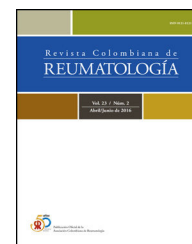




Revista Colombiana de REUMATOLOGÍA

www.elsevier.es/rcreuma



Informe de caso

Mielopatía compresiva por pannus en articulación atlanto-axoidea como primera manifestación de artritis reumatoide. Reporte de caso



Santiago Castaño-Quintero^a, Julián-Alejandro Rivillas^b, Víctor A. Santos^{c,d}
y Alex Echeverri^{c,d,*}

^a Unidad de Medicina Interna, Universidad Icesi, Fundación Valle de Lili, Cali, Colombia

^b Unidad de Neurología Clínica, Universidad Icesi, Fundación Valle de Lili, Cali, Colombia

^c Unidad de Reumatología, Universidad Icesi, Fundación Valle de Lili, Cali, Colombia

^d GIRAT: Grupo de Investigación en Reumatología, Autoinmunidad y Medicina Traslacional, Fundación Valle del Lili y Universidad Icesi, Cali, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de enero de 2019

Aceptado el 22 de abril de 2019

On-line el 18 de junio de 2019

Palabras clave:

Artritis reumatoide
Mielopatía compresiva
Columna cervical

R E S U M E N

La artritis reumatoide es la enfermedad autoinmune sistémica más prevalente del mundo. Suele manifestarse como una inflamación poliarticular crónica simétrica que afecta las articulaciones de pequeño y mediano tamaño, siendo las metacarpofalángicas, interfalángicas proximales y el carpo, las más afectadas. Usualmente afecta la articulación atlanto-axoidea de forma tardía en el trascurso de la enfermedad. Presentamos el caso de un paciente de 80 años que comienza con mielopatía compresiva cervical por la presencia de pannus en la articulación atlanto-axoidea.

© 2019 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Compressive myelopathy due to pannus in the atlanto-axoid joint as the first manifestation of rheumatoid arthritis. Case report

A B S T R A C T

Rheumatoid arthritis is the most prevalent systemic autoimmune disease in the world. It usually manifests as a symmetrical chronic polyarticular inflammation that affects the small and medium size, with the metacarpophalangeal joint, proximal interphalangeal, and the carpus being the most affected. There is atlanto-axoid joint involvement late in the course of the disease. The case is presented of an 80 year-old patient that debuted with cervical compression myelopathy due to the presence of pannus in the atlanto-axoid joint.

© 2019 Asociación Colombiana de Reumatología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Rheumatoid arthritis
Compression myelopathy
Cervical spine

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alexechega82@hotmail.com (A. Echeverri).

<https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2019.04.002>

0121-8123/© 2019 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Introducción

La artritis reumatoide (AR) es la enfermedad autoinmune sistémica más prevalente del mundo. Se estima que hasta el 1% de la población sufre de esta afección, con una incidencia que varía entre 20-50 por 100.000 habitantes al año en Norteamérica y Europa¹. En Colombia, un estudio de prevalencia reportó una tasa de 0,9/100 habitantes en el 2005². Esta enfermedad suele manifestarse como una inflamación poliarticular crónica simétrica que afecta las articulaciones de pequeño y mediano tamaño, siendo las metacarpofalángicas, interfalángicas proximales y el carpo las más afectadas; sin embargo, frecuentemente se ven involucradas otras articulaciones como la rodilla, la cadera, el tobillo, el codo y el hombro³. No suele afectar el esqueleto axial excepto por el compromiso de la articulación atlanto-axoidea que es altamente específico de esta condición, presentándose de forma tardía durante el transcurso de la enfermedad⁴.

Presentamos el caso de un paciente de 80 años diagnosticado con AR que comienza con mielopatía compresiva cervical secundaria a la presencia de pannus en la articulación atlanto-axoidea, la cual es una forma de presentación muy poco frecuente.

Descripción de caso

Paciente masculino de 80 años, hipertenso y fumador de larga data. Presenta síntomas de 5 meses de evolución consistentes en parestias y hipoestias en dedos de las manos y antebrazos. Progresivamente aparición de disestesias en miembros inferiores e imposibilidad para la marcha por debilidad. En el transcurso de 2 meses estado de postración y dependiente para todas las actividades de la vida diaria. Presentó caída, por lo que es remitido a hospital de cuarto nivel. Al examen físico con cuadriparesia espástica simétrica, hiperreflexia generalizada, Babinski bilateral, hipoestesia generalizada con nivel sensitivo C3, Hoffman bilateral. La resonancia magnética (RM) simple de columna (fig. 1) evidenció pannus odontoideo que ocasiona un canal estrecho adquirido con estenosis severa de la amplitud del canal raquídeo y compresión de la médula espinal con signos de mielopatía aguda. Otros hallazgos incluyeron edema de la médula espinal en su porción cervical así como cambios degenerativos en todos los segmentos de la columna cervical. En los análisis de laboratorio se observó factor reumatoide positivo (113 UI/ml), antipéptido cíclico citrulinado negativo (4,1 U/ml), reactantes de fase aguda (velocidad de sedimentación globular, proteína C reactiva) y anticuerpos antinucleares negativos. La radiografías de manos y pies sin erosiones óseas, con cambios osteoartrósicos. Se realizó descompresión y artrodesis C1-C2 con buena evolución posoperatoria y recuperación parcial del déficit motor. Tres semanas posteriores al ingreso, se da alta con tratamiento con prednisolona 10 mg, sulfasalazina 1.000 mg y leflunomida 20 mg al día con mejoría clínica dado por caminata sin ayuda.

