



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: REPORTE DE CASO

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

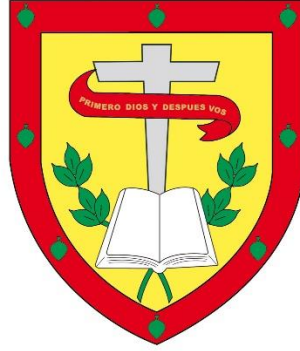
AUTOR: ANA CAROLINA ORELLANA CUESTA

DIRECTOR: DRA. CECIBEL JOHANNA SALAMEA SARMIENTO

CUENCA - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: REPORTE DE CASO

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: ANA CAROLINA ORELLANA CUESTA

DIRECTOR: DRA. CECIBEL JOHANNA SALAMEA SARMIENTO

CUENCA - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Ana Carolina Orellana Cuesta portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0105106603**. Declaro ser el autor de la obra: “**Espondilitis Anquilosante: Reporte de Caso**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 8 de Septiembre del 2025



F:

Ana Carolina Orellana Cuesta
C.I. 0105106603

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado " **Espondilitis Anquilosante: Reporte de Caso** " realizado por **Ana Carolina Orellana Cuesta** con documento de identidad No. **0105106603**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 8 de septiembre del 2025



**Cecibel Johanna
Salamea Sarmiento**



F:

Dra. Cecibel Johanna Salamea Sarmiento
DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios por la fortaleza para continuar, permitiéndome llegar hasta este momento de mi formación. A mi padre, Wilson Orellana por ser un pilar fundamental en mi vida, por su amor incondicional y sacrificio para poder alcanzar mi meta, velando siempre por mi bienestar y educación, así como por enseñarme el significado de la perseverancia. A mi madre, Mónica Cuesta por ser mi mejor amiga, por confiar en mis capacidades y por sus palabras motivacionales que jamás me permitieron renunciar, por estar siempre a mi lado y acompañarme en mis momentos difíciles. A mi abuelita, Teresa Bravo por estar siempre pendiente de mis estudios y confiar en mis capacidades, brindándome su cariño y apoyo. A mi abuelito, Patricio Cuesta que gracias a él escogí esta carrera; tal vez no pude velar por su enfermedad en su momento, pero espero en el futuro contribuir con el cuidado y bienestar de muchas personas con la gracias de Dios. A pesar de la distancia física, siento que siempre estuvo presente en cada paso que daba, y sé que este momento hubiera sido tan especial para él como lo es para mí. A mis abuelitos Teresa y Germán, por su comprensión y cariño durante todos estos años. A mis tíos y tías, por ser mi inspiración para este trabajo, mi roca, por impulsarme constantemente a ser mejor y jamás dejar de creer en mí. Finalmente, a mis amigos que se han vuelto como familia, que han comprendido las exigencias de la carrera y aun así se han permanecido a mi lado.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por cuidado durante mi camino y entregarme la fuerza necesaria para superar cualquier obstáculo y dificultad en mi vida.

A mi familia, que con su esfuerzo me ayudaron para realizar este paso tan importante en mi vida.

A Nicolás, por acompañarme en este camino largo, por siempre creer en mí, y por compartir momentos de alegría y tristeza, demostrándome que siempre podré contar con él.

A la Doctora Cecibel Salamea por todo su apoyo brindado, por su dedicación y confianza para poder realizar este trabajo.

Finalmente, a mi familia y amigos, que me han apoyado para poder culminar con este proceso

RESUMEN

Introducción: Se reporta un caso en el Hospital José Carrasco Arteaga, el cual es particularmente significativo debido a su temprana edad, comenzando a los 14 años, siendo inusual ya que la enfermedad generalmente se presenta a los 30 años de edad, con un pico a los 25 años. Este reporte contribuye a la literatura científica al proporcionar una documentación detallada de la evolución de la EA en un paciente joven, resaltando los desafíos diagnósticos y terapéuticos en este grupo de edad.

Manifestaciones Clínicas: El paciente presentó síntomas principales de dolor lumbar crónico, rigidez matutina y fatiga, junto con antecedentes familiares de enfermedades reumáticas. Estos hallazgos, junto con los exámenes clínicos y de imagen, permitieron identificar las características típicas de la EA, incluyendo sacroilitis bilateral y signos de inflamación en las articulaciones.

Diagnóstico: Se estableció mediante una combinación hallazgos de síntomas e imagen, confirmando la presencia de Espondilitis Anquilosante. Las intervenciones terapéuticas incluyeron el uso de AINEs y terapia física intensiva, resultando en una mejora significativa para el paciente.

Conclusión: La principal lección aprendida de este caso es la importancia de considerar la EA como diagnóstico diferencial en pacientes jóvenes con dolor lumbar crónico y antecedentes familiares relevantes, incluso cuando la edad de inicio es inusualmente temprana. Este caso subraya la necesidad de una evaluación temprana y exhaustiva para implementar intervenciones terapéuticas oportunas y mejorar los resultados a largo plazo en pacientes jóvenes con EA.

Palabras clave: diagnóstico por imagen, genética, reporte de caso, tratamiento farmacológico.

ABSTRACT

Introduction: A case report at the José Carrasco Arteaga Hospital is particularly significant due to the early age of onset of symptoms, starting at 14 years of age, which is unusual since the disease generally presents in the third decade of life, with a peak at age 25. This report contributes to the scientific literature by providing a detailed documentation of the evolution of AD in a young patient, highlighting the diagnostic and therapeutic challenges in this age group.

Clinical Manifestations: The patient presented main symptoms of chronic low back pain, morning stiffness and fatigue, along with a family history of rheumatic diseases. These findings, together with clinical and imaging examinations, allowed the identification of typical features of AS, including bilateral sacroiliitis and signs of inflammation in the joints.

Diagnosis: It was established through a combination of clinical criteria and imaging findings, confirming the presence of Ankylosing Spondylitis. Therapeutic interventions included the use of NSAIDs and intensive physical therapy, resulting in a significant improvement in the patient's symptoms and quality of life.

