

Qué es ? La Espondilitis Anquilosante

La espondilitis anquilosante es una forma de inflamación de las articulaciones que afecta de forma primaria a la columna vertebral, hombros, caderas y rodillas.

El término espondilitis anquilosante deriva de dos vocablos griegos. “SPONDYLOS” que significa vértebra y “ANKYLOS”, que hace referencia a la soldadura y fusión que ocasionalmente se produce entre las vértebras como consecuencia final de la inflamación. El añadido “ITIS” indica que el proceso tiene como base una inflamación de las articulaciones que hay entre las vértebras. Como resultado final se produce una pérdida de flexibilidad de la columna pudiendo quedar rígida y fusionada.

ANATOMÍA Y FUNCIÓN DE LA COLUMNA VERTEBRAL

La columna vertebral es una estructura longitudinal con forma de tallo óseo que constituye el eje del tronco y sostiene al cráneo. De ella emergen: la caja torácica (que es el estuche óseo que protege al corazón, los grandes vasos sanguíneos y los pulmones) y las cuatro extremidades. Está formada por 24 vértebras, el sacro y el cóccix (o rabadilla). Está dividida en 3 regiones: región cervical con 7 vértebras, región dorsal con 12 vértebras y región lumbar con 5 vértebras. El sacro se une al resto de la pelvis por medio de unas articulaciones denominadas sacroilíacas (figura 1).

Las articulaciones sacroilíacas son unas estructuras muy importantes en la espondilitis anquilosante, puesto que suelen ser las primeras que se inflaman. Desde éstas, la inflamación

puede extenderse a otras articulaciones existentes entre las vértebras (figura 2), con tendencia en todas las localizaciones a la fusión entre los huesos por medio de puentes óseos dando lugar a lo que se denomina “columna en caña de bambú”. Esta es una situación muy avanzada de la enfermedad y conduce a la pérdida definitiva de la movilidad del tronco.

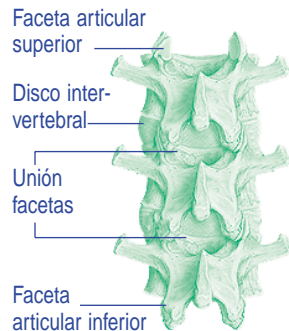


Figura 2

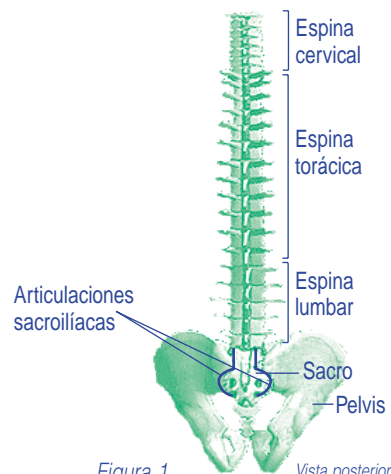


Figura 1

Vista posterior

¿CUÁL ES EL ORIGEN DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE?

No se conoce la causa por la que se produce esta enfermedad. Sin embargo, en los últimos años se está

avanzando en el conocimiento de los mecanismos que desencadenan el proceso y en el/los posibles agentes responsables.

Se conoce desde hace tiempo que la espondilitis anquilosante afecta con mayor frecuencia a las personas que presentan en sus células una señal específica. Esta señal se transmite por herencia genética y se denomina “antígeno HLA B-27”. El hecho de la transmisión genética de esta marca explica por qué la espondilitis anquilosante aparece con más frecuencia en determinadas razas y dentro de éstas en determinadas familias. La posesión del antígeno HLA-B27 parece asociarse a una respuesta anormal de la persona a la acción de determinados gérmenes. Probablemente la conjunción de estos dos factores desencadene la enfermedad.

¿TENER EL ANTÍGENO HLA-B27 SUPONE PADECER ESPONDILITIS ANQUILOSANTE?

No, ni mucho menos. Una minoría escasa de personas con este antígeno padecerá la enfermedad, aun teniendo familiares con espondilitis anquilosante.