Discusión

Presentamos el caso de un paciente en la novena década de la vida quien comienza con compromiso neurológico con compresión medular por pannus en articulación atlanto-axoidea sin evidencia de afectación de articulaciones periféricas, la cual es muy poco frecuente.

El compromiso de la columna cervical es una condición frecuente en la AR reportándose hasta en el 80% de los pacientes^{5,6}. La afectación incluye las articulaciones atlanto-occipital, atlanto-axoidea o las subaxiales de C3 a C7, siendo la articulación atlanto-axoidea el segmento de la columna cervical involucrado con mayor frecuencia⁷. Puede presentarse de forma asintomática, hasta manifestarse como cefalea y dolor cervical, o con manifestaciones más severas como mielopatía compresiva, compresión del tallo cerebral e insuficiencia vertebro-basilar, las cuales son amenazantes de la vida y requieren un manejo emergente^{4,6}.

Similar a lo que ocurre en las articulaciones periféricas, la inflamación del tejido sinovial lleva a la formación de pannus y posterior erosión así como destrucción articular, afectando estructuras yuxtarticulares y debilidad de los ligamentos adyacentes^{8,9}. La compresión de la médula espinal o del tronco encefálico es la complicación más severa del compromiso de la columna cervical en AR, pudiendo ser consecuencia de la compresión directa por el pannus o por subluxación articular por inestabilidad.

Generalmente, la afectación de la columna cervical clínicamente significativa ocurre tras una enfermedad activa de larga duración, presentándose con compromiso erosivo de las articulaciones periféricas. De tal manera que el comienzo de la AR con el compromiso de columna cervical es raro¹⁰. Existen pocos casos reportados que comienzan como un síndrome medular cervical sin evidencia de artritis periférica^{11,12}. Diversos estudios han identificado factores de riesgo para el compromiso articular axial como son: edad > 45 años, uso de corticosteroides, erosiones y cambios destructivos en articulaciones periféricas y la no respuesta a los fármacos modificadores de la enfermedad¹³.

Las imágenes son muy importantes para evaluar el compromiso axial por AR. La radiografía de columna cervical es útil en pacientes asintomáticos. Las proyecciones dinámicas son requeridas para observar subluxaciones, sin embargo, no visualiza anomalías de tejidos blandos que puedan comprometer el canal espinal, como en nuestro paciente con mielopatía por pannus. Esta desventaja la comparte con la tomografía computarizada, por lo que la RM es la modalidad de imagen de elección para los pacientes sintomáticos debido a la capacidad para detectar anomalías en los tejidos blandos y la médula espinal⁴.

El tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad y agentes biológicos previene el desarrollo del compromiso de columna cervical en AR, sin embargo, es insuficiente una vez se presentan las manifestaciones clínicas, especialmente si existe algún déficit neurológico que indique la presencia de mielopatía o compresión del tallo cerebral, en cuyo caso el manejo quirúrgico es absolutamente

