

## ESPONDILITIS ANQUILOSANTE EN EL SEXO FEMENINO

C. J. Castresana—Isla\*, Franz Chaves Ch. \*, Hernán Hernández P.\*

Key Word Index: Ankylosing spondilitis

### RESUMEN

*Veinte pacientes del sexo femenino, con criterios clínicos y radiológicos de espondilitis anquilosante, son analizadas en este estudio. La edad media del grupo en el momento del diagnóstico era de 40,3 años; la edad media de inicio de su sintomatología, 32 años y la duración media del cuadro clínico, 8,3 años.*

*Se concluye que este grupo de pacientes presenta una forma clínica de la enfermedad distinta a la que se observa en el sexo masculino. Entre las características diferenciales más importantes están la elevada frecuencia de artritis de articulaciones periféricas con patrón de presentación asimétrico y oligoarticular (50%) y la benignidad del compromiso a nivel de la columna vertebral con ausencia del hallazgo radiológico denominado "columna en Bambú" y alteración en el segmento cervical de la columna que se encontró en sólo dos pacientes (10%). Rev. Cost. Cienc. Méd. 1985; 6(4):191-195.*

### INTRODUCCION

La espondilitis anquilosante es una enfermedad inflamatoria crónica que compromete principalmente las articulaciones fibrocartilaginosas del esqueleto axial, a saber: articulaciones sacroiliacas, sínfisis pública, articulaciones esternocostales, esternoclaviculares y discos intervertebrales (10).

Las investigaciones realizadas sobre su asociación con el antígeno de histocompatibilidad HLA-B27 (4,15), han modificado en forma importante las características de presentación de esta enfermedad en varios aspectos. En primer lugar la frecuencia. Considerada en un principio una enfermedad poco frecuente (1,5 a 2 casos/1 000 en poblaciones caucásicas), se establece para ella una prevalencia semejante a la de la artritis reumatoide (cerca del 2%) si se confirman estudios recientes que detectan evidencia histórica y radiológica de espondilitis anquilosante en 20 a 25 por ciento de todos los individuos "normales" que presentan el antígeno B27 (2). En segundo lugar, la clínica va desde la forma clásica,

más severa, con limitación funcional importante en la columna vertebral y aspecto de "columna en bambú" en el estudio radiológico, hasta la forma oligosintomática, de descripción más reciente, donde el diagnóstico se hace por la Sacroileitis detectada en el estudio radiológico (7), abarcando un amplio espectro de presentaciones clínicas entre ambos extremos. En tercer lugar, está el sexo. Por razones desconocidas, los hombres presentan una evolución más severa de la enfermedad que las mujeres. Esto originó que los estudios epidemiológicos iniciales reportaran una frecuencia de 8:1 en favor de los primeros; esta diferencia se ha reducido actualmente a 3:1 (12).

Este trabajo tiene como objetivo describir un grupo de pacientes del sexo femenino con el diagnóstico de espondilitis anquilosante, con énfasis en las características clínicas del mismo.

### MATERIAL Y METODO

Entre los años 1975 y 1982 se controlaron en el servicio de Reumatología del Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia, veinte pacientes del sexo femenino que padecían espondilitis anquilosante y reunían los criterios de New York para esta enfermedad (18).

Se investigó en estas pacientes la presencia de antecedentes familiares de enfermedades del grupo de las espondiloartropatías seronegativas. Cuando fue posible, se investigó a los parientes afectados mediante examen clínico, estudio radiológico de las articulaciones sacroiliacas y determinación del antígeno HLA -B27.

Todas las pacientes fueron sometidas a examen clínico con el objeto de establecer: 1 Limitación funcional del segmento lumbar de la columna mediante la prueba de Schober (2); esta se consideró positiva cuando fue de 10 a 13 cm. o menor. 2 Limitación funcional del segmento torácico cuando la expansión del tórax medida a nivel del 4to. espacio intercostal fue de 3 cm. o menos. 3 Limitación funcional del segmento cervical cuando el signo "de la flecha" fue positivo (2).

Se estableció también la presencia de artritis de articulaciones periféricas y su patrón de presentación y la existencia de tenosinovitis o entesopatía (1).

\* Servicio de Reumatología, Sección de Medicina, Hospital D. R. A. Calderón G., C.C.S.S.