La mayoría de personas en las que se desarrolla la espondilitis anquilosante están previamente sanas, sin embargo, otras enfermedades con un comportamiento parecido denominadas espondiloartropatías, pueden aparecer en personas con alteraciones inflamatorias del intestino, infecciones del tracto urinario o una enfermedad de la piel llamada psoriasis.

¿QUÉ SINTOMAS PRODUCE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE?

La espondilitis anquilosante no es una enfermedad infrecuente. Aparece en personas jóvenes, especialmente en varones entre 20 y 30 años. Sin embargo, algunos casos pueden comenzar ya en la infancia o en la adolescencia, y afectar a las mujeres, aunque en éstas la enfermedad suele ser más leve y muchas veces es más difícil de diagnosticar.

Signos que pueden indicar el padecimiento de espondilitis anquilosante:

1. Comienzo del dolor antes de los 35 años.
2. Rigidez de la columna por la mañana, al levantarse de la cama.
3. Mejoría de los síntomas con la actividad.
4. Comienzo subagudo o mal definido.
5. Duración de los síntomas mayor de 3 meses.

Lo primero que nota la persona que tiene espondilitis anquilosante suele ser un dolor lumbar o lumbago, que se produce por la inflamación de las articulaciones sacroilíacas y vertebrales. Este dolor es de tipo inflamatorio, y se manifiesta de forma insidiosa, lenta y paulatina, no pudiendo precisarse con exactitud el instante en el que comenzó el síntoma. El lumbago aparece cuando el paciente se encuentra en reposo, mejorando 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. En estas circunstancias, este síntoma obliga a la persona a levantarse y caminar para notar un alivio e incluso desaparición del dolor.

Frente a este dolor inflamatorio de la espondilitis anquilosante hay otro lumbago de origen mecánico que es de inicio brusco, bien localizado por el paciente en una determinada zona de la columna vertebral, mejora con el reposo y empeora con el

esfuerzo físico. Este lumbago mecánico no tiene nada que ver con la espondilitis anquilosante, y se debe a malas posturas mantenidas de la espalda, alteraciones en el alineamiento de las vértebras, a un proceso de debilidad con o sin desequilibrio muscular o a una lesión específica (generalmente degenerativa) de la columna vertebral.

El dolor lumbar inflamatorio del enfermo con espondilitis anquilosante puede extenderse hacia las nalgas, parte posterior del muslo y puede tener un carácter alternante.

El dolor espinal, en cualquiera de sus localizaciones se acompaña de una disminución global de toda la capacidad de movimiento de la zona afectada.

En algunos pacientes, la enfermedad no comienza en la columna lumbar, sino que lo hace con inflamación de una o varias articulaciones de las extremidades, generalmente inferiores (rodillas, tobillos o dedos de los pies). Otras veces, el dolor se produce por la inflamación de zonas del esqueleto donde se fijan los ligamentos y los tendones a los huesos (dolor de talón, dolor en el tendón de Aquiles, dolor en el tórax, etc.).

¿CÓMO EVOLUCIONA LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE?

Es una enfermedad crónica que evoluciona por brotes de inflamación de las articulaciones de la columna vertebral, o de otras articulaciones como los hombros, las caderas, las rodillas o los tobillos. Entre ataque y ataque generalmente, el paciente se queda sin síntomas de dolor y mantiene una actividad cotidiana normal.

Hoy en día es poco frecuente que la espondilitis anquilosante sea grave, es decir, que se suelden todas las vértebras, dejando a la persona anquilosada y rígida. Esto es debido a que en la actualidad se sabe que la rehabilitación y la gimnasia articular de la espalda realizada correcta y constantemente dan como resultado una buena evolución del proceso, manteniendo al paciente con una aceptable capacidad funcional para mantener una adecuada calidad de vida.

¿SE PRODUCEN SÍNTOMAS FUERA DEL APARATO LOCOMOTOR?