Conclusion: The main lesson learned from this case is the importance of considering AD as a differential diagnosis in young patients with chronic low back pain and a relevant family history, even when the age of onset is unusually early. This case highlights the need for early and comprehensive evaluation to implement timely therapeutic interventions and improve long-term outcomes in young patients with AD.

Key words: diagnostic imaging, genetics, case report, pharmacological treatment

ÍNDICE

RESUMEN.....	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	10
REPORTE DEL CASO.....	12
Línea de tiempo.....	13
Seguimiento y resultados	13
DISCUSIÓN.....	15
PERSPECTIVA DEL PACIENTE	20
CONCLUSIONES	21
Línea de tiempo.....	22
BIBLIOGRAFÍA.....	23
ANEXOS.....	26

INTRODUCCIÓN

La Espondilitis Anquilosante (EA) es una enfermedad crónica que afecta a las articulaciones sacroilíacas y la columna vertebral (1); se desarrolla finales de la adolescencia o comienzos de la vida adulta (2). Se manifiesta un dolor insidioso que se localiza en el plano profundo de la región lumbar inferior (3), el cual empeora con el reposo con una duración mayor a 3 meses, que puede acompañarse de rigidez matutina mayor a 30 minutos y además se puede presentar un dolor de glúteos alternante (4).

Por otro lado, para el diagnóstico de la EA, la determinación del antígeno de histocompatibilidad HLA-B27 es de gran utilidad, ya que se presenta en el 90% de los pacientes (5); además se debe realizar una cuantificación de reactantes de fase aguda como es la velocidad de sedimentación globular (VSG) y también la proteína C reactiva (PCR) para confirmar un proceso inflamatorio (6), sin embargo, las pruebas de imagen también son de gran ayuda para el diagnóstico (7). En contraste, el tratamiento para los pacientes con EA se basa en diversos objetivos, entre ellos es mejorar la calidad de vida de los pacientes aliviando sus síntomas y de la preservación de la función de sus articulaciones (8), por lo que se recomienda medidas no farmacológicas como el ejercicio físico, rehabilitación y en las medidas farmacológicas se recomienda los AINE para mejorar los síntomas, sulfasalazina o metrotexato solo en pacientes con artritis periférica prominente o tofacitinib (9).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 1710 millones de personas en el mundo presentan algún trastorno musculoesquelético, el cual varía según la edad (10); sin embargo, en análisis recientes los países con altos ingresos se ven más afectados, mientras que en Latino América, existe una prevalencia de 19 casos por 10.000 habitantes (11). Con respecto a Ecuador, esta patología no presenta ningún estudio por lo que no cuenta con una prevalencia en específico, sin embargo, el Hospital Carlos Andrade Marín y en el Guayas en el Hospital de

Especialidades Teodoro Maldonado Carbo cuentan con un registro entre 166 y 119 correspondientemente (12).

Se presenta un reporte de caso de Espondilitis Anquilosante, debido a que se encuentran pocos casos registrados en el Ecuador, además es de suma importancia conocer como se realiza un diagnóstico correcto y el tratamiento adecuado para estos pacientes (13). La información se obtuvo de la historia clínica del paciente, obteniendo detalles acerca de su anamnesis, examen físico y los resultados del análisis de laboratorio pertinentes para este caso. En el presente trabajo, se destacarán los antecedentes patológicos personales y familiares más relevantes, así como los resultados del laboratorio y las pruebas de imagen que resultaron útiles para el diagnóstico del paciente. Es importante mencionar que se describirán los acontecimientos del paciente en orden cronológico, es decir desde su primera consulta médica en el hospital con un diagnóstico totalmente diferente al actual. Sin embargo, debido a la progresión de los síntomas, el paciente decidió regresar al hospital, donde se realizaron pruebas adicionales que finalmente confirmaron el diagnóstico de Espondilitis Anquilosante.

¿Cuáles son los retos en el diagnóstico de la Espondilitis Anquilosante?

REPORTE DEL CASO

Paciente masculino de 16 años de edad, estudiante, con antecedentes patológicos familiares de importancia pues su hermano fue diagnosticado de Espondilitis Anquilosante, su tía diagnosticada con asma, su tío diagnosticado de Artritis Reumatoide y su prima falleció con osteosarcoma. Acude al Hospital José Carrasco Arteaga por presentar dolor tipo opresivo articular constante a nivel de la columna lumbar con EVA 10/10 que interrumpe las horas de sueño, no presenta ciatialgia, refiere que en los últimos 6 meses fue valorado por múltiples facultativos sin diagnóstico, sin embargo, el dolor no ha disminuido. Además, los ejercicios de estiramiento, fisioterapia y natación no ayudan al dolor.

El paciente refiere como antecedentes que hace un año y 8 meses el paciente acudió a la misma casa de salud con dolor generalizado el cual fue diagnosticado de bursitis y como tratamiento le dieron ibuprofeno 400mg cada 12 horas por 5 días. Posteriormente hace 6 meses nuevamente acudió al hospital, en el cual su motivo de consulta fue dolor en la cintura y cadera, evidenciaron que el dolor aumenta al palpar las espinas lumbares en extensión y lateralización del tronco; siendo diagnosticado de lumbalgia por lo que se le envió al paciente a realizarse una radiografía de columna lumbar (ANEXO 1). En el reporte de la radiografía describe el hallazgo de ligera horizontalización sacra, espacios intervertebrales conservados, a la altura de los cuerpos vertebrales se encuentran conservados y lordosis lumbar normal, finalmente se le diagnostica como lumbalgia no especificada y como tratamiento se recomienda al paciente natación, fisioterapia y ejercicios de estiramiento.

Los hallazgos más relevantes en el examen físico fue que el paciente presenta dolor que aumenta al palpar las espinas lumbares y las articulaciones sacroilíacas.