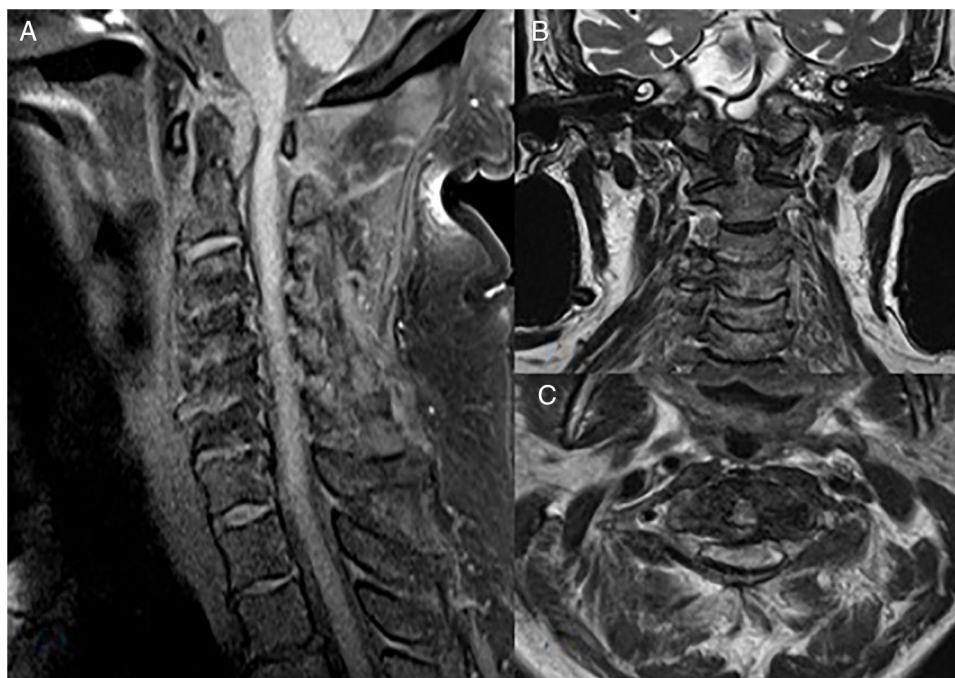


Figura 1 – RM de columna cervical. A. T1 sagital con saturación grasa axial. B. T2 coronal. C. T2 axial.

necesario^{4,14}. Si bien la mielopatía compresiva es infrecuente, esta conlleva un mal pronóstico inclusive después de la cirugía ya que hay pocas posibilidades de recuperación a los niveles funcionales normales previos al compromiso medular^{8,9}.

El caso presentado hace parte de las diferentes formas clínicas de presentación de la AR. El diagnóstico temprano enfocado desde la clínica y los hallazgos en la RM de columna cervical obligó a establecer tratamiento quirúrgico inmediato con franca mejoría en la evolución del paciente.

Conclusión

El compromiso axial atlanto-axoideo de la AR puede ser la primera y, en algunos casos, la única evidencia de actividad de la enfermedad. El clínico debe tener en cuenta este diagnóstico diferencial en el enfoque de pacientes con compromiso de columna cervical.

Conflicto de intereses

Ninguno de los autores declara conflicto de intereses para la realización de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tobón GJ, Youinou P, Saraux A. The environment, geo-epidemiology, and autoimmune disease: Rheumatoid arthritis. *J Autoimmun.* 2010;35:10–4.
2. Díaz-Rojas JA, Dávila-Ramírez FA, Quintana-López G, Aristizábal-Gutiérrez F, Brown P. Prevalencia de artritis reumática en Colombia: una aproximación basada en la carga de la enfermedad durante el año 2005. *Rev Colomb Reumatol.* 2016;23:11–6.
3. Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. Rheumatoid arthritis. *Lancet.* 2016;388:2023–38.
4. DeQuattro K, Imboden JB. Neurologic manifestations of rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am.* 2017;43:561–71.
5. Neva MH, Häkkinen A, Mäkinen H, Hannonen P, Kauppi M, Sokka T. High prevalence of asymptomatic cervical spine subluxation in patients with rheumatoid arthritis waiting for orthopaedic surgery. *Ann Rheum Dis.* 2006;65:884–8.
6. Joaquim AF, Appenzeller S. Cervical spine involvement in rheumatoid arthritis, a systematic review. *Autoimmun Rev.* 2014;13:1195–202.
7. Bouchaud-Chabot A, Lioté F. Cervical spine involvement in rheumatoid arthritis. A review. *Joint Bone Spine.* 2002;69:141–54.
8. Narváez JA, Narváez J, Serrallonga M, de Lama E, de Albert M, Mast R, et al. Cervical spine involvement in rheumatoid arthritis: correlation between neurological manifestations and magnetic resonance imaging findings. *Rheumatology (Oxford).* 2008;47:1814–9.
9. Mukerji N, Todd NV. Cervical myelopathy in rheumatoid arthritis. *Neurol Res Int.* 2011;2011:153628.
10. Del Grande M, del Grande F, Carrino J, Bingham CO, Louie GH. Cervical spine involvement early in the course of rheumatoid arthritis. *Semin Arthritis Rheum.* 2014;43:738–44.
11. Jiménez Caballero PE, Ayuga Loro F, Muñoz Escudero F, Lobato Casado P. Cervical myelopathy by rheumatoid pannus as onset form of rheumatoid arthritis. *Med Clin (Barc).* 2010;135:432–3.

-
12. Guilpain P, Kettaneh A, Chamouard JM, Stirnemann J, Thomas M, Fain O. Compression of the spinal cord revealing a seronegative rheumatoid arthritis. *Rev Med Interne*. 2003;24:59–62.
 13. Ahn JK, Hwang JW, Oh JM, Lee J, Lee YS, Jeon CH, et al. Risk factors for development and progression of atlantoaxial subluxation in Korean patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int*. 2011;31:1363–8.
 14. Gillick JL, Wainwright J, Das K. Rheumatoid arthritis and the cervical spine: A review on the role of surgery. *Int J Rheumatol*. 2015;2015:252456.