Fueron excluidas aquellas pacientes que presentaron asociación con colitis ulcerosa inespecífica, psoriasis y lesiones de piel y/o mucosas, sugestivas de enfermedad de Reiter.

Todas las pacientes fueron examinadas en el servicio de Oftalmología del hospital con lámpara de hendidura.

Se efectuaron las siguientes determinaciones de laboratorio: velocidad de eritrosedimentación por el método de Wintrobe (8), proteína C reactiva por el método de latex (9), anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia (5), detección de factores reumatoides por el método de Waaler Rose modificado (6) y determinación del antígeno de histocompatibilidad HLA-B27 por el método de microcitotoxicidad (16).

El estudio radiológico incluyó una placa posteroanterior de pelvis con rayo directo para visualizar articulaciones sacroiliacas, placa anteroposterior y lateral de columna toracolumbar, estudio radiológico de articulaciones, bursas sinoviales y tendones comprometidos en la evolución de la enfermedad.

## RESULTADOS

Este grupo de pacientes presentó una edad media de 40,3 años en el momento del diagnóstico (ámbito de 21 a 61, desviación estándar D.E. 11,30). La edad media de inicio de la sintomatología fue de 32,0 (ámbito de 16 a 52 años, D.E. 11,34). La duración media del cuadro clínico en el momento de realizar el estudio, fue de 8,3 años (ámbito de 1 a 16 años, D.E. 4,96). (Ver cuadro 1.).

Siete pacientes (35%) tuvieron antecedentes familiares positivos de artropatías seronegativas y psoriasis así:

**Caso 1** Dos hermanos del sexo masculino con sacroileitis radiológica y antígeno HLA-B27 positivo.

**Caso 2** Madre y dos hermanas con psoriasis sin artropatía; la paciente no presenta psoriasis.

**Caso 3** Un hijo con artritis reumatoide juvenil; una hija con sacroileitis radiológica y HLA-B27 positivo.

**Caso 4** Una hermana con psoriasis sin artropatía; la paciente no tiene psoriasis.

**Caso 5** Un tío con psoriasis que no fue valorado clínicamente.

**Caso 6** Un hermano con sacroileitis radiológica y antígeno HLA-B27 positivo.

**Caso 7** Una hija con lumbalgia y antígeno HLA-B27 positivo.

En el examen clínico había limitación funcional lumbar en las 20 pacientes; la expansión torá-

CUADRO 1

### EDAD DE INICIO Y DURACION DE LA ENFERMEDAD EN 20 PACIENTES DEL SEXO FEMENINO CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

EDAD DE INICIO (AÑOS)	DURACION (ANOS)
16	16
20	1
20	15
22	5
22	6
22	15
23	2
25	10
26	6
26	16
30	15
31	7
35	3
39	2
43	10
45	12
47	6
47	7
50	3
52	9
Media 32	8.3
Desviación estándar 11.34	4.96

cica estaba comprometida en 13 casos (65%); dos pacientes tenían limitación funcional cervical (10%). Diez pacientes (50%) presentaron artritis periférica; en todas el patrón de compromiso fue de tipo oligoarticular (5 articulaciones o menos). La localización del proceso se señala en el Cuadro 2. Once pacientes (55%) presentaron entesopatía. Su localización se detalla en el Cuadro 3. Una paciente presentó uveítis anterior.

**CUADRO 2  
LOCALIZACION DE LA ARTRITIS  
PERIFERICA DE PRESENTACION  
OLIGOARTICULAR EN DIEZ DE VEINTE  
PACIENTES DEL SEXO FEMENINO CON  
ESPONDILITIS ANQUILOSANTE**

LOCALIZACION	No. DE PACIENTES
Tobillos	3
Rodillas	2
Coxofemorales	2
Muñecas	2
Hombros	1
Codos	1
Interfalángicas proximales	1
Metacarpofalángicas	1
Metatarsofalángicas	1

**CUADRO 3  
LOCALIZACION DE LA ENTESOPATIA  
EN ONCE DE VEINTE PACIENTES  
DEL SEXO FEMENINO CON  
ESPONDILITIS ANQUILOSANTE**

LOCALIZACION	No. DE PACIENTES
Bursa subdeltoidea	5
Bursa trocantérea	4
Tendones extensores de mano	3
Tendón plantar	2
Tendones extensores y abductores del pulgar	1
Tendón de Aquiles	1
Epicóndilo	1

Desde el punto de vista radiológico, todas las 20 pacientes (100%), presentaron sacroileitis y las alteraciones específicas encontradas en las articulaciones sacroiliacas fueron: erosión (borde en sello de correo), 16 casos; esclerosis de ambas márgenes articulares, 14 casos, fusión parcial, 4 casos y fusión total, 1 caso.

