

Manifestaciones reumatológicas en la enfermedad de Crohn

Rheumatological Manifestations in Crohn's Disease

Araceli Chico Capote^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-7826-5848>Martha Leticia Álvarez Díaz¹ <https://orcid.org/0000-0003-4085-6068>¹Hospital Docente Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba.*Autor para la correspondencia: achica1983@gmail.com**RESUMEN**

La enfermedad inflamatoria intestinal es una enfermedad crónica, idiopática, que compromete el tracto gastrointestinal. Sus dos formas principales son la enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa. Entre sus complicaciones, se encuentran condiciones reumatológicas que se dividen en cuatro categorías: artritis periférica, espondilitis (asociada o no a sacroileítis), sacroileítis aislada y una cuarta categoría menos común. De todas ellas, la artritis periférica es la más frecuente 5-30 %. La aparición de artritis suele ser simultánea o posterior a las manifestaciones gastrointestinales. Destacando que menos del 10 % de los pacientes con espondiloartropatías tendrá la enfermedad inflamatoria intestinal definida.

Palabras clave: artritis axial; artritis periférica; enfermedad de Crohn; espondiloartropatías; sacroileítis.

ABSTRACT

Inflammatory bowel disease (IBD) is a chronic, idiopathic disease that affects the gastrointestinal tract. Its two main forms are Crohn's disease and ulcerative colitis. Among its complications are rheumatological conditions, which are divided into four categories: peripheral arthritis, spondylitis (with or without sacroiliitis), isolated sacroiliitis, and a fourth, less common category. Peripheral arthritis is the most frequent (5-30%) of them. The onset of arthritis is usually simultaneous with or after the gastrointestinal manifestations. It is worth noting that less than 10% of patients with spondyloarthropathies will develop definitive IBD.

Keywords: axial arthritis; peripheral arthritis; Crohn's disease; spondyloarthropathies; sacroiliitis.

Recibido: 27/05/2024

Aceptado: 02/10/2024

Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una inflamación crónica del tracto gastrointestinal, que se divide en enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU). Ambas enfermedades pueden ocurrir entre 15 y 35 años de edad, afectando a hombres y mujeres por igual. La enfermedad de Crohn afecta la boca, el ano y todas las capas del intestino, desencadenando episodios de dolor abdominal, diarrea, heces sanguinolentas, pérdida de peso y desnutrición, ya que el intestino delgado es responsable de la absorción de nutrientes; sufriendo deficiencia de folato y vitamina D. La entrada de neutrófilos y macrófagos producen citoquinas, enzimas proteolíticas y radicales libres que provocan inflamación y ulceración.^(1,2)

La EII se desarrolla como resultado de las interacciones entre los antecedentes genéticos, alteraciones en la composición de la microbiota intestinal, tanto a nivel cualitativo como cuantitativo, un sistema inmunitario innato y adaptativo desregulado y de factores ambientales, como la dieta, drogas y tabaquismo.⁽³⁾

Las manifestaciones extraintestinales (MEI) más frecuentes se distribuyen en 4 grupos: trastornos musculoesqueléticos, oftálmicos, dermatológicos y hepatobiliares, y pueden presentarse con o sin relación con la actividad de la enfermedad. La manifestación articular afecta al 30 % de los pacientes con EII. El dolor articular periférico es la MEI más común; en su mayoría no son inflamatorias. La artritis axial asociada a la EII es considerada por los reumatólogos como un subgrupo de las espondiloartropatías.⁽⁴⁾

Las manifestaciones musculoesqueléticas en paciente con EII se clasifican dentro las espondiloartropatías y pueden dividirse en compromiso articular periférico (artritis tipo 1 y 2, artralgia sin artritis, entesitis o dactilitis) y compromiso de esqueleto axial (lumbago inflamatorio, sacroileítis aislada, espondilitis anquilosante). De manera adicional se observa osteopenia, osteoporosis y fibromialgia.⁽⁵⁾

El tratamiento del compromiso articular asociado a la EII dependerá del tipo de expresión clínica de cada paciente. En el caso de la artritis periférica los objetivos del tratamiento son disminución del dolor, inflamación y rigidez, permitiendo una capacidad funcional conservada en el tiempo. La morbilidad relacionada con la enfermedad puede afectar la calidad de la vida y la productividad laboral, conduciendo a un aumento del gasto en salud.^(5,6)

Presentación de caso

Se presentó una paciente de 19 años de edad, con historia de faringoamigdalitis, fiebre elevada e inyección conjuntival, cumpliendo tratamiento antibiótico con resolución de dicho cuadro, posterior a esto, presenta evacuaciones diarreicas de 6-8 deposiciones al día, con presencia de moco, no sangrado, dolor abdominal tipo cólico, náuseas, vómitos y síntomas constitucionales; concomitantemente, dolor e inflamación articular de leve a moderada intensidad en ambas manos, rodillas y tobillos, de aproximadamente un mes de evolución y fascia plantar en pies, además, lesiones en mucosa oral tipo aftas y lesiones cutáneas máculopapulosas generalizadas.

