

ESPONDILOARTROPATÍAS

<i>Autora</i>	Dra. Nelsa Casas Figueredo
<i>Colaboradores</i>	Dr. Miguel Estévez del Toro, Dra. Araceli Chico Capote, Dr. Dionisio Pérez Campo, Dra. Ana Argüelles Zayas, Dra. Concepción Castell Pérez
<i>Participan</i>	Laboratorio Clínico y Genético, Imagenología, Anatomía Patológica, Ortopedia, Oftalmología, Dermatología, Medicina Física y Rehabilitación

INTRODUCCIÓN

Las espondiloartropatías son un grupo de enfermedades reumáticas que comparten características clínicas, patológicas, radiológicas, con predisposición genética y con una respuesta terapéutica similar, que las identifica y a la vez las diferencian claramente de otros procesos osteomioarticulares inflamatorios. Se caracterizan por afectar la columna vertebral, las articulaciones periféricas, estructuras peri articulares y también se asocian en forma variable a manifestaciones extra articulares.

La prevalencia de las espondiloartropatías en la población, es de 1 cada 1000 habitantes; típicamente comienza en la adolescencia o en la juventud y su incidencia es mayor en los hombres. Todas las entidades que conforman este grupo comparten un marcador genético común, el HLA-B27; en la población general la prevalencia de este marcador oscila entre 4 y 6 %.

Las entidades diagnósticas reconocidas dentro de las espondiloartropatías incluyen:

- Espondilitis anquilopoyética (EA)
- Artritis reactiva (ARe)
- Artritis psoriásica
- Artropatía asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (EII),
- Espondiloartropatía de inicio juvenil
- Espondiloartropatías indiferenciadas (Eind).

Para cada una de las entidades se han establecido criterios diagnósticos ampliamente aceptados y de gran utilidad clínica, pues permiten clasificar adecuadamente a los enfermos y de manera uniforme. Se hace necesario el diagnóstico temprano y oportuno de estas enfermedades ya que con elevada frecuencia producen un deterioro físico, psicológico y funcional que afecta la calidad de vida del paciente que pudiera revertirse en algún grado de acciones terapéuticas tempranas.

Múltiples especialistas pueden colaborar en un momento determinado en el manejo de estos pacientes, aportando su experiencia y utilizando los recursos disponibles, como es el caso entre otros de rehabilitadores, ortopédicos u oftalmólogos. Si se sigue la práctica de un protocolo de actuación, con uniformidad de criterios y participación de equipos de trabajo que permitan el manejo integral del paciente, se lograrían beneficios importantes para el estado de salud del enfermo.

OBJETIVOS

- Establecer el diagnóstico precoz de espondiliartropatías y clasificar al paciente según los criterios establecidos para las mismas.
- Mejorar la calidad asistencial de los enfermos con espóndilo artropatía.
- Alcanzar un manejo integrador en las espondiloartropatías.
- Lograr mantener la mejor capacidad funcional posible en estos pacientes
- Reconocer tempranamente factores de mal pronóstico en estos enfermos.

DESARROLLO

- Recepción de los casos en consulta de reumatología general enviados desde hospitales provinciales desde las áreas de salud después de ser evaluados por un reumatólogo a estas instancias. Serán considerados **casos sospechosos**: los que reúnan criterios para espondiloartropatías.

Criterios de clasificación de las espondiloartropatías

Características	Manifestaciones	Puntos
Signos clínicos o historia clínica	• Dolor nocturno dorsal o lumbar o rigidez matinal dorsal o lumbar o ambas manifestaciones	1
	• Oligoartritis asimétrica	2
	• Dolor difuso, no bien precisado, en regiones glúteas, dolor difuso en región glútea derecha o izquierda, alterno	1-2
	• Dedo del pie o de la mano o artejo "en salchicha"	2
	• Talalgia o cualquier otra entesopatía	2
	• Iritis	2
	• Antecedentes de uretritis no gonocócica o cervicitis un mes antes del inicio de la artritis	1
	• Diarrea sobrevenida en un mes antes de la artritis	1
	• Presencia o antecedente de psoriasis y/o balanitis y/o enterocolopatía crónica o todas ellas	2
Signos Rx	• Sacroileitis bilateral, estadio ≥ 2 , unilateral estadio ≥ 3	3
Predisposición genética	• Presencia del antígeno HLA-B27 y antecedentes familiares de espondilitis anquilosante, o de ambos, síndrome de Reiter, Psoriasis, uveítis, enteropatía crónica.	2
Respuesta al tratamiento	• Mejora de los síntomas en 48 h con empleo de AINEs o empeoramiento rápido (en 48 h) al suspenderlos, o	2

	ambos	
Total de puntos (Será espondiloartropatía si la suma de los puntos de los 12 criterio ≥ 6)		

Grados radiológicos de sacroileítis

Grados radiológicos de sacroileítis		
0	Normal	• Margen articular respetado, espacio articular uniforme
I	Sospechoso	• Existen cambios inespecíficos
II	Sacroileítis <i>mínima</i>	• Pérdida de la definición de las márgenes articulares, algo de esclerosis, mínimos cambios erosivos, pequeño estrechamiento articular.
III	Sacroileítis <i>moderada</i>	• Esclerosis de las márgenes articulares, borramientos, erosiones y estrechamiento articular.
IV	Anquilosis	• Fusión completa con esclerosis residual o sin esta.