Algunas personas con espondilitis anquilosante pueden tener episodios de inflamación en distintas estructuras del ojo, dando lugar a lo que se denomina "OJO ROJO". La inflamación se produce sobre todo en el iris y de forma ocasional en la conjuntiva. Los síntomas oculares pueden preceder en el tiempo a la inflamación de la columna vertebral.

En algunos enfermos con afectación muy grave de la columna vertebral se pueden producir alteraciones en los pulmones y en las válvulas del corazón. La inflamación y posterior rigidez de las articulaciones de la caja torácica provoca una disminución de la movilidad del tórax, que altera la capacidad para respirar. Por lo tanto, las personas con espondilitis anquilosante deben evitar el hábito de fumar.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA ESTA ENFERMEDAD?

Como en el resto de enfermedades, el diagnóstico se basa en los síntomas referidos por el paciente y en los signos exploratorios que objetiva el médico, en este caso el reumatólogo. Es muy importante que la persona afectada de espondilitis anquilosante relate de forma pormenorizada la forma de presentación y las caracte-

terísticas del dolor lumbar. De esta manera se podrá realizar un diagnóstico muy aproximado de la lumbalgia, precisando el origen inflamatorio de sus síntomas.

El diagnóstico se confirmará mediante radiografías de la columna vertebral y la pelvis. En éstas se pretende verificar la existencia de alteraciones en las articulaciones sacroiliacas y vertebrales. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los cambios en las radiografías se presentan de forma más tardía que las manifestaciones clínicas.

La presencia del "antígeno HLA B-27" sirve como ayuda para corroborar el diagnóstico. Los análisis, especialmente de sangre son un pilar más para el diagnóstico y seguimiento del fenómeno inflamatorio.

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO?

Actualmente no existe ningún tratamiento capaz de curar la enfermedad. Sin embargo, existen una serie de medicamentos y técnicas de rehabilitación que alivian los síntomas dolorosos y permiten una buena movilidad, evitando una evolución desfavorable de la enfermedad. 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 deberán tener mucha precaución con su uso.

En algunos pacientes con espondilitis anquilosante con una evolución más importante puede ser útil la administración de sulfasalazina, generalmente asociada a antiinflamatorios. En este caso el paciente deberá seguir las indicaciones del reumatólogo, en cuanto a la dosis y hora de administración del medicamento.

El pilar más importante en el tratamiento de la espondilitis es la realización de ejercicios físicos reglados y ejercicios respiratorios. Estas actividades las realizará el paciente en función de sus necesidades y siempre según las habilidades previas que posea.

La práctica deportiva que permita la extensión de la espalda y que mantenga la movilidad de los hombros y caderas es muy recomendable. En este sentido, la natación es el mejor ejercicio, porque con ella se ejercitan de una forma equilibrada todos los músculos y articulaciones de la espalda, susceptibles de lesionarse por la enfermedad.

Dadas, la rigidez y la fragilidad de la columna vertebral de las personas con espondilitis anquilosante se deben evitar los deportes y ejercicios de contacto y colisión física, por la posibilidad de traumatismo articular y óseo. Así mismo, no son recomendables los deportes que como el golf, obliguen a la flexión continua de la espalda.

La cirugía contribuye poco al tratamiento de la espondilitis anquilosante. Sólo, de forma ocasional puede ser necesaria la intervención quirúrgica sobre articulaciones muy dañadas que tengan una movilidad muy escasa (fundamentalmente la cadera).

RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO DE LA COLUMNA VERTEBRAL

Mantener una postura correcta durante el trabajo y el descanso nocturno es fundamental para contrarrestar posibles alteraciones en la estática y dinámica de la

columna vertebral, en personas con esta enfermedad. El colchón debe ser duro. No es recomendable el uso de corsés y fajas puesto que favorecen la inmovilidad de la espalda, actitud que es contraproducente en la espondilitis anquilosante. Es fundamental la realización diaria de gimnasia que fortalezca la musculatura abdominal y espinal.