Dentro de la consulta al paciente se le realizó exámenes de laboratorio, entre ellos biometría hemática en el solo se encontraban alterados los leucocitos con un valor de $4,17 \times 10^3/uL$, exámenes inmunológicos en el cual el complemento C3 presenta un valor de 86,1 mg/dl siendo

el valor normal 90-180 mg/dl y un examen de autoinmunidad que se encontraron con valores normales. Sin embargo, en el estudio de histocompatibilidad se pudo observar el gen HLA-B27 positivo (ANEXO 1). Por lo cual, estos exámenes revelaron que el paciente presenta Espondilitis Anquilosante.

El paciente se le envió como tratamiento de primera línea metrotexato tableta de 2,5 mg tomar una dosis de 7,5mg en la mañana y 7,5mg en la noche una vez a la semana para completar una dosis de 15mg; además se le agregó sulfazalacina una tableta de 500mg vía oral cada 12 horas y finalmente ácido fólico 1mg vía oral cada día.

Línea de tiempo

- Paciente masculino de 14 años acude a consulta por presentar dolor generalizado, en el cual es diagnosticado de bursitis y tratado con ibuprofeno
- Paciente masculino de 15 acude a consulta por presentar dolor en cintura y cadera, se envía a realizarse una radiografía con reporte de ligera horizontalización sacra espacios intervertebrales conservados y a la altura de los cuerpos vertebrales conservados. Se diagnostica al paciente con lumbalgia no especificada y se envía al paciente a realizar natación, fisioterapia y ejercicios de estiramiento.
- Paciente masculino de 16 años acude al hospital por dolor tipo opresivo articular constante nivel de la columna lumbar con EVA 10/10

Seguimiento y resultados

Paciente masculino de 16 años de edad con cuadro de Espondilitis Anquilosante, actualmente con esquema de medicación Metrotexato, sulfazalacina y ácido fólico; sin embargo, refiere que durante los últimos meses el dolor no ha disminuido, refiere rigidez matinal y dolor nocturno. Además, refiere que presenta úlceras bucales, las cuales le imposibilitan comer de manera

adecuada. En su examen físico el paciente presenta dolor que aumenta al palpar las espinas lumbares. Por lo que se envía al paciente a realizar una radiografía lumbar (Fig 1).

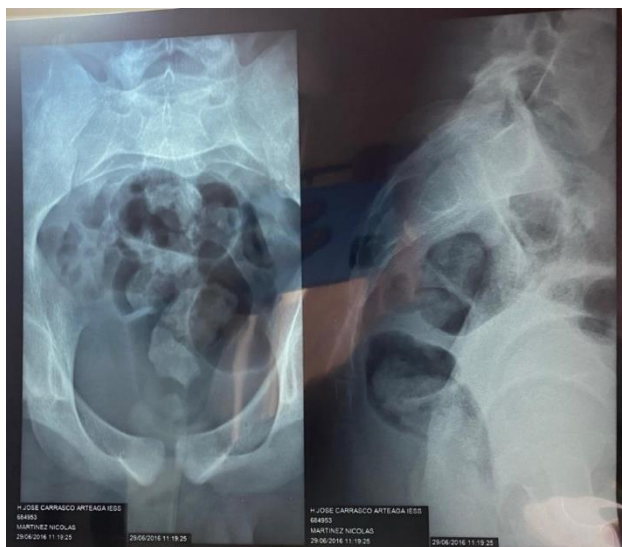


Fig 1: *Densidad ósea conservada. Espacios articulares normales. Al momento sin evidencia de signos degenerativos*

Por lo que, el paciente al presentar efectos secundarios se decide cambiar el esquema de medicación a medicamento biológicos, es decir reemplazar el metrotexato por etanercept líquido parenteral una ampolla de 50mg una vez a la semana, sin embargo, la sulfazalacina y el ácido fólico se mantienen en la línea de tratamiento.

DISCUSIÓN

Se presenta un caso de Espondilitis Anquilosante en el Hospital José Carrasco Arteaga, este reporté se centró en documentar minuciosamente la evolución del paciente, los métodos diagnosticados, el tratamiento aplicado y los resultados que se obtuvieron (14). A través de este estudio de caso, se pretende proporcionar una visión en general del diagnóstico y manejo de la EA en un entorno hospitalaria, destacando los desafíos que se dieron en cuanto a su abordaje y así mismo el tratamiento (15). Siendo un caso que no solo contribuirá al conocimiento médico y científico sobre esta patología, sino que servirá como referencia valiosa para futuros casos y para el desarrollo de mejores prácticas clínicas en el tratamiento de esta enfermedad (15). Cabe mencionar, que esta patología es más frecuente en hombres que en mujeres, su proporción es de 3:1 además se presenta con más frecuencia en la tercera década de vida con un pico máximo a los 25 años de edad, por lo que este caso es de gran importancia, ya que su sintomatología empieza a los 14 años de edad (15).

En el caso se reporta, un paciente masculino de 14 años de edad que acude por presentar dolor generalizado en el cual es diagnosticado de bursitis a primera instancia y tratado con ibuprofeno (16). Posteriormente, el paciente a los 15 años acude a consulta nuevamente por dolor en cintura y cadera, en el cual se pide al paciente realizar una radiografía que reporta una ligera horizontalización sacra, por lo que se decidió realizar natación, fisioterapia y ejercicios de estiramiento (16). A los 16 años de edad, el paciente una vez más acude al hospital por dolor tipo opresivo articular constante a nivel de la columna lumbar con EVA 10/10. Se le realizó unos exámenes y finalmente el paciente presentaba el gen HLA-B27 positivo por lo que se diagnosticó finalmente con Espondilitis Anquilosante (16).

