

**Espondilitis anquilosante y desestabilización lumbar degenerativa****Ankylosing spondylitis and degenerative lumbar destabilization**

Nelsinio Nauque Moposita *, Gissela Morales Núñez **, Javier Lescano Palacios***.

* Médico tratante Especialista en Neurocirugía del Hospital General Docente Ambato

** Doctor en Medicina General. Médico Residente de Cirugía del Hospital General Docente Ambato.

*** Doctor en Medicina General. Médico Residente de Cirugía del Hospital General Docente Ambato.

nelsinio.nauque@yahoo.es

Resumen.

Introducción: La espondilitis anquilosante es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta fundamentalmente a las articulaciones de la columna vertebral, las cuales tienden a soldarse entre sí, provocando una limitación de la movilidad. Como resultado final se produce una pérdida de flexibilidad de la columna, quedándose rígida y fusionada mediante osificaciones que forman uniones entre articulaciones de la columna, tanto articulaciones facetarias como discos intervertebrales. Es una enfermedad frecuente, sobre todo en la raza blanca (0.5-1% de la población). Habitualmente aparece entre los 20 y 30 años de edad. El tratamiento de esta patología comprende AINES a dosis máxima como fármacos de primera línea y terapia física (terapia inicial), y en caso de no respuesta pueden ser utilizados fármacos inhibidores de TNF alfa, que han mostrado éxito terapéutico sobre todo en etapas tempranas. Se asocia a diferentes lesiones inflamatorias, donde el compromiso puede ser óseo, del disco, de articulaciones sinoviales y/o entesis. Las lesiones vertebrales llevan en última instancia a la formación de sindesmófitos y anquilosis.

Objetivo: Describir un caso de Pan hipopituitarismo secundario a Síndrome de Sheehan.

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico.

Resultados: Se presenta el caso de una paciente femenina de 72 años de edad que acude por dolor lumbar de 2 meses de evolución, sin causa aparente, acompañado de edema de miembros inferiores y parestesias, escala de Glasgow 15/15, en la RMN de columna lumbar se observa imagen difusa a nivel de L4 - L5, la movilidad y la fuerza estaban conservadas. Evolutivamente la RMN reporta Espondilodiscitis a nivel de L4- L5. Al no ceder la sintomatología con tratamiento fisioterapéutico ni analgésico. Se decidió intervencionismo quirúrgico encontrando lesión tipo Fusión a nivel L4-L5 con inestabilidad vertebral, se realizó Artrodesis Lumbosacra. El estudio histopatológico mostro signos compatibles de Espondilitis Anquilosante.

Conclusión: Aunque la espondilitis anquilosante es más común en varones entre 20-30 años de edad, debe considerarse como un diagnóstico diferencial en mujeres de edad avanzada con dolor lumbar de etiología no especificada, para un tratamiento correcto.

Palabras clave: Espondilitis, Artrodesis, descompresión, Espondilitis anquilosante

Abstract.

Introduction: Ankylosing spondylitis is a chronic inflammatory disease that mainly affects the joints of the spine, which tend to weld together, causing a limitation of mobility. As a result there is a loss of flexibility of the spine, being rigid and fused by ossifications that form joints between articulations of the spine, both facet joints and intervertebral discs. It is a frequent disease, especially in the white race (0.5-1% of the population). It usually appears between 20 and 30 years old. The treatment of this pathology comprises NSAIDs at



maximum dosage as first line drugs and physical therapy (initial therapy), and in case of non-response, TNF-alpha inhibitor drugs can be used, which have shown therapeutic success especially in stages Early. It is associated with different inflammatory lesions, where the compromise can be bone, of the disc, of synovial joints and/or entheses. The vertebral lesions ultimately lead to the formation of Sindesmófitos and ankylosis.

Objective: To describe a case of bread secondary Hypopituitarism Sheehan syndrome.

Material and methods: Retrospective descriptive study, clinical case presentation.

Results: It presents the case of a female patient of 72 years of age who comes for lumbar pain of 2 months of evolution, without apparent cause, accompanied by edema of inferior limbs and paresthesias, scale of Glasgow 15/15, in the MRI of lumbar column is observed diffuse image at level of L4-L5, mobility and force were conserved. Evolutionally NMR reports Spondylodiscitis at the L4-L5 level. Not to cede the symptomatology with physiotherapist treatment or analgesic. Surgical interventionism was decided by finding a fusion-type lesion at L4-L5 level with vertebral instability, lumbosacral arthrodesis was performed. The histopathological study showed compatible signs of ankylosing spondylitis.

