

REPORTE DE CASO CLÍNICO

# Oligoartritis, una forma de presentación de espondilitis anquilosante

Santiago Andrés Guzmán-García<sup>1</sup>, José Elías Samaniego Burneo<sup>2</sup>,  
Karen Stefany Armijos Pardo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Reumatólogo. Departamento de Reumatología, Hospital Clínica San Agustín, Loja-Ecuador.

<sup>2</sup>Médico General, Universidad Técnica Particular de Loja, Loja-Ecuador.

## Oligoarthritis, a form of presentation of ankylosing spondylitis.

### PALABRAS CLAVE

*Espondiloartritis axial, espondilitis anquilosante, secukinumab, artritis reumatoide*

### KEYWORDS

*Spondyloarthritis axial, ankylosing spondylitis, secukinumab, rheumatoid arthritis*

### CORRESPONDENCIA

Santiago Andrés Guzmán García  
Hospital Clínica San Agustín, Loja-Ecuador.  
reumatologiaoja@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0002-1237-7927>

### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no tienen conflictos de interés en esta publicación.

## RESUMEN

La espondilitis anquilosante es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta principalmente al esqueleto axial y las articulaciones sacroiliacas, sin embargo, también puede involucrar articulaciones periféricas, lo que en ciertas ocasiones representa un desafío en el diagnóstico diferencial con otras enfermedades reumáticas. Se presenta el caso de un hombre, joven con clínica de oligoartritis periférica y dolor lumbar que inicialmente fue diagnosticado de artritis reumatoide; a pesar de la poca frecuencia de la coexistencia de ambas enfermedades, es esencial tenerlas en cuenta en el diagnóstico diferencial. Los estudios de imagen y estudios de laboratorio son un pilar fundamental en el diagnóstico de esta patología. El tratamiento con secukinumab demostró una mejora significativa en el estado clínico del paciente, estas nuevas terapias biológicas han logrado mejorar la calidad de vida y pronóstico, enfatizando la necesidad de un enfoque terapéutico adaptado a cada caso.

## ABSTRACT

Ankylosing spondylitis is a chronic inflammatory disease that primarily affects the axial skeleton and sacroiliac joints. However, it can also involve peripheral joints, which in some cases is a challenge in the differential diagnosis with other rheumatic diseases. This case presents a young man with a clinical presentation of peripheral oligoarthritis and lower back pain who was initially diagnosed with rheumatoid arthritis. Although the coexistence of both diseases is uncommon, it is essential to consider them in the

differential diagnosis. Imaging studies and laboratory tests are crucial pillars in the diagnosis of this condition. Treatment with secukinumab demonstrated significant improvement in the patient's clinical status. These new biological therapies have proven to enhance quality of life and prognosis, emphasizing the need for a therapeutic approach tailored to each case.

## INTRODUCCIÓN

Las espondiloartritis son un grupo de enfermedades inflamatorias con componentes autoinmunes que tienen en común una serie de manifestaciones clínicas. Incluyen la espondilitis anquilosante, artritis reactiva, artritis psoriásica, espondiloartritis asociada con enfermedad inflamatoria intestinal y espondiloartritis indiferenciadas.<sup>1</sup> Se caracterizan por inflamación de las articulaciones de la columna axial y sacroiliacas, aunque las articulaciones periféricas también pueden verse afectadas; presencia de entesitis, que consiste en la inflamación de tendones, ligamentos y cápsulas articulares en su unión al hueso; afectación extraarticular como uveítis, enfermedad gastrointestinal, lesiones mucocutáneas y anomalías cardíacas; y la presencia en ciertos casos del gen del antígeno leucocitario humano HLA- B27. Se las considera seronegativas porque comúnmente tienen factor reumatoide y anticuerpos antinucleares negativos.<sup>2</sup>

La espondilitis anquilosante es la artropatía más común y representativa de estas entidades, su etiología es complicada e involucra una serie de variables genéticas, factores demográficos y ambientales; típicamente se manifiesta en varones jóvenes entre los 20 a 40 años de edad con una relación hombre: mujer de 2:1, a 4:1.<sup>3</sup> En Latinoamérica, la prevalencia de la espondilitis anquilosante es aproximadamente de 10 por cada 10,000 habitantes.<sup>4</sup> En el pasado, la espondilitis anquilosante se diagnosticaba frecuentemente de manera errónea como artritis reumatoide. Actualmente, las modernas pruebas de laboratorio y las técnicas de imagen permiten diferenciar estas enfermedades sin mayores dificultades, sin embargo, puede surgir un problema cuando el paciente presenta síntomas típicos de ambas enfermedades simultáneamente.<sup>5</sup>