Por otra parte, el diagnóstico de la Espondilitis Anquilosante se basa en una anamnesis completa y la exploración de las diferentes manifestaciones clínicas musculoesqueléticas, además de marcadores de espondiloartritis incluyendo antecedentes familiares (17). Varios autores

mencionan que esta patología es muy común que exista retardo en el diagnóstico de hasta 5 a 10 años; sin embargo en el caso de este paciente su diagnóstico fue 2 años después de su primera consulta médica, el cual fue tardío y con una progresión rápida de la enfermedad, ya que las manifestaciones se intensificaban en gran velocidad (18).

Según García, Gómez, y autores mencionan que causan rigidez y dolor en ciertas partes de la columna, además pueden presentarse signos y síntomas extraarticulares los cuales se originan en los órganos y tejido relacionados etiopatogénicamente con la EA, entre ellos pueden destacarse las manifestaciones intestinales y oculares con mayor frecuencia, sin embargo las cardíacas y pulmonares se pueden presentar en muy raras ocasiones (19). Sin embargo, existe una diferencia dependiendo el sexo del paciente, por su parte en los hombres afecta más en la pelvis y la columna, mientras que las mujeres se presentan más síntomas en la pelvis, caderas, muñecas, rodillas y tobillos (20). En este caso, el paciente al acudir reiteradas veces a consulta médica no se le realizó un correcto examen físico, dando como resultado diagnósticos y tratamientos que empeoraron la salud del paciente (20).

Por otro lado, Maderos refiere que las manifestaciones clínicas se presentan de forma lenta, insidiosa y gradual, además corrobora con García y Gómez, ya que indica que los principales síntomas es dolor en la región sacrolumbar, el cual es irradiado a los glúteos y además a la cara posterior del muslo (21). Cabe mencionar, que el dolor mejora con la actividad física intensificándose en la noche y en la madrugada, es por esta razón que es muy común que los pacientes se levanten de la cama a primera hora de la mañana y caminen por unos minutos para lograr disminuir y aliviar sus síntomas, sin embargo es de forma transitoria y parcial; además señala que el dolor al pasar el tiempo es bilateral y persistente (21). Es importante mencionar, que la evolución es ascendente es decir afecta progresivamente la columna dorsal y cervical, el cual puede adoptar una postura que se le denomina con el "esquiador", que presenta una particularidad de lordosis lumbar, rectificación de la lordosis cervical con proyección cefálica

hacia adelante y acentuación de la cifosis dorsal (22). El paciente en cuestión si presentó intensificación de dolor en las noches el cual interrumpía sus horas de sueño (22).

Existe una clasificación ASAS para la espondiloartritis en los pacientes que son menores de 45 años que presentan dolor lumbar mayor a 3 meses que ayudan para su diagnóstico entre ellos se debe presentar una sección radiológica y una sección clínica, en la radiológica presenta sacroileítis con 1 o más características de espondiloartritis y además HLA B27 positivo o dos más características de espondiloartritis (22). Es oportuno mencionar que, en las características el paciente puede presentar dolor inflamatorio bajo, artritis, entesitis, uveítis, psoriasis, dactilitis, colitis, HLA B27, CPR elevada, buena respuesta al AINE y también es importante la historia familia de espondiloartropatía (22); por el contrario, el diagnóstico radiológico de sacroileítis es sacroileítis radiológica definida que es acorde a los criterios de Nueva York es decir que presente un grano mayor a 2 bilateral o un grado 3 o 4 unilateral y además, inflamación activa en RM altamente sugestiva a sacroileítis (23). En el presente reporte de caso, el paciente presentó HLA B27 positivo, además de dolor e historia familiar de espondiloartropatía lo que logró dirigir el al diagnóstico final (23).

Por otra parte, se conocen criterios modificados de Nueva York para la EA, los criterios clínicos que se describen son presentar dolor y rigidez lumbar más de 3 meses, el cual no mejora con el reposo pero si con el ejercicio, limitación de movimientos en ambos planos frontal y sagital de la columna lumbar; mientras que los criterios radiológicos son sacroileítis grado 3 y 4 unilateral, y sacroileítis de grado 2 bilateral (24). Finalmente se considera una EA definida cuando se encuentra un criterio clínica que se vincule con un criterio radiológico; sin embargo existe un diagnóstico probable cuando existen 3 criterios clínicos o existe el criterio radiológico sin ningún síntoma o signo que pueda satisfacer el criterio clínico, por lo que se debe considerar otras patologías (25).

El objetivo principal del tratamiento en pacientes con EA es la remisión de la enfermedad o disminuir la actividad posible en ciertos pacientes que ya se encuentran evolucionados, se debe considerar disminuir el dolor lumbar, la astenia, la rigidez por la mañana y su capacidad funcional; es por esta razón que la primera recomendación que se debe realizar a los pacientes es mantenerse en las mejores condiciones de salud posible (26). Además se considera importante que en la fase inicial de la enfermedad se puede realizar entrenamiento aeróbico, mientras que en la fase intermedia se puede añadir ejercicios de fortalecimiento y estiramientos; mientras que en la última fase se debe agregar ejercicios de fortalecimiento para los grandes grupos musculares, evitando estiramientos (27).

Existen diversos tratamientos farmacológicos para la EA, sin embargo los más recomendados son los medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINE) e inhibidores de TNF- α (TNFi), mientras que los tratamientos adicionales son el secukinumba, metotrexato y sulfasalazina (28). Igualmente, los inhibidores orales de moléculas pequeñas de JAK, figotinib y tofacitinib suelen recomendar en los ensayos clínicos (28). Es por esta razón que los tratamientos de primera línea son los AINE, concretamente los inhibidores selectivos del ciclooxigenasa 2, sin embargo varios estudios han demostrado que no existe ningún beneficio en el aspecto clínico, pero incrementa el riesgo de hipertensión y depresión (29).

