

GACETA MEDICA DE MEXICO
Tomo LXXXVI, N° 2
Marzo-Abril de 1956
México, D. F.

***Cuadro clínico de la
espondilitis reumatoide ****

**Estudio de
50 enfermos**

DR. JAVIER ROBLES GIL
Académico de número
en colaboración con el
DR. LEONARDO ZAMUDIO

* Trabajo leído el 9 de febrero de 1955.

LA ESPONDILITIS REUMATOIDE ha sido estudiada profunda y minuciosamente por numerosos investigadores (véase bibliografía). A pesar de ello, aún constituye una enfermedad de mucho interés para el clínico, debido a la gran diversidad de opiniones que prevalecen sobre su etiopatogenia, así como por las dificultades que ofrece su diagnóstico precoz y su manejo terapéutico.

Es importante para el médico general hacer una breve descripción de lo que se entiende por espondilitis reumatoide en la actualidad, así como del concepto etiopatogénico más aceptado.

La mayoría de los especialistas están de acuerdo en considerar a la espondilitis reumatoide como una variedad clínica no muy frecuente de la artritis reumatoide, con las siguientes características: predominio en el sexo masculino (80%); edad de aparición entre los 20 a 50 años; localización principal en las articulaciones intervertebrales, sacro-ilíacas, costo-vertebrales, coxo-femorales y escápulo-humerales; lesiones inflamatorias y proliferativas en la membrana sinovial y el tejido óseo subcondral; degeneración secundaria del cartílago, con tendencia a la anquilosis y a la calcificación de cápsulas, ligamentos y tejidos periarticulares, constituyendo la llamada columna en "bambú"; aparición generalmente insidiosa, evolución lenta y progresiva, en el curso de muchos años; sintomatología diversa pero integrada principalmente por sensación de rigidez y dolor en la columna lumbo-sacra, dorsal o cervical, limitación de sus movimientos y deformaciones de la misma; escaso ataque de las articulaciones periféricas de los miembros; ausencia de nódulos subcutáneos y presencia, en cierto modo frecuente, de iritis, irido-ciclitis y lesiones cardíacas.

Algunos investigadores se han empeñado en considerar como causa etiológica de la enfermedad la existencia de focos de infección en diversos órganos de la pelvis. Sin embargo, aunque es posible que sea una enfermedad de origen infeccioso, no se ha llegado a demostrar dicha etiología. En realidad parece ser que interviene un proceso inmunológico especial, con posible participación de juegos enzimáticos y endocrinos todavía no bien conocidos, con sensibilización o daño tisular del tejido conjuntivo.

Uno de los fines de este trabajo es el estudio de 50 enfermos con espondilitis reumatoide, para saber si la enfermedad puede ser considerada por su semejanza clínica como una variedad de la artritis reumatoide, así como también el de investigar los diversos signos, síntomas y resultados de laboratorio o gabinete que ayuden más eficazmente al médico para hacer el diagnóstico correcto y precoz de la enfermedad, y por otra parte desechar aquellas otras manifestaciones que se presten a desorientar al clínico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudiaron 50 enfermos con espondilitis reumatoide de la consulta de reumatología del Instituto de Cardiología, del Hospital de la Nutrición y de la consulta privada de uno de los autores. A todos ellos se les hizo el diagnóstico de acuerdo con los conceptos antes expresados y con la ayuda de las siguientes investigaciones: estudios radiográficos de columna, tórax y diversas articulaciones; sedimentación globular, citología hemática y aglutinación del estreptococo, y estudio del estado visceral, principalmente del cardíaco y suprarrenal. En algunos enfermos se investigó la dinámica respiratoria y circulatoria.

RESULTADOS

De los 50 enfermos estudiados, 9 fueron del sexo femenino y 41 del sexo masculino.

El promedio de edad de aparición fue de 31 años, con una mínima de 14 y una máxima de 58.

El promedio de duración fue de 8 años, con un mínimo de 5 meses y un máximo de 28 años.

CUADRO CLÍNICO

I. Iniciación.

En el 100% de los enfermos los primeros síntomas en presentarse fueron dolor y sensación de rigidez. En algunos casos la rigidez fue la primera en ser observada; sin embargo, como el dato se recogió varios años después de su aparición, resultó imposible precisar su verdadera incidencia. Generalmente los dos síntomas fueron progresivos, pero de evolución muy lenta. En el 20% el dolor se localizó en la región lumbo-sacra y sacro-iliaca, en el 14% en la región lumbo-sacra, en el 6% en la columna cervical, en el 4% en la sacro-iliaca, en otro 4% en las coxofemorales, en el 2% en articulaciones periféricas y, por último, en el 50% en varios segmentos de la columna a la vez.