Conclusion: Although Ankylosing spondylitis is more common in males between 20-30 years of age, it should be considered as a differential diagnosis in women in elderly women with low back pain of unspecified etiology, for proper treatment.

Conclusion: Although Ankylosing spondylitis is more common in males between 20-30 years of age, it should be considered as a differential diagnosis in women in elderly women with low back pain of unspecified etiology, for a correct treatment.

Keywords: Spondylitis, Arthrodesis, decompression, Spondylitis, Ankylosing

Recibido: 6-12-2018

Revisado: 11-12-2018

Aceptado: 12-12-2018

Introducción. La espondilitis anquilosante (EA), guarda relación con dos palabras griegas ANKYLOS que significa soldadura, fusión, y ESPONDILITIS que significa inflamación vertebral, definiéndola como una enfermedad inflamatoria crónica que afecta fundamentalmente a las articulaciones de la columna vertebral, las cuales tienden a soldarse entre sí, provocando una limitación de la movilidad. Como resultado final se produce una pérdida de flexibilidad de la columna, quedándose rígida y fusionada mediante osificaciones que forman uniones entre articulaciones de la columna, tanto facetarias como discos intervertebrales 1-3. Estas uniones en un principio son afectadas por un proceso inflamatorio subagudo o crónico, con edema adyacente. Posteriormente, las lesiones erosivas se vuelven inactivas y se produce formación de tejido óseo, que llena el espacio erosionado y forma puentes entre huesos y hacia el extremo del ligamento afectado, creando una nueva entesis, con alta actividad metabólica, abundantes terminales nerviosas y son responsables de los síntomas inflamatorios 4.

Es una enfermedad frecuente, sobre todo en la raza blanca (0.5-1% de la población). Habitualmente aparece entre los 20 y 30 años de edad. En mujeres es algo menos frecuente y suele ser más leve 1.

En Latinoamérica la prevalencia de EA está cerca del 10/ 10.000 habitantes 2,5.

Su diagnóstico está basado en la clínica: dolor de espalda de tipo inflamatorio, en pacientes menores de 40 años, con detección de HLA B-27 y reactantes de fase aguda elevados (PCR, VHS), asociado a hallazgos radiológicos de sacroileítis y manifestaciones características en la columna vertebral.

El tratamiento de esta patología ha ido evolucionando en el tiempo: AINES a dosis máxima como fármacos de primera línea y terapia física (tratamiento inicial), y en caso de no respuesta satisfactoria, pueden ser utilizados fármacos inhibidores de TNF alfa, que han mostrado éxito terapéutico sobre todo en etapas tempranas, por lo cual el diagnóstico precoz de estas patologías es imperativo 6.



Las lesiones inflamatorias en la columna vertebral en pacientes con EA, pueden ocasionar compromiso óseo, del disco, de articulaciones sinoviales y/o entesis, pudiendo favorecer la formación de sindesmófitos y anquilosis.

Lo primero que nota la persona que tiene espondilitis anquilosante suele ser un dolor lumbar o síntomas parecidos a la “ciática”, que se produce por la inflamación de las articulaciones sacroilíacas y vertebrales. Este dolor es de tipo inflamatorio, que se caracteriza por ser de aparición insidiosa, lenta y paulatina, no pudiendo precisarse con exactitud el instante en el que comenzó el síntoma, sobre todo cuando el paciente se encuentra en reposo y mejora con la actividad física.

De esta forma el dolor suele ser máximo en las últimas horas de la noche y en las primeras de la madrugada, cuando el paciente lleva un largo rato en la cama. Esto obliga a la persona a levantarse y caminar para notar un alivio e incluso la desaparición del dolor. Con el paso del tiempo el dolor y la rigidez pueden progresar a la columna dorsal y al cuello.

Las vértebras se van fusionando, la columna pierde flexibilidad y se vuelve rígida, limitándose los movimientos de la misma. La caja torácica también puede afectarse, produciéndose dolor en la unión de las costillas al esternón y limitándose la expansión normal del pecho (al hinchar los pulmones) y dificultando la respiración. La inflamación y el dolor también pueden aparecer en las articulaciones de las caderas, hombros, rodillas o tobillos, o en las zonas del esqueleto donde se fijan los ligamentos y los tendones a los huesos (dolor en el talón, en el tendón de Aquiles)

Actualmente no existe ningún tratamiento capaz de curar definitivamente la enfermedad. Sin embargo, sí existen una serie de medicamentos eficaces y técnicas de rehabilitación que alivian el dolor y permiten una buena movilidad, con objeto de lograr una buena calidad de vida.