Por otra parte, la sulfasalazina es parte de la familia de las sulfonamidas, las cuales ayudan a disminuir los valores de los marcadores de inflamación y reducen los síntomas de la inflamación articular periférica, es por esta razón que se recomienda una dosis inicial de 500 mg/día en intervalos de 1 semana hasta obtener una dosis de 1 gr a 1,5 gr 2 veces al día, sin embargo existe un riesgo de neutropenia aguda por lo que se debe controlar al paciente con realización de hemograma al comienzo del tratamiento y después de una semana; además, se considera que el metotrexato alivia los síntomas articulares periféricos (30). Sin embargo, en este reporte de caso, el paciente inició con metotrexato, sulfasalazina y ácido fólico en las dosis recomendadas,

pero el paciente regresó en 7 meses sin disminución de los síntomas y con úlceras bucales, las cuales son causados como un efecto secundario del metrotexato, ya que es un medicamento inmunosupresor, es por esta razón que al paciente se decide cambiar el esquema de medicación con medicamento biológico en este caso Etanercept líquido parenteral una ampolla de 50 mg una vez a la semana, ya que es más efectivo y además existe una reducción de los efectos secundarios (31).

PERSPECTIVA DEL PACIENTE

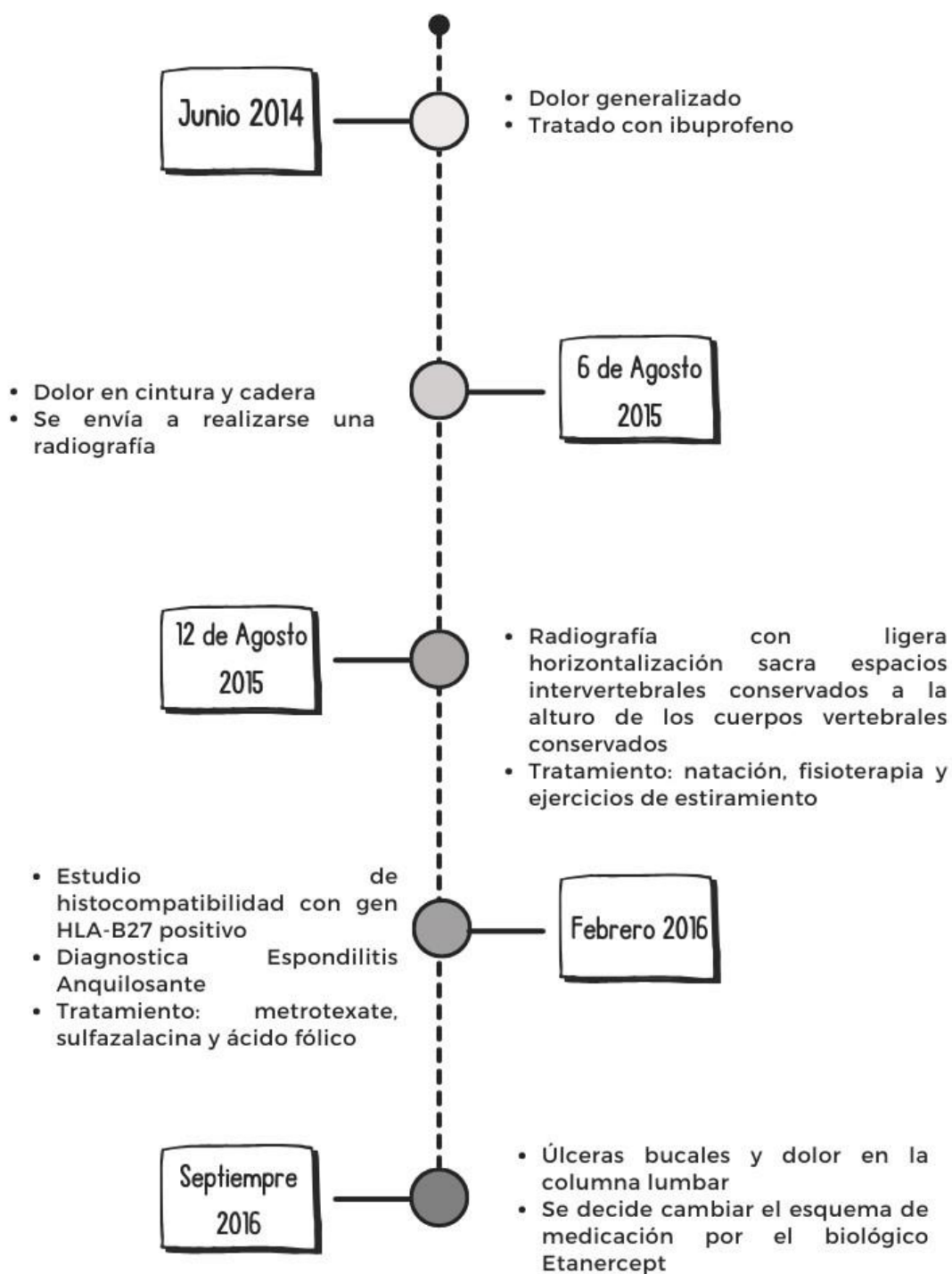
Como paciente, me siento realmente bien con el tratamiento recibido debido a que me permite tener un estilo de vida digno y feliz. Aunque una de las cosas que cambiaría sería la forma de administración de la medicación biológica pues tengo que ir al Hospital cada semana, si es que eso cambiaría yo creo que me sentiría completamente satisfecho con el esquema recibido.

CONCLUSIONES

En conclusión, el reporte de caso sobre Espondilitis Anquilosante en el Hospital José Carrasco Arteaga logró responder a todos los objetivos planteados. Se identificaron los síntomas, antecedentes patológicos y familiares relevantes del paciente, estableciendo las manifestaciones clínicas características de la enfermedad. El análisis detallado de los hallazgos clínicos permitió realizar un diagnóstico adecuado. Este caso destaca por la documentación exhaustiva de la evolución del paciente, los métodos diagnósticos aplicados, y los resultados del tratamiento implementado.