Las características del dolor fueron muy variables, pero éste fue generalmente ligero o de mediana intensidad, constante, con exacerbaciones en las mañanas antes de levantarse, al iniciar los movimientos o después de ejercicios violentos; en cambio, mostró mejoría después de llevar a cabo ejercicios físicos moderados. En el 14% existió dolor de tipo ciático.

II. Evolución.

En muchos enfermos la sintomatología anterior perduró por meses y años, apareciendo posteriormente, en el 100% de los enfermos, limitación de los movimientos de alguna de las partes de la columna lumbar, dorsal o cervical, así como de las costo-vertebrales, con disminución marcada de la amplexación torácica. En el 46% existió limitación de movimientos y vicios de postura tan acentuados que a la simple inspección se notó cifosis dorsal en el 18%, cifoescoliosis en el 10%, deformación de toda la columna en el 12% y del cuello en el 6%.

El 64% presentó lesiones articulares fuera de la columna; 38% en las rodillas, 34% en las coxofemorales, 18% en los hombros, 12% en las tibio-tarsianas, 8% en los codos, 8% en el metacarpo o las interfalángicas, y 6% en las muñecas. En casi todos ellos existieron varias articulaciones afectadas, de allí el porcentaje tan elevado del ataque periférico. Pero si sólo se tiene en cuenta el número de enfermos con lesiones en las articulaciones periféricas sin incluir las escapulo-humerales y coxo-femorales, el porcentaje es bajo.

Otros de los síntomas más frecuentes del padecimiento fueron los fenómenos vasculares periféricos y de ataque al estado general. Los primeros, manifestándose por aumento de la sudoración y disminución de la temperatura de manos y pies. Los segundos, por astenia y adinamia en el 68%, pérdida de peso en el 32% y fiebre en el 14%.

El 20% de los enfermos presentaron manifestaciones de sufrimiento cardíaco, el 18% con lesiones de la válvula aórtica produciendo insuficiencia en todos ellos y estenosis en el 6%. En el 6% insuficiencia mitral orgánica. Por último, en un enfermo existieron datos clínicos, radiográficos y electrocardiográficos de miocarditis y sin ataque endocárdico.

Las lesiones cardíacas de los enfermos con espondilitis reumatoide fueron muy bien toleradas. Sólo tres enfermos tuvieron una evolución desfavorable, dos de ellos con insuficiencia cardíaca y el tercero con muerte repentina, ocasionada por un padecimiento coronariano sobreañadido a la cardiopatía de su espondilitis.

Dos enfermos presentaron hipertensión arterial benigna.

El 10% tuvo irido-ciclitis, de evolución prolongada y en ocasiones recidivante.

No se observó ninguna correlación entre la existencia de focos infecciosos y la evolución de la enfermedad. En el 12% se hallaron caries penetrantes, granulomas apicales o higiene bucal muy deficiente. En el 8%, antecedentes de uretritis gonocócicas y, en uno de esos enfermos, coincidencia en

la época de aparición de las dos enfermedades. En un 2% colecistitis y en otro 2% amigdalitis críptica purulenta.

III. Análisis de Laboratorio.

La sedimentación globular se encontró elevada en el 96% de los casos, generalmente ligera o mediana acelerada.

En el 32% existió ligera anemia, de tipo normocítico e hipocrómico, constante en algunos casos, pero en la mayoría transitoria. Siete enfermos presentaron cifras superiores a 10 000 leucocitos, en algunos de ellos ligera neutrofilia pero sin ninguna otra característica en la fórmula hemática.

La aglutinación del estreptococo no se llevó a cabo en todos los enfermos, encontrándose positiva (por arriba de 1/160) en el 40% de los casos en que se investigó.

El estudio radiológico de estos enfermos mostró datos de sumo interés para el diagnóstico. No es posible tabular en porcentaje las diversas alteraciones radiológicas encontradas, debido a la falta de estudios radiográficos en serie y en relación con las diversas etapas de la enfermedad y de la localización en columna. Sin embargo se detallarán los tipos de lesiones, su tiempo de aparición e incidencia aproximada.

En la fase inicial lo más frecuente fue: disminución del espacio interarticular de la sacro-íliaca, de las facetas intervertebrales lumbares y rara vez de las cervicales; decalcificación ósea generalizada a la columna; rigidez de la columna lumbo-sacra o de la cervical con tendencia a la pérdida de la lordosis normal. Con la evolución de la enfermedad, eburnización o pérdida de substancia ósea subcondral, principalmente de la sacro íliaca, menos frecuentemente de las artrodias lumbares. Posteriormente aparición de calcificaciones en los ligamentos vertebrales e interespinosos y menos frecuentemente en los lumbo-íliacos, etc.; todo ello tendiendo a la formación de la columna llamada en "bambú". En esta fase tan avanzada del padecimiento, generalmente se encuentra no sólo disminución acentuada, sino también pérdida total de los espacios intervertebrales con anquilosis fibrosa u ósea de las articulaciones sacro-íliacas y diversas artrodias vertebrales. Esta anquilosis puede ser mucho más precoz en las sacro-íliacas. Por último, múltiples tipos de deformaciones posturales de la columna y lesiones en otras articulaciones: coxofemorales, escapulo humeral, costovertebrales.