Los medicamentos antiinflamatorios (AINE) consiguen disminuir e incluso suprimir la inflamación articular, aliviando de esta forma el dolor y permitiendo un adecuado reposo nocturno. Estos fármacos no producen habituación (es decir,

el paciente no se “acostumbra” a ellos), ni adicción, por lo que pueden tomarse en periodos prolongados de tiempo. Sin embargo, las personas con antecedentes de úlcera de estómago o de duodeno o con problemas de riñón o cardiovasculares deberán tener más precaución con su uso

En cuanto al tratamiento quirúrgico, la Artrodesis Lumbosacra es una opción.

Objetivo

Describir un caso de Panhipopituitarismo secundario a Síndrome de Sheehan

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico.

Resultados

Descripción del caso clínico

Paciente femenina de 72 años de edad con antecedentes de exeresis de quiste ovárico hace 30 años, que acude por presentar sintomatología a nivel de columna lumbar de aproximadamente 2 meses de evolución, caracterizada por dolor que no alivia con analgésicos orales, y que han ido intensificándose desde hace 1 semana.

Al examen físico se constató edema de miembros inferiores y parestesias. La movilidad y la fuerza muscular estaban conservadas.

La Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de columna lumbar mostró una imagen difusa a nivel de L4 - L5.

La RMN + Espectroscopia de columna Lumbar que informó fractura del cuerpo vertebral de L4 con retropulsión de fragmento hacia canal medular que intenta el saco tecal y contacta con la raíz descendente de L5. Proceso inflamatorio hacia discos intervertebrales L3/L4 y L4/L5, así como tejidos blandos paravertebrales, cambios inflamatorios y disminución en la altura del cuerpo vertebral L5. Estenosis del agujero de conjunción derecho L4/L5 con compresión de la raíz emergente.

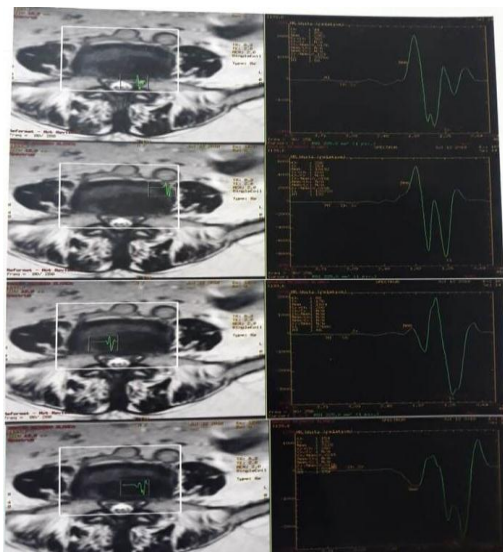
Figura 1 Resonancia Magnética Nuclear de Columna Lumbosacra



Fuente: Departamento de Radiología Hospital general docente Ambato

La valoración con espectroscopia multivoxel muestra un patrón metabólico sugestivo de proceso inflamatorio infeccioso.

Figura 2. Espectroscopia



Fuente: Departamento de Radiología Hospital general docente Ambato

Se realizó la planeación quirúrgica para estabilización ósea y toma de muestras para biopsia, el procedimiento quirúrgico fue Laminectomía en deslizamiento Grado I segmento L5-S1 Clasificación de Meyerding, se realizó sin complicaciones.

La evaluación post operatoria por Consulta Externa mostró recuperación de la fuerza

muscular 2/5 en miembros inferiores, principalmente de musculatura flexora y extensora de muslo sobre la pelvis.

Discusión

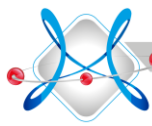
La elevada frecuencia con la que se presenta este tipo de patología en la población masculina, no excluye su diagnóstico esporádico en mujeres de la tercera edad. Como el tratamiento conservador con analgésicos y corticoides sólo brindan una mejoría parcial, debe considerarse como alternativa terapéutica la intervención quirúrgica, a partir del estado clínico del paciente y la existencia de inestabilidad vertebral.

Conclusiones

Aunque la espondilitis anquilosante es más común en varones entre 20-30 años de edad, debe considerarse como un diagnóstico diferencial en mujeres de edad avanzada con dolor lumbar de etiología no especificada, para un tratamiento correcto.