Para confirmar el diagnóstico de espondilitis anquilosante, es necesario contar con al menos un criterio clínico y uno radiológico. La resonancia magnética ha sido un pilar fundamental para detectar de manera

temprana la inflamación axial del esqueleto! Los objetivos del tratamiento son aliviar los síntomas, mejorar la funcionalidad, mantener la capacidad laboral, reducir las complicaciones de la enfermedad y prevenir, en la medida de lo posible, el daño estructural. A lo largo del tiempo, los paradigmas de tratamiento han cambiado considerablemente, los antiinflamatorios no esteroides, que solían ser la primera opción, ya no son las únicas alternativas, sobre todo en situaciones de inadecuada respuesta. Actualmente, gracias a la identificación de múltiples vías inflamatorias, se han desarrollado fármacos modificadores de la enfermedad y productos biológicos que han logrado mejorar la calidad de vida y pronóstico de estos pacientes.<sup>6,7</sup>

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 39 años de edad, sin antecedentes personales o familiares de relevancia.

A los 35 años, inició con artritis en articulación tibioastragalina izquierda, con posterior compromiso de ambas rodillas. Fue valorado por el servicio de traumatología, le realizaron una artrocentesis con infiltración intraarticular de glucocorticoides en ambas rodillas y tobillo izquierdo, sin obtener mejoría significativa consultó a otro especialista que diagnosticó fiebre reumática, y le prescribió penicilina mensual por 6 meses sin respuesta. La artritis progresó, afectando a codo derecho y hombro izquierdo.

Acudió a valoración por reumatología de su ciudad a los 36 años, y el paciente fue diagnosticado de artritis reumatoide seronegativa e inició tratamiento con metotrexato, sulfasalazina, con mejoría parcial del cuadro clínico, con eventos repetitivos de inflamación articular en articulaciones previamente descritas.

Por no presentar mejoría articular total y continuar con dolor lumbar, el paciente a los 39 años de edad, acudió a valoración a nuestro servicio, con un cuadro de oligoartritis importante en tobillo izquierdo y rodillas bilateralmente. Además, de dolor crónico en la columna lumbar, caracterizado como inflamatorio. Durante el interrogatorio dirigió datos característicos de alguna otra patología autoinmune. La exploración física reveló sinovitis importante de ambas rodillas y tobillo izquierdo y entesitis en el tobillo derecho, y test de Schober Modificado de 4 cm, resto de exploración sin alteraciones, signos vitales dentro de parámetros normales.

Se solicitaron estudios complementarios que muestran un patrón de inflamación crónica, evidenciado por elevaciones en la PCR y VSG, con factor reumatoide, anticuerpos anti citrulina, y antinucleares negativos. Se observó una radiografía previa de hace 4 años (figura 1), en la cual se observaron datos claros de sacroileítis bilateral grado 3, que se confirmó con el estudio de resonancia magnética, en el cual se visualizó cambios de sacroileítis bilateral (figura 2); con lo que se cumplió con criterios clínicos y radiográficos de New York Modificado, estableciendo el diagnóstico de Espondilitis Anquilosante. Además, los resultados positivos para HLA-B27 son relevantes en el contexto clínico del paciente que permitieron llegar al diagnóstico de espondilitis anquilosante y modificar el tratamiento, se inició secukinumab administrando dosis de carga de 150 mg subcutáneo semanal, por 4 semanas y luego dosis de mantenimiento de 150 mg mensual, con una adecuada respuesta clínica y de laboratorio, tanto axial como periférica a los 3 meses de seguimiento, lo que permitió disminuir la dosis de metotrexato y sulfasalazina.