Once pacientes (55%) presentaron sindesmofitos, que en ningún caso conformaron la morfología de "columna en bambú".

Hubo pérdida de la concavidad del borde anterior vertebral (vértebras en dado) en 4 casos (20%): periostitis del hueso iliaco ("whiskering") en 3 casos (15%) y fusión de articulaciones interapofisiarias cervicales en 1 caso (5%).

Desde el punto de vista de determinaciones de laboratorio, 19 pacientes (95%) tenían el antígeno HLA-B27 positivo. Dieciseis (80%) tenían elevación de la velocidad de eritrosedimentación. Cinco pacientes (25%) tenían proteína C reactiva positiva. Ninguna paciente tenía anticuerpos antinucleares o factor reumatoide positivos.

**DISCUSION.**

Las pacientes analizadas en el presente estudio tienen características clínicas, radiológicas y de laboratorio que las ubican en la categoría diagnóstica de espondilitis anquilosante, según los criterios aceptados en la actualidad (18).

Un hecho interesante, es la edad relativamente tardía en que se inicia la sintomatología clínica, siendo su inicio habitual entre la segunda y tercera década de la vida (13). A esto contribuyen, a nuestro juicio, dos factores: en primer lugar se piensa que la enfermedad es rara en la mujer y no se hace un diagnóstico oportuno y en segundo lugar el curso de la enfermedad es más insidioso y rara vez llega a presentarse su forma clásica con limitación funcional severa a nivel de la columna vertebral y el aspecto radiológico de "columna en bambú".

Cuando se revisan los antecedentes familiares de estas pacientes, se establece la importancia del trasfondo genético en ellas; esto ha sido confirmado experimentalmente por el descubrimiento de la asociación de la espondilitis anquilosante con el antígeno HLA-B27 (4,15). Además la asociación con otras enfermedades como psoriasis y artritis reumatoide de juvenil apoya el concepto esbozado recientemente (17) de un grupo de enfermedades que tienen íntima relación entre ellas y se agrupan bajo el nombre de "pelviespondilitis seronegativas".

El compromiso de articulaciones periféricas fue, en este grupo, frecuente y evidente. El patrón clínico de participación articular, asimétrico y oligoarticular es característico del grupo de enfermedades conocidas como "pelviespondilitis seronegativas" (17), pero se considera que en la espondilitis anquilosante es poco frecuente y se limita a las grandes articulaciones próximas al

tronco (coxofemoral y hombro) (2). Por eso, llama la atención la frecuencia con que estas pacientes tuvieron artritis periférica, dato que ya ha sido citado en la literatura (14).

La llamada entesopatía (1) o compromiso inflamatorio de inserciones tendinosas, es un hallazgo frecuente en la espondilitis y esto se hace patente en este estudio.

En el análisis radiológico, la existencia de sacroileitis bilateral, fue un requisito básico para la integración de este grupo de pacientes y es por eso que se consignó en todos los casos.

Es importante destacar que la típica "columna en bambú" (7) no fue observada en estas pacientes. Por lo demás, todas las lesiones radiológicas descritas en la literatura (11) fueron encontradas en estas pacientes.

El antígeno de histocompatibilidad HLA-B27 fue positivo con una frecuencia comparable a la establecida internacionalmente (3).

La revisión de estas pacientes hace patente un hecho que ha sido citado recientemente (12, 14): la espondilitis anquilosante es una enfermedad que se presenta en las mujeres con diferencias clínicas importantes en relación al sexo masculino.

A pesar de la ausencia de signos radiológicos muy notables y de la menor intensidad del compromiso funcional, todas las pacientes tenían limitación funcional lumbar y la mayoría, torácica, por lo que la repercusión del proceso se pone en evidencia con un estudio cuidadoso.

Creemos que los hechos analizados aquí tienen importantes implicaciones diagnósticas y terapéuticas, y que es conducta clínica correcta ante una mujer joven o de edad media, portadora de lumbalgia crónica, entesopatía recurrente o artritis con factor reumatoide negativo, efectuar las pruebas clínicas, de laboratorio y gabinete necesarias para llegar al diagnóstico, tales como la prueba de Schober, la búsqueda del dolor sacroiliaco, antígeno HLA-B27 y estudios radio-lógicos de las articulaciones sacroiliacas.