Referencias bibliográficas:

1. Peter F. Ullrich, Jr., MD, Orthopedic Surgeon (retired). Epondilolistesis Lumbar definición. Spine-Health's editorial 08/2014
2. Benoist M.. Natural history of the aging spine. Eur Spine J 2003; 12: pp. S86-S89
3. Jacobsen S., Sonne-Holm S., Røvsing H., Monrad H., and Gebuhr P.. Degenerative lumbar spondylolisthesis: an epidemiological perspective: the Copenhagen Osteoarthritis Study. Spine 2007; 32: pp. 120-125
4. Foreman P1, Griessenauer CJ, Watanabe K, Conklin M, Shoja MM, Rozzelle CJ, Loukas M, Tubbs RS. L5spondylolysis/spondylolisthesis: a comprehensive review with an anatomic focus. 2013 Feb; 29(2):209-16. doi: 10.1007/s00381-012-1942-2. Epub 2012 Oct 23.
5. Robbins M, Mallon Z, Roberto R, Patel R, Gupta M, Klineberg E. Traumatic spondylopelvic dissociation: a report of two cases of spondylolisthesis at L5-S1 and review of literature. Global Spine J 2015; 5:225-230
6. Kirkaldy-Willis WH, Farfan HF. Instability of the lumbar spine. Clin Orthop 1982;165:110



7. Garfin SR, Rydevik BL, Lipson SJ, Herkowitz H. Spinal Stenosis. Pathophysiology. Philadelphia: Saunders. The Spine 1999;779-96.
8. Lewin T. Osteoarthritis in lumbar synovial joints. A morphologic study. Acta Orthop Scand 1964;73:1-12
9. Arbit E, Pannullo S. Lumbar stenosis. A clinical review. Clin Orthop 2001;138:137-43.
10. MacNab I. Spondylolisthesis with an intact neural arch. The so called pseudo-spondylolisthesis. J Bone Joint Surg 1950; 32:325-33
11. Escribá Roca I, Villanueva García E, Pérez Millan LA, Bas Conesa JL. Estenosis de canal lumbar: Clínica, diagnóstico y factores pronósticos en 65 pacientes tratados quirúrgicamente. Rev Ortop Traumatol 1992; 5:550-7.
12. Porter R.W. Central spinal stenosis. Classification and pathogenesis. Acta Orthop Scand 1993;64:64-6
13. Meyerding HW. Spondylolisthesis. J Bone Joint Surg. 1931;13:39-48
14. Nockels RP. Dynamic stabilization in the surgical management of painful lumbar spinal disorders. Spine (Phila Pa 1976). 2005;30(Suppl 16):S68-72.
15. Thomas J. Errico, MD Chief, Division of Spine Surgery NYU Langone Medical Center Lumbar Spinal Stenosis with Grade I Spondylolisthesis, SpineUniverse Case Study Library (<http://www.spineuniverse.com>) . 2012;3:7.
16. Jason M. Highsmith, MD Symptoms of Spondylolisthesis SpineUniverse editorial, Updated on: 09/15/15. <https://www.spineuniverse.com/conditions/spondylolisthesis/symptoms-spondylolisthesis>
17. Stephen E. Heim, MD Degenerative Spondylolisthesis of the Lumbar Spine. Neuro-Spine Center, Central DuPage Hospital Carol Stream, IL. Updated on: 08/23/16. Spine-Universe <https://www.spineuniverse.com/conditions/spondylolisthesis/symptoms-spondylolisthesis>
18. Eismont F.J., Norton R.P., and Hirsch B.P.: Surgical management of lumbar degenerative spondylolisthesis. J Am Acad Orthop Surg 2014; 22: pp. 203-213
19. Blumenthal C., Curran J., Benzel E.C., Potter R., Magge S.N., Harrington J.F., et al: Radiographic predictors of delayed instability following decompression without fusion for degenerative grade I lumbar spondylolisthesis. J Neurosurg Spine 2013; 18: pp. 340-346
20. Hoffmann CH, Scholz M, Kandziora F. Z Orthop Unfall. Indications for Surgical Correction of Degenerative Spondylolisthesis. 2016 Feb;154(1):85-97; quiz 98-9.
21. Ghogawala Z, Dziura J, Butler WE, Dai F, et al. Laminectomy plus fusion versus laminectomy alone for lumbar spondylolisthesis. N Engl J Med. 2016; 374:1424-1434.
23. Försth P, Ólafsson G, Carisson T, Frost A, et al. A randomized controlled trial of fusion surgery for lumbar spinal stenosis. N Engl J Med. 2016; 374:1413-1423.