Es importante hacer hincapié en la falta, por lo general, de deformaciones vertebrales semejantes a las de la osteo-artritis y de los llamados "picos de loro". Estas deformaciones sólo acontecen probablemente en ca-

esos muy avanzados por factores microtraumáticos posturales, y cuando existe cierta movilidad de la columna.

En el estudio del funcionamiento suprarrenal, se encontró con cierta frecuencia (60% de los casos investigados) elevación en la eliminación urinaria de los 17 cetosteroides y gluco-corticoides.

Las pruebas funcionales respiratorias y de hemodinamia circulatoria demostraron en algunos enfermos: disminución acentuada de la capacidad vital y de la velocidad sanguínea.

DISCUSIÓN

Por la investigación clínica, de laboratorio y gabinete, de los 50 enfermos con espondilitis reumatoide estudiados en el presente trabajo, se puede concluir que este cuadro patológico tiene muchos puntos de contacto con la artritis reumatoide, sólo que con ciertas características especiales como son: localización principal en facetas intervertebrales y sacro-iliacas; calcificaciones periarticulares y ligamentosas; ausencia de nódulos subcutáneos; aumento de los 17 cetosteroides y presencia de diversos anticuerpos con menor frecuencia que en la artritis reumatoide.

El ataque de algunas de las articulaciones de los miembros, su naturaleza y su evolución, la asemejan de tal manera a la artritis reumatoide, que resulta difícil su separación como distinta entidad patológica.

Por la presente investigación no se puede pensar en la existencia de un foco de infección como causa de la enfermedad. Aunque la incidencia de infecciones gonocócicas es relativamente alta, no parece significativa al considerar el alto porcentaje de enfermos del sexo masculino y la edad propicia para la coexistencia con una infección neisseriana. Por otra parte, no hubo ninguna relación entre la evolución de las dos enfermedades.

El diagnóstico precoz de la espondilitis reumatoide es difícil en la mayoría de los casos; sobre todo cuando, pensando en su existencia, no se encuentran los datos radiológicos evidentes. Mucho se ha escrito sobre lo temprano de las alteraciones radiológicas en la espondilitis reumatoide; sin embargo, todavía desconocemos con qué frecuencia esta enfermedad puede cursar, por varios meses o años, sin dichas alteraciones.

En los primeros meses de la enfermedad, el clínico puede llegar al diagnóstico de probabilidad, cuando sigue una conducta prudente y evita catalogar precipitadamente a todo enfermo con dolor en la región lumbo-sacra como algias mecánico-posturales. Si en esos casos el médico se rodea de todas las precauciones necesarias, haciendo un interrogatorio detenido, ana-

lizando el sitio del dolor, su mecanismo de producción y los hallazgos radiológicos, puede excluir aquellos enfermos con hernia del menisco, traumas en la columna o en las estructuras vecinas, etc., y quedarse con los que presentan un cuadro clínico sugestivo de espondilitis reumatoide. En ellos, la evolución permite generalmente establecer el diagnóstico de seguridad, por: la aparición de dolores y rigidez en otros segmentos de la columna y en otras articulaciones; la presencia de sedimentación globular acelerada, y algunas de las alteraciones radiológicas características como decalcificación ósea, disminución del espacio inter-articular de sacro-ilíacas o facetas intervertebrales, eburnización subcondral de las mismas, disfunciones o deformaciones de la columna (rigidez, escoliosis, cifosis, etc.), y, tardíamente, calcificaciones periarticulares.

Si a lo anterior se añade: las deformaciones de la columna típicas de la enfermedad, el ataque al estado general, las lesiones cardíacas o del tejido conjuntivo en otros sitios, el cuadro clínico queda totalmente integrado.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se investigó el cuadro clínico de la espondilitis reumatoide en 50 enfermos. Se estudiaron con especial empeño las manifestaciones, análisis de laboratorio y datos radiográficos que más ayudán al clínico en su diagnóstico.

Asimismo se analizaron sus semejanzas y diferencias con la artritis reumatoide. Con el fin de profundizar sobre la etiopatogenia de la espondilitis reumatoide, se buscó en los enfermos la existencia de focos de infección y su relación con dicha enfermedad.

