémico y viceversa.

La uveítis como manifestación inicial de la EA no es un hecho poco común, con lo cual debemos tenerlo presente al implicarnos activamente en su diagnóstico. Una abundante evidencia científica apunta a la necesidad de elevar la sospecha clínica para el diagnóstico temprano de la EA; el cual requiere, sobre todo, de la exclusión de esta enfermedad ante la presencia de uveítis a repetición. Debido al carácter invalidante de esta entidad nosológica es relevante el diagnóstico precoz, con el objeto de disminuir sus secuelas, esperamos que el caso expuesto contribuya a este propósito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sampaio-Barros PD, Conde RA, Bonfiglioli R, Bertolo MB, Samara AM. Characterization and outcome of uveitis in 350 patients with

- spondyloarthropathies. Rheumatol Int.* 2006;26:1143-6.
2. Calvo Hernández L.M., Bautista Salinas R.M., Suárez Cabrera M. Uveítis: Un reto para el internista. *An. Med. Interna. [Internet].* 2008 [citado 2017 Sep 17]; 25(3): 141-148. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992008000300009&lng=es
 3. Ortega Sotolongo M, Luaces Martínez Á, Nápoles Alvarez A, Reyes Pineda Y, Gil Armenteros RG, Ventura Muñoz M. Afectaciones oftalmológicas en pacientes con enfermedades reumáticas. *Rev Cubana de Reumatol.* 2016;18(1):11-6.
 4. Gómez Morales J, Blanco Cabrera Y, Llopiz Morales M, Reyes Pineda Y, Solis Cartas E. Manifestaciones oftálmicas derivadas del tratamiento de las enfermedades reumáticas. *Rev Cubana de Reumatol.* 2015;17(1):61-7.
 5. Nussenblatt RB, Whitcup SM, Palestine AG. Uveitis: *Fundamentals and clinical practice. 2nd Edition. St. Louis: Ed. Mosby-Year Book Inc; 1996:265-78.*
 6. Benítez del Castillo JM, Díaz Valle D, Pato E, López Abad C, Alejandro N. Enfermedades articulares y uveítis. *Anales Sis San Navarra [Internet].* 2008 [citado 2017 Sep 17]; 31(Suppl 3): 83-95. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000600008&lng=es
 7. Anesi SD, Foster CS. Importance of recognizing and preventing blindness from juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis. *Arthritis Care Res.* 2012; 64:653-657.
 8. Sampaio-Barros PD, Bertolo MB, Kraemer MH, Neto JF, Samara AM. Primary ankylosing spondylitis: Patterns of disease in a Brazilian population of 147 patients. *J Rheumatol.* 2001;28:560-5.
 9. Gómez Morales J, Llopiz Morales M, Luaces Martínez A, Blanco Cabrera Y, Viera Rosales M, Solis Cartas U. Comportamiento de las manifestaciones oftalmológicas en pacientes con artritis reumatoide. *Revista Cubana de Reumatología [Internet].* 2015 [citado 2017 Sep 17];17(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962015000200008
 10. Sánchez Llanos ME, Espejo Antúnez L, Jiménez Merino JJ. Estrategia de enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas. Un paso importante para el futuro de la fisioterapia. *Fisioterapia.* 2013;35:187-8.
 11. Braun J. Use of immunohistologic and in situ hybridization techniques in the examination of sacroiliac joint biopsy specimens from patients with ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum.* 1995;38:499-505.
 12. González Rodríguez M, Guerra Soto AJ, Corona Sánchez EG, Rocha Muñoz AD, Díaz González EV, González López L. Espondilitis anquilosante. Conceptos generales. *El residente. [Internet].* 2013 [citado 2017 Sep 17]; 8(3): 106-13. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2013/rr133d.pdf>
 13. Silva EM, Andrade SC, Vilar MJ. Evaluation of the effects of Global Postural. Reeducation in patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int. [Internet].* 2011 [citado 2017 Sep 17]. Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/u3270r7434604646/fulltext.pdf>

Los autores refieren no tener conflicto de intereses.

Recibido: 30 de septiembre de 2017

Aprobado: 30 de octubre de 2017

Autor para la correspondencia: Dra. Mercedes Elena Andaluz Cando. E-mail: mehita.ac90@gmail.com

Hospital IESS Quito Sur. Pichincha. Quito, Ecuador