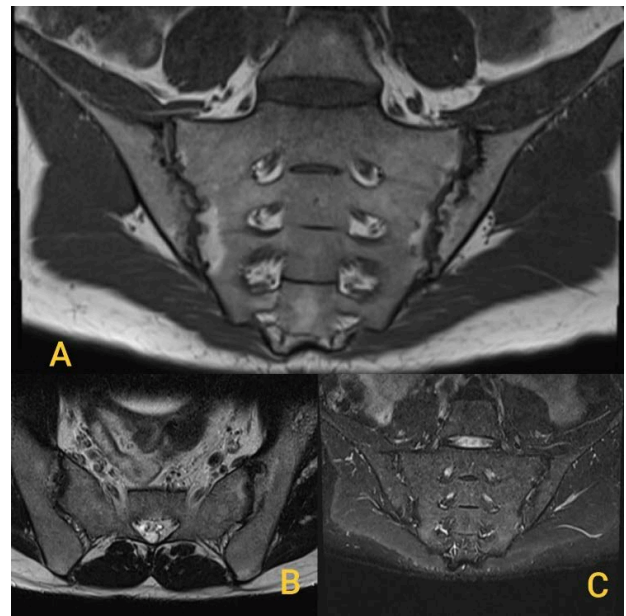
## DISCUSIÓN

La espondilitis anquilosante es una afección inflamatoria crónica que afecta principalmente al hueso axial y las articulaciones sacroiliacas, sin embargo, también puede afectar a articulaciones periféricas, por lo que puede ser motivo de confusión con otras enfermedades articulares crónicas, como el caso de nuestro paciente, un varón joven con oligoartritis asimétrica y dolor lumbar de 4 años de evolución quien fue diagnosticado previamente de artritis reumatoide con marcadores serológicos y factor reumatoide negativos; si bien los casos de coexistencia de artritis reumatoide con espondilitis anquilosante existen, son raros, y la probabilidad de coexistencia en el mismo paciente oscila entre 1/50.000 y 1/100.000,<sup>8</sup> sin embargo, se han descrito varias razones que pueden llevar a un diagnóstico erróneo o a un retraso de ambas entidades.

En primer lugar, algunos pacientes con espondilitis anquilosante pueden no presentar síntomas axiales evidentes, lo que puede llevar a confundir su condición con artritis reumatoide. Además, no es común que los pacientes con artritis reumatoide sean sometidos a pruebas para detectar el HLA-B27 o a estudios de imagen de las articulaciones sacroilíacas. Así mismo, se han observado casos en los que pacientes con artritis reumatoide o espondilitis anquilosante son negativos



**Figura 1.** Radiografía de sacroiliacas en la que se observa sacroileítis bilateral grado 3 según los criterios de New York Modificados.



**Figura 2.** Resonancia magnética de sacroiliacas A) Corte coronal, secuencia T1 B) Secuencia T2, corte coronal C) Secuencia STIR; en los que se observa sacroileítis bilateral, edema óseo y metaplasia grasa en ambas articulaciones sacroiliacas.

tanto para el factor reumatoide como para el HLA-B27, situación que pueden causar confusión.<sup>9</sup> Según estudios previos, la mitad de los pacientes con espondilitis anquilosante tienen afectación articular periférica en algún momento de la enfermedad, la cual puede ser clínicamente y patológicamente indistinto de la artritis reumatoide, mismo ocurre con el aumento de marca-

**Tabla 1.** Criterios diagnósticos de Nueva York modificados de 1984

Criterios Clínicos
1. Dolor lumbar inflamatorio > 3 meses
2. Limitación de la movilidad lumbar en los planos sagital y frontal
3. Limitación de la expansión torácica
Criterio radiológico
Sacroileítis bilateral grado 2 o superior o sacroileítis unilateral 3 o 4
<b>El diagnóstico se establece con un criterio radiológico y al menos un criterio clínico.</b>

**Tabla 2.** Criterios ASAS de clasificación de espondiloartritis axiales<sup>13</sup>

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS OBLIGADOS
Diagnóstico radiológico de sacroileítis + 1 o más características de espondiloartritis	Edad de inicio de síntomas <45 años
	Dolor lumbar > 3 meses
HLA B27+2 o más características de espondiloartritis	<b>CARACTERÍSTICAS DE ESPONDILOARTRITIS</b>
	Dolor inflamatorio bajo–Artritis–Entesitis–Uveítis–Dactilitis–Psoriasis–Crohn/colitis– Buena respuesta a AINE–Historia familiar de espondiloartropatía–HLA B27– PCR elevada

dores inflamatorios como la PCR y la VSG, característica compartida por ambas enfermedades y situación que se evidenció en el presente caso.<sup>10</sup>

Se ha demostrado que las predisposiciones genéticas de estas enfermedades son distintas. La presencia del HLA-B27 predispone a la espondilitis anquilosante, siendo su prevalencia del 5–15% en individuos positivos, con un riesgo 20 veces mayor en comparación con aquellos sin este antígeno,<sup>3</sup> mientras que el HLA-DR4 es común en pacientes con artritis reumatoide. Clínicamente, la artritis periférica de los pacientes con espondilitis anquilosante suele ser asimétrica en forma de oligoartritis de miembros inferiores y generalmente afectan a una sola articulación grande, como el hombro, la cadera o la rodilla, y rara vez se observan erosiones. En la artritis reumatoide, la inflamación es simétrica y afecta a múltiples articulaciones pequeñas de las manos y los pies, siendo las más comunes las articulaciones interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, las articulaciones de la muñeca y las metatarsofalángicas; la afectación de la articulación sacroiliaca es infrecuente, aunque algunos estudios indican que puede afectar hasta al 20% de los pacientes. Sin embargo, las diferencias en las imágenes radiológicas son significativas.