Conclusiones:

- 1) La espondilitis reumatoide es mucho más frecuente en el hombre (82%).
- 2) Es una enfermedad crónica, de larga duración, de aparición generalmente insidiosa y de difícil diagnóstico precoz.
- 3) Las manifestaciones más frecuentes son: dolor, rigidez, limitación de los movimientos y deformación de alguna región de la columna vertebral o de su totalidad.
- 4) Su cuadro clínico se asemeja mucho al de la artritis reumatoide, aunque con ligeras diferencias; principalmente las determinadas por la localización sobre todo en columna.
- 5) El estudio radiográfico pone de manifiesto alteraciones bastante características de la enfermedad.
- 6) No parecen existir focos infecciosos de importancia etiopatogénica.
- 7) En la espondilitis reumatoide se presentan en ocasiones lesiones cardiovasculares y oculares.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

The clinical picture of 50 patients with rheumatoid spondylitis was studied. Special attention was paid to the clinical manifestations, laboratory tests or radiological changes that help more to make a correct diagnosis.

The differences and similarities with rheumatoid arthritis were also analyzed. In order to better understand the etiopathogenesis of rheumatoid spondylitis, focal or general infections were carefully investigated in relation to the above mentioned disease.

Conclusions:

- 1) Rheumatoid spondylitis is more frequent in males (82%).
- 2) Is a chronic and long standing disease, with an insidious onset. An early diagnosis is often difficult.
- 3) The more frequent manifestations are: pain, stiffness, limitation of motion and different deformities of the vertebral column.
- 4) There are some clinical similarities with rheumatoid arthritis.
- 5) Radiological changes are rather characteristic and consistent of the disease.
- 6) It seems that focal infections do not play an important role in the ethiopathogenesis.
- 7) Occasionally there are heart and eye lesions in rheumatoid spondylitis.

BIBLIOGRAFIA

1. Buckley, C. W.: *Spondylitis*. The Heberden Society (General Meeting. October, 1947). Ann. of Rheumatic Diseases. 7: 1, 1948.
2. Dunham, C. L. and Kantz F. G.: *Spondylarthritis Ankylopoetica*. Am. Jour. Med. Sc. 201: 232, 1941.
3. Tyson, W. W.: *The Medical Aspects of Ankylosing Spondylitis*. Ann. Int. Med. 15: 994, 1941.
4. Hare, E. H.: *The diagnosis of Marie Strumpell arthritis with certain aspects of treatment*. New England Jour. of Medicine. 223: 702, 1940.
5. Boland, E. W.; Present A. J.: *Rheumatoid Spondylitis. A study of one hundred cases with special reference to diagnostic criteria*. J.A.M.A. 129: 843, 1945.
6. Boland, E. W. and Sherbart, E.: *Rheumatoid Spondylitis. Correlation of clinical and roentgenographic features*. Radiology. 47: 551, 1946.
7. Kerslye, G. D. and Desmararis, H. L.: *The Morbid Anatomy and Histology of Rheumatic Lesions*. The Heberden Society. Ann. of Rheumatic Diseases. 7: 24, 1948.
8. Davidson, R. A., Doetz and Kuggell, W. C.: *Excretion of 17 Ketosteroids in Ankylosing Spondylitis and in Rheumatoid Arthritis. A preliminary report*. Jour. Clin. Endocrinology 7: 201, 1947.
9. Capener, N.: *Ankylosing Spondylitis*. The Heberden Society. Ann. of Rheumatic Diseases 7: 19, 1948.
10. Kalmeter, G.: *De l'existence de lésions myocardiques et valvulaires dans les diverses formes de polyarthritides chroniques et des conclusions qu'on peut tirer touchant l'étiologie et le groupement clinique des polyarthritides chroniques*. Acta Med. Scandin. 59: 611, 1934.
11. Boni, A.: *Die eosinophile bei Spondyloarthritis ankylopoetica rheumatica*. Schweiz. med. Wschr. 77: 647, 1947.
12. Bagentoss, A. H. and Rosenberg, E. F.: *Unusual cardiac lesions associated with chronic multiple rheumatoid arthritis*. Arch. Path. 37: 54, 1944.
13. Clark, W. S. and Bauer, W.: *Cardiac Changes in Rheumatoid arthritis*. Ann. Rheumatic Dis. 7: 39, 1948.
14. Bywaters, E. G. L.: *The relation between heart and joint diseases including Rheumatoid Heart disease and chronic post rheumatic arthritis (Jaccoud)*. British Heart Jour. 12: 101, 1950.
15. Scott, S. G.: *A monograph on adolescent or ankylosing spondylitis. The early management and its early treatment by wide X ray radiations*. Oxford Univ. Press. London, 1942.
16. Smyth, C. J., Freyberg, R. H. and Lampe, I.: *Rosentgen Therapy for Rheumatoid Arthritis of the spine*. J.A.M.A. 117: 826, 1941.