Este estudio proporciona una valiosa visión sobre el diagnóstico y manejo de la Espondilitis Anquilosante en un entorno hospitalario, subrayando los desafíos en su abordaje. Aporta conocimientos científicos significativos, particularmente en cuanto a la edad temprana de inicio de la sintomatología, que comenzó a los 14 años, en contraste con la prevalencia general que se manifiesta más comúnmente en hombres alrededor de los 25 años. Este caso servirá como referencia importante para futuros casos y el desarrollo de mejores prácticas clínicas.

Línea de tiempo



BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez L, Jesús M. Revisión sistemática de los modelos farmacocinéticos poblacionales de adalimumab y golimumab para la espondilitis anquilosante. Universidad Miguel Hernández de Elche; 2022.
2. Wenker KJ, Quint JM. Ankylosing Spondylitis. 2023.
3. Gottlieb AB, Deodhar A, Mcinnes IB, Baraliakos X, Reich K, Schreiber S, et al. Long-term safety of secukinumab over five years in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis, psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis: Update on integrated pooled clinical trial and post-marketing surveillance data. *Acta Derm Venereol*. 2022.
4. Karoli R, Karoli Y, Avasthi S, Mahapatra S. Clinical profile of ankylosing spondylitis at a teaching hospital. *Ann Afr Med*. 2022;21(3):204.
5. Xiong Y, Cai M, Xu Y, Dong P, Chen H, He W, et al. Joint together: The etiology and pathogenesis of ankylosing spondylitis. *Front Immunol*. 2022;13.
6. Kennedy J, Kennedy N, Cooksey R, Choy E, Siebert S, Rahman M, et al. Predicting a diagnosis of ankylosing spondylitis using primary care health records—A machine learning approach. *PLoS One*. 2023;18(3).
7. Sun Y, Hu Z, Zhang X, Qi J, Lin Z. Improvement of delayed diagnosis of ankylosing spondylitis in a Chinese population. *Chin Med J*. 2022;135(18):2256–7.
8. Zhang J, Zhou Y, Ma Z. Multi-target mechanism of *Tripterygium wilfordii* Hook for treatment of ankylosing spondylitis based on network pharmacology and molecular docking. *Ann Med*. 2021;53(1):1091–9.
9. 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 nonradiographic axial spondyloarthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2019;71(10).
10. Organización Mundial de la Salud. Trastornos musculoesqueléticos. 2021.

11. Camacho K , Martínez T , Urbina K, et al. Actualidades médicas en Reumatología y su aplicación en América Latina: tratamiento de artritis reumáticas inflamatorias. *Correo Científico Médico*. 2020.
12. Manotoa M , Armijos M. Evaluar la calidad de vida y funcionalidad en pacientes con espondilitis anquilosante. *Cambios revista médica*. 2020; 19(1).
13. Segarra H. ESPONDILITIS ANQUILOSANTE JUVENIL: A PROPÓSITO UN CASO. Tesis doctoral. Ambato: Universidad Técnica de Ambato, Departamento de Medicina; 2022
14. Da Paz Pereira F, Rodríguez SV, Belfort JDC, Da Silva Saldanha S, de Souza RGT, de Almeida Londe GM. Reporte de caso de espondilitis anquilosante: paciente de sexo masculino con rigidez iniciada de forma atípica. *UNIDA Sld*. 2023;2(1):25–33.
15. Arce S, Lombas M, Ustar C, Castell C, Almaguer M, Ballester JM. Antígeno HLA B-27 como marcador genético en la espondilitis anquilosante. *Rev Cubana Med*. 2020;19(2).
16. Mederos Sust S. Espondilitis anquilosante. Presentación de caso. *Medisur*. 2022;20(6):1211–8.
17. Almodóvar González R, Juan Prada J, Zarco Montejó P, Quirós Donate FJ, Mazzucchelli Esteban R. Mujer diagnosticada de espondilitis anquilosante con dolor dorsolumbar. *Reumatol Clin [Internet]*. 2008;4(2):67–9.
18. Reyes-Cordero G, Enríquez-Sosa F, Gomez-Ruiz C, Gonzalez-Diaz V, Castillo-Ortiz JD, Duran-Barragán S, et al. Recomendaciones del Colegio Mexicano de Reumatología para el manejo de las espondiloartritis. *Reumatol Clin [Internet]*. 2021;17(1):37–45.
19. García V, Gómez J, et al. Espondilitis anquilosante: retraso diagnóstico y calidad de vida. *Salus*. 2023.
20. Jorge A, Alfonso D, García M. Caracterización clínico-epidemiológica de la Espondilitis Anquilosante. Presentación de caso. *Scalpelo*. 2023;4(2).
21. Mederos S. Espondilitis anquilosante. Presentación de caso. *Medisur*. 2022;20(6):1211–8.

22. Bautista-Molano W, Saldarriaga-Rivera LM, Junca-Ramírez A, Fernández-Aldana AR, Fernández-Ávila DG, Jaimes DA, et al. Guía de práctica clínica 2021 para la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes con espondiloartritis axial. Asociación Colombiana de Reumatología. *Reumatol Clin.* 2022;18(4):191–9.
23. Navarro-Compán V, Otón T, Loza E, Almodóvar R, Ariza-Ariza R, Bautista-Molano W, et al. Consenso ASAS en nomenclatura en español para las espondiloartritis. *Reumatol Clin.* 2020;16(5):333–8
24. Diekhoff T, Lambert R, Hermann KG. MRI in axial spondyloarthritis: understanding an ‘ASAS-positive MRI’ and the ASAS classification criteria. *Skeletal Radiol.* 2022;51(9):1721–30.
25. Beleño-Epieyu N, Granados Y, García Mac Gregor E, Márquez D, Guerra ME, Peláez Ballestas I. Adaptación transcultural y validación de la metodología del Programa Orientado a la Comunidad para el Control de Enfermedades Reumáticas (COPCORD) en población indígena Wayuu. Venezuela. *Reumatol Clin.* 2021;17(2):82–7.
26. Otero Á. Espondilitis anquilosante, ayuno intermitente, probióticos y ejercicio anaeróbico: una revisión sistemática sobre las formas de tratamiento más actualizadas. UNIVERSIDAD CAMILO JOSÉ CELA; 2020.
27. Garcia L, Gul H, Emery P. Recent advances in ankylosing spondylitis: understanding the disease and management. *PUBMED.* 2018;7.
28. Zhu W, He X, Cheng K, Zhang L, Chen D, Wang X, et al. Ankylosing spondylitis: etiology, pathogenesis, and treatments. *Bone Res.* 2019;7(1).
29. Wang H, Zheng H, Ma Y. Drug treatment of ankylosing spondylitis and related complications: an overlook review. *Ann Palliat Med [Internet].* 2020;9(4):2279–85.
30. Xu Y, Jiang W, Zhang H. Association between C-reactive protein gene variant and treatment efficacy of etanercept in ankylosing spondylitis patients receiving hip arthroplasty. *J Clin Lab Anal [Internet].* 2020;34(8).
31. Lethaby A, Lopez M, Maxwell L. Etanercept for the treatment of rheumatoid arthritis. *Cochrane Libr.* 2019;(1).