VIDA LABORAL

Las personas con espondilitis anquilosante pueden realizar su actividad laboral de una manera digna, eficaz, productiva e incluso brillante. No deben tener sentimientos de inutilidad para su trabajo habitual. Los trabajos ideales son aquellos que permiten una amplia variedad de movimientos (andar, sentarse, estar de pie). Cuando realicen actividades sedentarias, como trabajos de oficina es conveniente levantarse y pasear cada cierto tiempo. De la misma manera, cuando conduzcan medianas o largas distancias se recomienda que realicen paradas para “estirar las piernas”.

No son recomendables trabajos de carga y descarga, actividades agrícolas o ganaderas etc, que sometan a sobrecarga mecánica a las distintas estructuras de la columna vertebral.

CONSEJO GENÉTICO

Las espondilitis anquilosante es una enfermedad que se agrupa en determinadas familias al existir un manifiesto componente genético hereditario, motivo por el que se puede plantear la posibilidad de consejo genético.

En España, se calcula que entre el 6 y el 8% de la población posee el “antígeno HLA B-27”. Sin embargo, solo una pequeña minoría padece la enfermedad. El riesgo de desarrollar la espondilitis anquilosante en las personas con el “antígeno HLA B-27” es del 5%. Por lo tanto no se aconseja realizar a los hijos de estas personas el análisis de esta molécula, debido a la baja incidencia de la enfermedad. Además hoy día, no tenemos una forma de conocer cuales de los niños portadores del “antígeno HLA B-27” van a tener la enfermedad y cuales no. Por otro lado, tampoco disponemos de “vacunas” que prevengan el desarrollo del padecimiento.

RESUMEN. ALGUNAS CUESTIONES DE INTERÉS

1. ¿Qué es la espondilitis anquilosante?

Es una enfermedad crónica e inflamatoria que afecta primariamente a la columna vertebral y a las articulaciones de las extremidades.

2. ¿Está relacionada con otras enfermedades?

La espondilitis anquilosante es un proceso englobado dentro de un grupo de enfermedades que se denominan espondiloartropatías y que comprenden el síndrome de Reiter, la artritis psoriásica y las artritis asociadas a enfermedad inflamatoria intestinal.

3. ¿Cuáles son los síntomas iniciales?

Dolor lumbar que comienza gradualmente y dura más de 3 meses con rigidez de la espalda que empeora por la mañana. La inflamación puede ser causa de sensación de malestar y fatiga.

4. ¿Cómo sé diagnóstica?

Por la historia de los síntomas y el examen físico. Se confirma por las radiografías de la pelvis y la columna vertebral. Sin embargo, los cambios inflamatorios de los tejidos no aparecen rápidamente en las radiografías.

5. ¿Qué es el gen HLA B-27?

Es un gen que se encuentra en el 8% de la población general. Generalmente no más de un 5% de la población que nace con este gen desarrollan la enfermedad. Por lo tanto, los sujetos con HLA B-27 positivo son más susceptibles para padecer la enfermedad, pero lo más frecuente es que no la desarrollen.

6. Si un familiar, hermano o hermana son positivos HLA B-27.

¿Cuál es mi probabilidad de desarrollar la enfermedad?

Si un miembro de la familia desarrolla la enfermedad y Vd. tiene un test positivo para HLA B-27, la probabilidad de desarrollar la enfermedad se incrementa a un 20%, si Vd. tiene menos de 40 años. Si Vd. es mayor de 40 años la probabilidad es prácticamente inexistente.

7. ¿Tiene cura?

No. La ciencia médica no ha descubierto cual es el mecanismo íntimo que desencadena la enfermedad. Sin embargo, cada vez nos acercamos al conocimiento de éste, lo cuál facilitará la futura curación de la enfermedad.

8. ¿Qué tipos de medicamentos se utilizan?

Antiinflamatorios. Otras medicaciones, que pueden ser indicadas por el reumatólogo, son la sulfasalazina y el metotrexato.

9. ¿Qué clase de ejercicio es el mejor?

Aquel que provoque un movimiento armónico y sincrónico de la espalda. En este sentido, el mejor de todos los deportes es la natación.