Por lo antes descrito, se realiza el ingreso hospitalario, constatando al examen físico importante pérdida de peso cuantificada de 17 kg en los últimos 3 meses, lesiones máculopapulosas eritematosas en miembros superiores que desaparecen a la digito presión, eritema nudoso en cara anterior de rodillas, artritis y artralgiás en carpos, metacarpofalángicas e interfalángicas proximales, rodillas y tobillos con limitación a la movilidad y al tacto rectal presencia de fisura anal.

Después de dos meses de la hospitalización y de la realización de los estudios de laboratorio, de imagen como rayos X de pelvis ósea, se constató la presencia de sacroileítis bilateral (fig. 1).

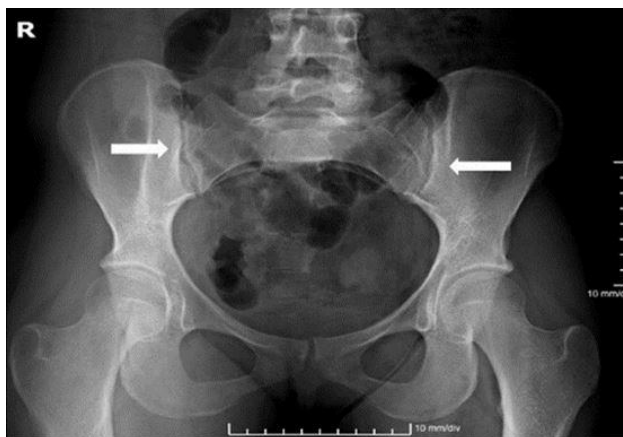


Fig. 1- Radiografía de pelvis ósea, con disminución de la densidad ósea, sacroileítis bilateral a predominio derecho. No lesiones osteoblásticas, ni osteolíticas.

Se toma biopsia de sigmoides por medio de colonoscopia, se reveló el diagnóstico de EC, por lo cual se decidió instaurar el tratamiento con esteroides a dosis escalonadas, fármaco modificador de la enfermedad y salicilatos, por lo que presentó buena evolución, con notable mejoría de su sintomatología, se decide dar el alta hospitalaria y seguimiento de su enfermedad (fig. 2).



Fig. 2- Se visualiza mucosa sana, que alterna con segmentos que presentan pérdida del patrón vascular, edema y eritema, sobre la cual se asientan lesiones de aspecto pseudopolipoides y úlceras serpiginosas profundas cubiertas con fibrina, las cuales se extienden hasta la unión rectosigmoidea.

Discusión

Las artropatías asociadas a la EI pertenecen al grupo de las espondiloartropatías. La clasificación actual de 2009 de la Assessment in Spondyloarthritis International Society (ASAS, por sus siglas en inglés) las divide en axiales y periféricas, según los síntomas predominantes.⁽⁷⁾

En un mismo paciente pueden coexistir las dos y asociarse a entesitis, dactilitis o sobre todo uveítis. La prevalencia de la artropatía axial es igual entre ambos sexos y entre ambas formas de EI, pero la artropatía periférica es más frecuente en mujeres y en la EC, especialmente con afectación de colon.⁽⁸⁾ Como en el caso de la paciente, siendo una mujer joven, en quien predominaban las manifestaciones del tracto digestivo bajo.

La colaboración con el reumatólogo es fundamental para un correcto diagnóstico de todos los trastornos articulares asociados a la EI, para evitar la demora diagnóstica y reducir la sobrecarga clínica. Se pueden identificar dos entidades clínicas de afectación articular en pacientes con EI: EspA axial (axSpA, espondilitis y sacroileítis) y periférica (pSpA, oligo o poliartritis).⁽⁹⁾

En una revisión sistemática y metaanálisis de manifestaciones articulares en EI se encontró, en 71 estudios, una prevalencia de artritis periférica del 13 %, sacroileítis del 10 % y espondilitis anquilosante del 3 %.⁽¹⁰⁾ por lo que la artritis periférica fue la manifestación más frecuente de esta enfermedad, coincidiendo con la clínica que presentó la paciente a nivel articular y por medio de estudios imagenológicos se encontró sacroileítis bilateral en radiografía anteroposterior de pelvis ósea, por tanto, se debe de considerar este estudio en pacientes con dolor lumbosacro.

