



Pregunte a los expertos

□ ¿Qué es la entesitis?

Es la inflamación de las entesis, sitios de inserción de tendones, ligamentos, cápsulas articulares y aponeurosis en el hueso. Los componentes anatómicos de las entesis son: fibras colágenas (de las estructuras que se insertan), fibrocartílago, peritendón (que se continúa con el periostio), tejido adiposo y, en ocasiones, pequeñas bursas.

¿Cómo se expresa clínicamente?

Habitualmente la entesitis se manifiesta por dolor, y en ocasiones puede existir leve tumoración y enrojecimiento de los tejidos suprayacentes. El dolor que surge al presionar firmemente el sitio de la entesis es el signo más característico; también puede surgir espontáneamente o al caminar (el caso de la talalgia), causando incapacidad de grado variable, que puede ser motivo de consulta al pediatra. La entesitis es más frecuente en los miembros inferiores, alrededor de la rodilla y del tobillo: tuberosidad tibial (inserción del tendón rotuliano), cara posterior del calcáneo (inserción del tendón de Aquiles), cara plantar del calcáneo (inserción proximal de la fascia plantar); también puede aparecer en bordes de la rótula (inserción de cuádriceps), trocánter mayor (inserción de los glúteos), cresta ilíaca (inserción de músculos abdominales), base de la cabeza de metatarsianos (inserción distal de la fascia plantar), ramas pubianas (inserción de rectos abdominales) y tuberosidades isquiáticas (inserción de músculos isquiotibiales). Excepcionalmente puede existir entesitis en los miembros superiores (como en prominencias óseas de la epífisis distal del húmero).

¿En qué pensar ante un niño con entesitis?

Si bien la entesitis puede estar inducida por traumatismos o estrés mecánico, su hallazgo debe obligar a sospechar espondiloartropatía (Esp) seronegativa juvenil, especialmente si se trata de un paciente de sexo masculino. Las Esp se caracterizan habitualmente por la presencia de oligoartritis, en miembros inferiores (es característica la tarsitis) y por ocurrir en varones mayores de 8 años de edad. El factor reumatoideo está generalmente ausente. En muchas ocasiones existen antecedentes familiares de enfermedades relacionadas y ha sido demostrada su asociación con el HLA-B27. Como el com-

promiso articular axial es tardío, en su debut las Esp aparecen como oligoartritis con entesitis y este último signo es de gran valor para diferenciarlas de la artritis reumatoidea juvenil. En pediatría, la forma más frecuente de Esp es el llamado síndrome de entesopatía y artropatía seronegativa, entidad autodefinida que constituye en realidad una forma indiferenciada de Esp. Casi siempre, los niños que presentan este síndrome evolucionan con los años hacia una clase definida de Esp, como lo son la espondilitis anquilosante, la artritis enteropática y la artritis psoriásica.

Aunque generalmente la entesitis acompaña a la artritis en las Esp, ocasionalmente un paciente puede presentar entesitis como manifestación única por largos períodos antes de que surja artritis.

¿Cómo se estudia a un paciente con entesitis?

El estudio de un paciente con entesitis comprende la evaluación de las entesis comprometidas y las investigaciones dirigidas a pesquisar la presencia de una espondiloartropatía. Como parte de la primera, se puede obtener una ecografía (que en manos expertas puede demostrar inflamación de las estructuras entésicas) y una radiografía simple del sitio afectado. Si la lesión es reciente, solamente se observará tumefacción de partes blandas. A medida que transcurre el tiempo y persiste la inflamación, progresivamente se hacen evidentes osteopenia, erosiones y proliferación ósea (entesofito o "espolón").

Además de obtener un detallado interrogatorio en busca de lumbalgia, rigidez matinal y tumefacción articular, se deberá realizar un prolijo examen físico orientado a la detección de artritis periférica (especialmente en miembros inferiores) así como de artritis axial. Para esto es necesario realizar maniobras que midan el grado de flexión de la columna lumbar (como la prueba de Schober) y otras que detecten la presencia de sacroileítis, como la palpación firme de la articulación, la compresión de la pelvis y la maniobra de Faber (flexión, abducción y rotación externa de cadera), que despertarán dolor lumbar bajo en caso de inflamación en la articulación sacroilíaca. El examen de la piel puede mostrar signos de psoriasis o eritema nudoso y las mucosas pueden también estar comprometidas en las Esp.

Un examen oftalmológico con lámpara de hendidura descartará la presencia de uveítis. El laboratorio podrá informar acerca de la presencia o ausencia de leucocitosis, aceleración de la velocidad de eritrosedimentación y factor reumatoideo. Solamente ante una fuerte sospecha de Esp se justifica el estudio del HLA-B27, determinación costosa que no tiene valor diagnóstico por sí misma. Las radiografías de pelvis (frente) pueden eventualmente mostrar alteraciones en las articulaciones sacroilíacas si existe inflamación: a medida que el daño progresa se puede observar esclerosis de los labios ilíaco y sacro, irregularidad de la luz y erosiones óseas, pinzamiento articular y puentes óseos y finalmente, fusión.

Dr. Ricardo Russo
Hospital Nacional de Pediatría
"Prof. Dr. J. P. Garrahan"

BIBLIOGRAFIA

- Cassidy JT and Petty RE. Spondyloarthropathies. En: Cassidy JT, Petty RE. Textbook of pediatric rheumatology. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1995: 224-259.
- Burgos-Vargas R, Pacheco-Tena C, Vazquez-Mellado J. Juvenile-onset spondyloarthropathies. Rheum Dis Clin North Am 1997;23:569-598.