Los criterios modificados de Nueva York (tabla 1) para la espondilitis anquilosante son empleados aún en la prác-

tica clínica, en estudios y ensayos de medicamentos a pesar de sus limitaciones para diagnosticar formas tempranas de la enfermedad.<sup>11</sup> La sacroileítis radiográfica se convirtió en un elemento clave para el diagnóstico y la clasificación de los pacientes, sin embargo, recientemente se ha reconocido que la sacroileítis radiográfica es un hallazgo bastante tardío en muchos pacientes, es posible que durante el primer año de la enfermedad las pruebas radiológicas no muestren afectación de la columna lumbar, de modo que la resonancia magnética ha sido capaz de detectar signos de inflamación mucho antes de que las radiografías muestren daño estructural, así los pacientes pueden ser diagnosticados basándose en un patrón clínico típico, incluso cuando las pruebas radiográficas son normales.<sup>12</sup>

Las alteraciones que se pueden encontrar en los estudios de resonancia magnética se han clasificado en dos grandes grupos, inflamatorias activas y estructurales. Primero, las lesiones inflamatorias activas en la sacroileítis asociada a la espondiloartritis incluyen el edema óseo, osteítis, sinovitis, entesitis y capsulitis, sin embargo, solo el edema óseo y la osteítis son esenciales para el diagnóstico de sacroileítis activa.<sup>13</sup> Las lesiones estructurales incluyen esclerosis subcondral, erosión, depósito de médula ósea grasa periarticular y puentes óseos/anquilosis. El depósito de médula ósea grasa se considera una lesión crónica en las espondiloartritis, ya que típicamente se encuentra en áreas donde se localizan las lesiones inflamatorias activas.<sup>14</sup> En nuestro paciente se pudo evidenciar lesiones inflamatorias activas de sacroileítis como el edema óseo y estructurales como la infiltración adiposa subyacente en las placas terminales; que junto con la clínica y la presencia del HLA-B27 permitieron llegar a un diagnóstico definitivo en base a los criterios que propone la Sociedad Internacional de Evaluación de la Espondiloartritis (ASAS) (tabla 2).

El tratamiento de la espondilitis anquilosante se basa en un serie de medidas no farmacológicas como la educación al paciente, disminuir el consumo de tabaco, ejercicio y fisioterapia,<sup>15</sup> sin embargo, el tratamiento farmacológico cumple un papel fundamental, el cual ha ido revolucionando desde la aparición de terapias como los anti-TNF y anti IL-17. Según Barrio et al, y en base a las últimas recomendaciones del Colegio Americano de Reumatología, la Asociación Americana de Espondilitis, y la Red de Investigación y Tratamiento de la Espondiloartritis (SPARTAN), sugieren que en

adultos con espondilitis anquilosante activa, se inicie un tratamiento continuo con AINE en lugar de un tratamiento a demanda, la evidencia que lo respalda, indica que el uso continuo de AINE da como resultado una menor fusión espinal en las radiografías después de dos años en comparación con el uso a demanda, sin embargo, esta decisión puede variar dependiendo de la severidad de los síntomas, las preferencias del paciente y la presencia de comorbilidades, especialmente enfermedades gastrointestinales, renales y cardiovasculares.<sup>7</sup>

La sulfasalazina o el metotrexato deben considerarse sólo en pacientes con artritis periférica prominente,<sup>16,17</sup> en el caso de nuestro paciente, se decidió disminuir la dosis habitual para tratar de controlar la sintomatología periférica y añadir el biológico, secukinumab, un anti IL-17. El uso de secukinumab e ixekizumab en pacientes con espondilitis anquilosante activa está respaldado por datos provenientes de grandes ensayos controlados con placebo.<sup>7</sup> Los anti-IL-17 son tan efectivos como los inhibidores del TNF para controlar la artritis y probablemente sean más eficaces que los inhibidores del TNF en el tratamiento de la psoriasis.<sup>18</sup>

## CONCLUSIÓN

Presentamos un caso de un paciente joven con diagnóstico previo de Artritis Reumatoide Seronegativa, con mala respuesta a FARME sintéticos convencionales, en el que se sospechó de Espondilitis Anquilosante, por la forma de presentación, la edad del paciente y el dolor lumbar, con adecuada respuesta a un inhibidor de IL-17.