ANEXOS
ANEXO 1



Fig 1 y 2: Radiografía de columna lumbar con hallazgo de ligera horizontalización sacra, espacios intervertebrales conservados, a la altura de los cuerpos vertebrales conservados y lordosis lumbar normal

ANEXO 2

Dr:	[REDACTED]			Pag 1 / 2
Paciente:	[REDACTED]			Edad: 16 AÑOS
Orden:	RUTINA	EM Historia:	[REDACTED]	Id.: [REDACTED]
				Fecha: 22-feb-2016 07:38

	Resultado		Valores de referencia**
HEMATO-INMUNOHEMATOLOGIA			
Leucocitos	4.17 ↓	x10 ³ /uL	4.50 - 10.00
Eritrocitos	5.39 ✓	mill/uL	4.50 - 5.30
Hemoglobina	16.0	g/dL	12.4 - 16.2
Hematócrito	46.6	%	40.0 - 52.0
VCM	86	fl.	80.0 - 96.0
HCM	29.7	pg.	28.0 - 32.0
CHCM	34.3	%	32.0 - 36.0
IDE	12.3	%	11.5 - 16.0
Plaquetas	219	x10 ³ /mm ³	150 - 521
VPM	10.5	fl.	7.2 - 13.0
Plaquetocrito	0.230	%	
IDP	11.9		
Neutrófilos	44.6 %	1.88 x10 ⁹ /uL	
Eosinófilos	9.6 %	0.40 x10 ⁹ /uL	
Basófilos	1.0 %	0.04 x10 ⁹ /uL	
Linfocitos	35.0 %	1.48 x10 ⁹ /uL	
Monocitos	9.8 %	0.41 x10 ⁹ /uL	
V.S.G. (1 hora)	1	mm/h	0 - 12
EXAMENES INMUNOLOGICOS			
ASTO-Turbidimétrico	153.0 <	U/ml	0.0 - 200.0
PCR (Inmunturbidimétrico)	0.49 ✓	mg/l	Menor a 5.0
FR-Cuantitativo (Turbidimétrico)	3.80 ✓	UI/ml	0.0 - 14.0
Complemento C3	86.1 ↓	mg/dl	90 - 180
Complemento C4	21.0	mg/dl	10 - 40
ESTUDIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD			
HLA B27 SSP (PCR)	POSITIVO ✓		NEGATIVO
AUTOINMUNIDAD			
ANCA - C	0.80	U/ml	Negativo: < 5

* Datos almacenados en: www.gmlaboratorios.com

(**) Los valores de referencia de este informe en la mayoría de los casos están discriminados de acuerdo a edad y sexo del paciente.

Dr: [REDACTED] Pág 2 / 2
 Paciente: [REDACTED] Edad: 16 AÑOS
 Orden: RUTINA. EM Historia: [REDACTED] Id.: [REDACTED] Fecha: 22-feb-2016 07:38

	Resultado	Valores de referencia**
<u>AUTOINMUNIDAD</u>		
ANCA - P	0.90 ✓ U/ml	Negativo: < 5
ANA HEP-2 (IFI)	NEGATIVO 1/40	1/40: NEGATIVO
Anti Ro/SS-A (EIA)	0.20 U/ml	Hasta 25
Es un autoanticuerpo presente en el Síndrome de Sjogren, LES, Lupus cutáneo subagudo, lupus ANA negativo, lupus neonatal y en el lupus del paciente añoso.		
Anti-La/SS-B (EIA)	1.30 ✓ U/ml	Hasta 25
Anti-SM (EIA)	1.3 U/mL	Negativo < 25U/mL
Tienen una especificidad del 99% y una sensibilidad del 40% para LES, aunque pueden presentarse enfermedades autoinmunes.		

