



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

O-070 - ESPONDILITIS ANQUILOSANTE EN PACIENTE CON HLA-B27 (-)

M.T. López Rico, M.S. Pineda Pérez, M. Chacón González, M. Muñoz Sanz, A. Moreno Moreno y C. Sevillano Esquivel

CS de San Roque.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 47 años con antecedentes de uveítis bilaterales de repetición en seguimiento por Oftalmología (6 episodios desde 2008). Acude a nuestra consulta refiriendo dorsalgia de varios días de evolución. Nos comenta episodios previos (desde hace años), autolimitados y de características similares pero que afectaban a distintas localizaciones corporales (talones, nalgas). El dolor que describe en el momento de la consulta es de tipo inflamatorio, situado a nivel dorsal, aumenta durante el reposo nocturno aunque no interrumpe el sueño. Refiere mejoría con el ejercicio (“me levanto con dolor y va mejorando conforme avanza el día”). Se deriva a Reumatología.

Exploración y pruebas complementarias: consulta de atención primaria. Columna dorsal: dolor a la palpación y contractura de la musculatura paravertebral dorsal, limitación leve para la flexo-extensión sin rectificación de la lordosis a la flexión. Hemograma: normal, VSG 14. Bioquímica normal, PCR 1583. HLA B27 (-). Consulta de Reumatología: BASDAI 3,8, BASMI 2 y ASDAS 3,73 (marcadores que se correlacionan con la actividad de la enfermedad en pacientes con espondilitis anquilosante). Rx pelvis: sacroileítis bilateral (grado III-IV). Rx columna dorso-lumbar: sindesmofitos dorsolumbares simétricos.

Juicio clínico: Espondilitis anquilosante.

Diagnóstico diferencial: Dolor muscular de características mecánicas. Fibromialgia. Artritis reumatoide/psoriásica. Espondilitis anquilosante.

Comentario final: Dados los antecedentes personales y la sintomatología articular característica para espondilitis anquilosante (a pesar de HLA-B27 negativo), se decidió derivación al Servicio de Reumatología para completar el estudio. Tras la obtención de marcadores específicos y las pruebas radiológicas, se confirmó la sospecha de que se trataba de una espondilitis anquilosante. Se le recomendó ejercicio físico y tratamiento con naproxeno, metotrexato y ácido fólico; además de revisiones periódicas con controles analíticos en las consultas de Reumatología. La espondilitis anquilosante es una enfermedad crónica, inflamatoria y sistémica que afecta predominantemente al esqueleto axial. Presenta un amplio abanico de manifestaciones clínicas, entre las que destacan la afectación de las articulaciones sacroilíacas y de la columna vertebral, oligoartritis periférica de predominio en miembros inferiores y entesitis. La patogenia no es bien conocida aunque parece responder a una base genética. En los últimos años se han postulado distintas teorías acerca de la

patogenia de la enfermedad. Muchas de ellas apuntan al HLA-B27 como factor genético predisponente. Pero la existencia de sujetos B27 positivos que no desarrollan ninguna espondiloartropatía, así como individuos B27 negativos con alguna de estas enfermedades, plantea dudas acerca de la patogenia y el papel que puede desempeñar el B27. Por esto, actualmente el diagnóstico se ha basado fundamentalmente en criterios clínicos y radiológicos. En un gran porcentaje de pacientes con espondilitis coexisten otras enfermedades, predominando la psoriasis, seguida de la uveítis y por último la EII. El tratamiento está basado en el uso de AINES, fundamentales para la afectación axial y de metotrexato para la afectación periférica, aunque éste no ha demostrado eficacia para el control de la enfermedad axial. Además, la rehabilitación y el ejercicio físico resultan muy necesarios para mantener la movilidad en estos pacientes.