## REFERENCIAS

- Ebrahimiadib N, Berijani S, Ghahari M, Pahlavani FG. Ankylosing Spondylitis. *J Ophthalmic Vis Res.* 29 de julio de 2021;16(3):462-9.
- Spondyloarthropathies. *Rheum Dis Clin North Am.* febrero de 1992;18(1):1-276.
- Sanhueza Z. A, Prieto R. JC, Weisz C. J, Leiter Herrán F, Soto F. S, Chiang O. F, et al. Espondiloartritis anquilosante: revisión de hallazgos imagenológicos en la columna. *Rev Chil Radiol.* 1 de octubre de 2016;22(4):171-83.
- Dean LE, Jones GT, MacDonald AG, Downham C, Sturrock RD, Macfarlane GJ. Global prevalence of ankylosing spondylitis. *Rheumatol Oxf Engl.* abril de 2014;53(4):650-7.
- Barczyńska TA, Węgierska M, Żuchowski P, Dura M, Zalewska J, Waszczak M, et al. Coexistence of rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Reumatologia.* 2015;53(5):279-85.
- Agrawal P, Tote S, Sapkale B. Diagnosis and Treatment of Ankylosing Spondylitis. *Cureus [Internet].* 19 de enero de 2024 [citado 15 de julio de 2024];16(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10874590/>
- Ward MM, Deodhar A, Gensler LS, Dubreuil M, Yu D, Khan MA, et al. 2019 Update of the American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Non-radiographic Axial Spondyloarthritis. *Arthritis Care Res.* octubre de 2019;71(10):1285-99.
- Toussiro E, Acquaviva PC. Coexisting rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis discussion of 3 cases with review of the literature. *Clin Rheumatol.* septiembre de 1995;14(5):554-60.
- Zhang Y, Feng B, Dong J, Zhong Y, Wang L, Zhao L. Rheumatoid arthritis coexisting with ankylosing spondylitis. *Medicine (Baltimore).* 2 de abril de 2021;100(13):e25051.
- Heuft-Dorenbosch L, van Tubergen A, Spoorenberg A, Landewé R, Dougados M, Mielants H, et al. The influence of peripheral arthritis on disease activity in ankylosing spondylitis patients as measured with the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *Arthritis Rheum.* 15 de abril de 2004;51(2):154-9.
- Gouveia EB, Elmann D, Morales MS de Á. Ankylosing spondylitis and uveitis: overview. *Rev Bras Reumatol.* octubre de 2012;52(5):742-56.
- Heijde D van der, Ramiro S, Landewé R, Baraliakos X, Bosch FV den, Sepriano A, et al. 2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis.* 1 de junio de 2017;76(6):978-91.
- Banegas Illescas ME, López Menéndez C, Rozas Rodríguez ML, Fernández Quintero RM. Nuevos criterios ASAS para el diagnóstico de espondiloartritis. Diagnóstico de sacroileítis por resonancia magnética. *Radiología.* 1 de enero de 2014;56(1):7-15.

14. Chiowchanwisawakit P, Lambert RGW, Conner-Spady B, Maksymowych WP. Focal fat lesions at vertebral corners on magnetic resonance imaging predict the development of new syndesmophytes in ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum.* agosto de 2011;63(8):2215-25.
15. Villaverde-García V, Cobo-Ibáñez T, Candelas-Rodríguez G, Seoane-Mato D, Campo-Fontecha PDD, Guerra M, et al. The effect of smoking on clinical and structural damage in patients with axial spondyloarthritis: A systematic literature review. *Semin Arthritis Rheum.* abril de 2017;46(5):569-83.
16. Haibel H, Brandt HC, Song IH, Brandt A, Listing J, Rudwaleit M, et al. No efficacy of subcutaneous methotrexate in active ankylosing spondylitis: a 16-week open-label trial. *Ann Rheum Dis.* marzo de 2007;66(3):419-21.
17. Khanna Sharma S, Kadiyala V, Naidu G, Dhir V. A randomized controlled trial to study the efficacy of sulfasalazine for axial disease in ankylosing spondylitis. *Int J Rheum Dis.* enero de 2018;21(1):308-14.
18. Ten Bergen LL, Petrovic A, Krogh Aarebrot A, Appel S. The TNF/IL-23/IL-17 axis-Head-to-head trials comparing different biologics in psoriasis treatment. *Scand J Immunol.* octubre de 2020;92(4):e12946.