El tratamiento óptimo de la artritis relacionada con la EII requiere considerar la actividad de la enfermedad. El manejo de la inflamación intestinal es un objetivo terapéutico, ya que puede inducir remisión o reducción de la actividad de las manifestaciones musculoesqueléticas. Sin embargo, en pacientes con mejora o desaparición de la inflamación intestinal, la enfermedad articular persiste. En estos casos, las terapias preferidas son aquellas que son potencialmente efectivas para ambas enfermedades.⁽¹¹⁾

La conducta terapéutica de la artritis periférica debe ser simultánea con la EII. Para alivio sintomático, se puede adoptar tratamiento con corticosteroides sistémicos, agentes antiinflamatorios no esteroideos e inyecciones locales de esteroides.

El metotrexato y la azatioprina, se consideran mínimamente efectivos en el tratamiento de la artropatía periférica. Una revisión Cochrane realizada por Chen y otros⁽¹²⁾ encontraron que la sulfasalazina tiene una eficacia modesta en el tratamiento de los pacientes con artropatía periférica, sobre todo con una duración más corta de la enfermedad y sedimentación globular aumentada. No obstante, en los casos de artritis persistente, la sulfasalazina tiene un efecto beneficioso en artropatías de las articulaciones grandes. En casos resistentes, se recomienda la terapia con anti TNF, mientras que los corticosteroides orales pueden ser efectivos para el alivio a corto plazo. Para la artralgia, el tratamiento sintomático con analgesia simple suele ser eficaz.⁽¹³⁾

Referencias bibliográficas

1. Guan Q. A Comprehensive Review and Update on the Pathogenesis of Inflammatory Bowel Disease. J Immunol Res. 2019;2019:7247238. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2019/7247238>
2. Seyedian SS, Nokhostin F, Malamir MD. A review of the diagnosis, prevention, and treatment methods of inflammatory bowel disease. J Med Life. 2019;12(2):113-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.25122/jml-2018-0075>
3. Wawrzyniak M, Scharl M. Genetics and epigenetics of inflammatory bowel disease. Swiss Med Wkly. 2018;148:w14671. DOI: <http://dx.doi.org/10.4414/smw.2018.14671>
4. Juillerat P, Manz M, Sauter B, Zeitz J, Vavricka SR; Swiss IB. An official working group of the Swiss Society of Gastroenterology. Therapies in Inflammatory Bowel Disease Patients with Extraintestinal Manifestations. Digestion. 2020;101(1):83-97. DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000502816>

5. Luzoro A, Sabat P, Guzmán L, Frias F. Manifestaciones extraintestinales de enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Médica Clín Las Condes*. 2019;30(4):305-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.06.001>
6. Adam H, Alqassas M, Saadah OI, Mosli M. Manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes del Medio Oriente. *J Epidemiol Glob Health*. 2020;10(4):298-303. DOI: <http://dx.doi.org/10.2991/jegh.k.200330.001>
7. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Listing J, Akkoc N, Brandt J, *et al*. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis*. 2009;68(6):777-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/ard.2009.108233>
8. Cerrillo E, Sáez E, Bastida G, Nos P. Manifestaciones extraintestinales en la enfermedad inflamatoria intestinal. *Medicine*. 2020;13(11):618-30 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.med.2020.06.013>
9. Felice C, Pugliese D, Papparella LG, Pizzolante F, Onori E, Gasbarrini A, *et al*. Clinical management of rheumatologic conditions co-occurring with inflammatory bowel diseases. *Expert Rev Clin Immunol*. 2018;14(9):751-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/1744666X.2018.1513329>
10. Juliao-Baños F, Arrubla M, Osorio L, Camargo J, Londoño J, Cáceres C, *et al*. Characterization and prevalence of extraintestinal manifestations in a cohort of patients with inflammatory intestinal disease in Medellín, Colombia. *Gastroenterol Hepatol*. 2021;44(6):398-404. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.07.012>
11. Rogler G, Singh A, Kavanaugh A, Rubin D. Manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal: conceptos, tratamiento e implicaciones actuales para el manejo de la enfermedad. *Reseñas en gastroenterología básica y clínica y hepatología*. 2021 [acceso 14/03/2024];161(4):30-32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8564770/>
12. Chen J, Liu C. Sulfasalazine for ankylosing spondylitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;18(2):CD004800. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004800.pub2>
13. Annese V. A Review of Extraintestinal Manifestations and Complications of Inflammatory Bowel Disease. *Saudi J Med Med Sci*. 2019;7(2):66-73. DOI: http://dx.doi.org/10.4103/sjmms.sjmms_81_18

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.