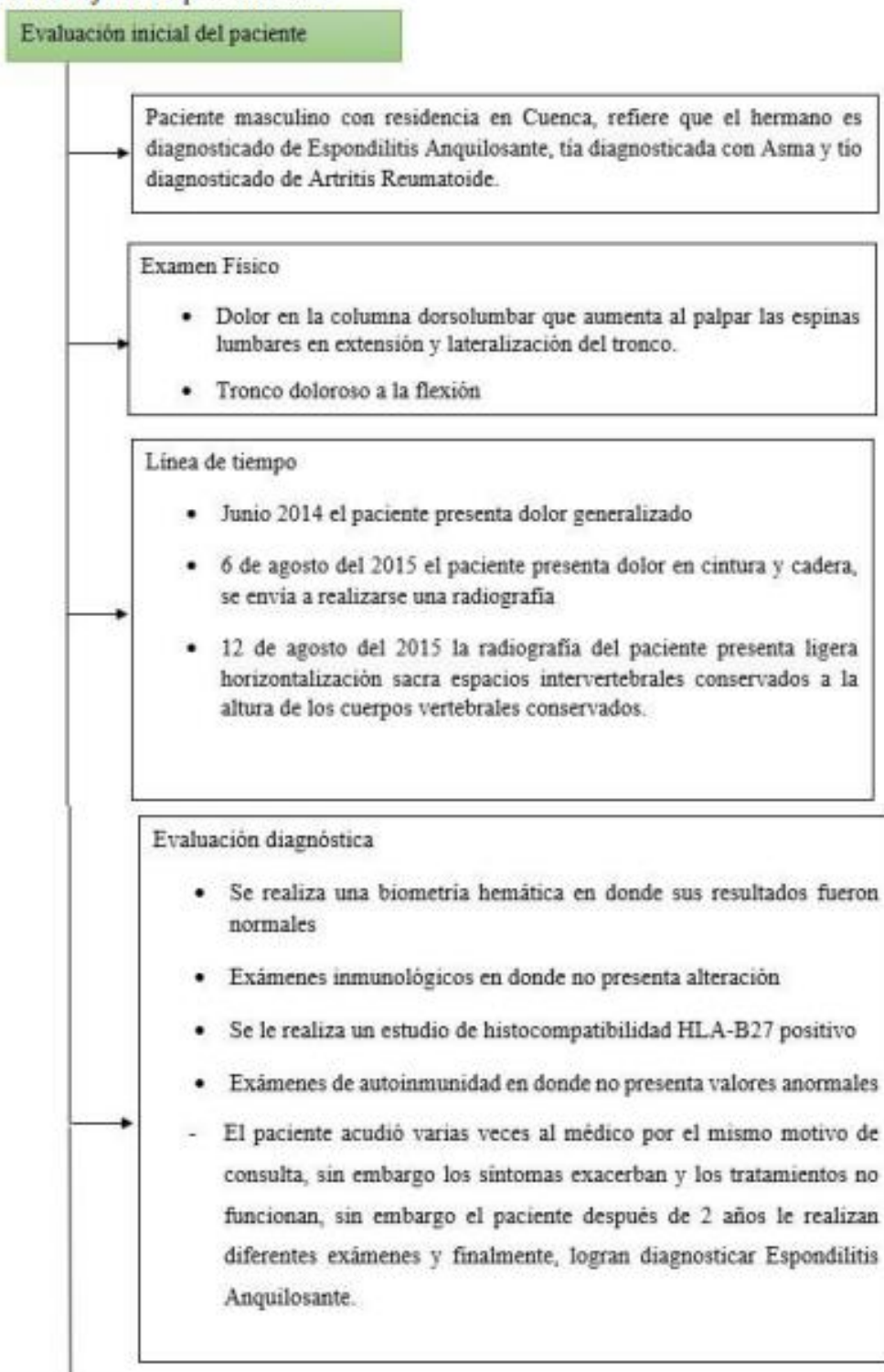
Impreso: 11/mar/2016 11:14

° Datos almacenados en: www.gmlaboratorios.com

(**) Los valores de referencia de este informe en la mayoría de los casos están discriminados de acuerdo a edad y sexo del paciente.

ANEXO 3

Diagrama de flujo del reporte de caso



Intervenciones terapéuticas iniciales

- El paciente en sus primeras consultas es tratado con ibuprofeno, posteriormente se le recomienda al paciente realizar ejercicios de estiramiento, natación y fisioterapia
- Por consiguiente, el paciente al presentar el estudio de histocompatibilidad con el gen HLA-B27 positivo su tratamiento inicial es metrotexato, sulfazalacina y ácido fólico

Visitas de seguimiento y evaluación de resultados e intervenciones

- El paciente después de 8 meses de recibir el tratamiento llega a consulta por úlceras bucales y dolor en la columna lumbar
- El doctor al realizar una evaluación llega a la conclusión de que son efectos secundarios del Metrotexato y además no le están ayudando en su enfermedad, por lo que decide cambiar el fármaco por un biológico, el cual es el Etanercept.

ANEXO 4



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

FORM: 002 GUÍA DE AVANCE DE TRABAJO DE TITULACIÓN VIGENTE DESDE JUNIO 2021

FORMULARIO DE AVANCE DE TESIS, implementado por la Unidad de Titulación de la UCACU, es una herramienta, a través de este formulario se documentarán los avances respectivos, los docentes y el estudiante se comprometen a reunirse de manera periódica, con fecha y hora pre establecidas (se sugiere pactar una hora semanal con cada estudiante). Este formulario será parte del paquete de documentación de requisitos para la graduación del alumno y está de conocimiento y aceptación mediante rubrica de sus docentes. En caso de incumplimiento reiterado (más de 3 ocasiones) el estudiante o el docente podrán disociarse de responsabilidades por adherirse al investigador.

NOMBRES DEL ALUMNO: ANA COLINDA CRISTINA CUEVA CI: 2105106603
 CURSO: 10^{MO} "C" COMPLETO ANA COLINDA CRISTINA CUEVA TELÉFONO: 0721029716
 NOMBRES DEL TUTOR: Dra. CELIA JUANITA SALASCA FLORENTINO
 NOMBRES DEL ASESOR: _____

DESARROLLO:

REUNIONES DE AVANCE DE TESIS ENTRE EL ALUMNO Y SUS DOCENTES TUTOR Y ASESOR

No.	PROPOSITO O TÓPICO TRATADO	FIRMA DOCENTE	FIRMA ESTUDIANTE	FECHA	HORA
1	Revisión del avance de tesis	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	29-04-2024	14:00
2	Revisión del avance de tesis final	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	20-05-2024	12:00
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

Ana Carolina Orellana Cuesta portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0105106603**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del Proyecto de Titulación **“Espondilitis Anquilosante: Reporte de Caso”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 8 de Septiembre del 2025



F:

Ana Carolina Orellana Cuesta
C.I. 0105106603