#### ABSTRACT

*Twenty female patients with clinical and radiological criteria of ankylosing spondylitis were analyzed in this study. The mean age of the group at the moment of diagnosis was 40.3 years. The initial mean age in relation to the initial symptomatology was 32 years and the mean endurance of the clinical features was 8.3 years.*

*It is concluded that this group of patients presents a clinical form different than that observed in male*

*patients. Among the most important differential features are a high frequency of asymmetric oligoarthritis (50%) and benignancy of spinal compromise, with absence of the radiological finding known as "bamboo spine", as well as the alteration in the cervical segment of the spine, found in only two patients.*

#### BIBLIOGRAFIA

1. Ball J. Entesopathy of rheumatoid and ankylosing spondylitis. *Ann. Rheum. Dis.* 1971; 30:213-233.
2. Bluestone R. Ankylosing spondylitis. In: *Arthritis and allied conditions*. 9th Ed. DJ McCarty, editor. Philadelphia. Lea & Febiger, 1979; 610-632.
3. Brewerton DA, Albert E. Rheumatology. In: *HLA and disease*. 1st Ed. Arne Svegaard, editor. Copenhagen. Munksgaard; 1977; 94-107.
4. Brewerton DA, Caffrey M, Hart FD, James DLO, Nichols A, Sturrock RD. Ankylosing spondylitis and HL-A27. *Lancet* 1973; 1:904-907.
5. Casals SP, Friou GJ, Teague PO. Specific nuclear reaction pattern of antibody to DNA in lupus erythematosus sera. *J. Lab. Clin. Med.* 1963; 62:625-631.
6. Cathcart ES, O'Sullivan JB. A new hemagglutination test for rheumatoid factors. *Amer. J. Clin. Path.* 1970; 54:209-213.
7. Dequeker J, Decock I, Walravens M, Van de Putte I. A systematic survey of the HLA prevalence in inflammatory rheumatic diseases. *J. Rheum.* 1978; 5:452-459.
8. Fischel EE. The erythrocyte sedimentation rate. In: *Laboratory diagnostic procedures in the rheumatic diseases*. 2nd Ed. Alan Cohen, editor Boston. Little Brown & Co. 1975; 65-81.
9. Fischel EE. The C-reactive protein. In: *Laboratory diagnostic procedures in the rheumatic diseases*. 2nd. Ed. Alan Cohen, editor. Boston. Little Brown & Co. 1975; 85-93.
10. Gardner DL. Ankylosing spondylitis. In: *Pathology of the connective tissue diseases*. 1st Ed. DL Gardner, editor. London. William Clowes & Sons Ltd., 1965; 363-373.
11. Greenfield GB. The joints. In: *Radiology of bone disease*. 2nd Ed. GB Greenfield, editor. Philadelphia. JB Lippincott. 1976; 529-655.
12. Hill HFH, Hill AGS, Bodmer JG. Clinical diagnosis of ankylosing spondylitis in woman and relation to the presence of HLA-B27. *Ann. Rheum. Dis.* 1976; 35:267-293.
13. Marks SH, Calm A. A case control study of juvenile and adult onset disease. *J. Rheum.* 1982; 9:739-747.
14. Resnick D, Dwosh IL, Goergent TG. Clinical and radiographical abnormalities in ankylosing spondylitis: a comparison of men and women. *Radiology* 1976; 119:293-297.
15. Schlosstein L., Terasaki PI, Bluestone R, Pearson CM. High association of an HL-A antigen W27, with ankylosing spondylitis. *New Engl. J. Med.* 1973; 288:704-706.

16. Terasaki P., Bernoco D., Park MS, Ozturk G. Iwaki I. Microdroplet testing for HLA-B,C and D antigens. *Amer. J. Clin. Path.* 1978; 69:103-120.
17. Wright V, Seronegative polyarthritis, a unified concept. *Arthritis & Rheum.* 1978; 21:619-633.
18. Wright V, Moll JMH. Ankylosing Spondylitis. Diagnosis and diagnostic criteria. In: *Seronegative polyarthritis*. 1st Ed. V. Wright, JMH Moll, editors. Amsterdam. North Holland Publishing Co., 1976; 125-130.