Evaluación inicial

El diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las espondiloartropatías debe ser realizado por médicos capacitados para identificar a los pacientes en las etapas tempranas de la enfermedad, evaluar de forma individualizada al enfermo, plantear el tratamiento oportuno en cada momento y medir la respuesta al mismo.

Como cualquier otro proceso clínico la primera evaluación deberá incluir la realización de una historia clínica completa que incluya la anamnesis y un examen físico detallado, haciendo énfasis en el sistema osteomioarticular. Este último debe recoger en detalles la presencia de dolor, inflamación, deformidad articular y movilidad de columna.

En caso de la artritis psoriásica y la artritis reactiva precisar además la existencia de lesiones cutáneas y sus características.

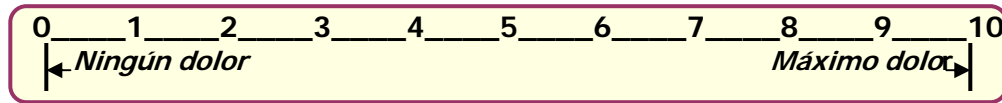
Parámetros a evaluar

Serán particularizados en la espondilitis anquilopoyética, a la cual se le aplicará los índices de medición establecidos (ver acápite de espondilitis anquilopoyética). Y para el resto de las espondiloartropatías se evaluarán la existencia de dolor o inflamación por el recuento ACR que incluye la evaluación del dolor a la presión en 68 articulaciones y de la inflamación en 66 (se excluyen las caderas); se evaluarán:

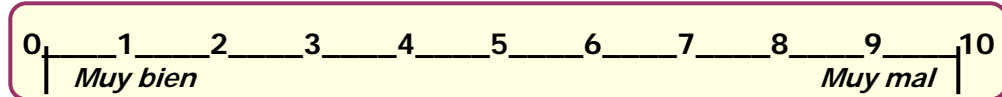
- **Evaluación del dolor de las articulaciones mediante la presión**
 - ⊕ Interfalángicas distales y proximales, Metacarpofalángicas, muñecas, codos
 - ⊕ Hombros, acromioclavicular, esternoclaviculares, temporomandibulares
 - ⊕ Caderas (solo para el dolor), rodillas
 - ⊕ Tobillos, subastragalina-tarso, metatarsofalángicas

- **Evaluación del dolor**

- ⊕ **Experiencia subjetiva:** se recomienda su medición en una escala analógica visual de 10 cm: →



- ⊕ **Evaluación global de la enfermedad** (por el enfermo y el médico): Se recomienda utilizar escala analógica visual de 10 cms.



Exámenes complementarios

Laboratorio

- Hemograma
- Reactantes de fase aguda:
 - ⊕ Velocidad de sedimentación globular (VSG)
 - ⊕ Proteína C reactiva (PCR)
 - ⊕ Factor reumatoide (FR)
- TGO, TGP, GGT, FAL
- Albúmina
- Glicemia y creatinina
- Calcio
- Antígeno de superficie para hepatitis B
- Serología para virus de la hepatitis C
- Serología (VDRL) en caso de la artritis reactiva y psoriasis
- HIV, en caso de la artritis reactiva y psoriasis
- Cultivos, en la artritis reactiva
- Examen de orina
- Marcador genético HLA-B27
- Marcador de vejez

Estudios radiológicos

- Radiologías de columna por segmentos (vistas antero-posterior y lateral según el segmento afecto), de las articulaciones sacroilíacas (vista selectiva)

de esta articulación) y de las articulaciones periféricas (en dependencia de las articulaciones afectadas), y de las caderas (aunque no existan síntomas).

- TC o RMN en caso de que el resultado radiológico sea de afectación sacroilíaca grado 0 o I.
- Ultrasonido de partes blandas, en relación a las manifestaciones clínicas.
- Radiología de tórax.
- Electrocardiograma y ecocardiograma.
- Ultrasonido de abdomen superior.
- Prueba funcional respiratoria.
- Ganmagráfía de articulaciones sacroilíacas.

Las radiografías de las articulaciones periféricas se repetirán según aparezcan manifestaciones y las de caderas, aunque no tengan síntomas, semestralmente durante los dos primeros años de efectuado el diagnóstico.

ESPONDILITIS ANQUILOPOYÉTICA

La espondilitis anquilopoyética es una enfermedad inflamatoria crónica que se caracteriza por afectar fundamentalmente la columna vertebral, además con compromiso de las articulaciones periféricas y estructuras extra articulares, con tendencia a la fibrosis y a la anquilosis ósea. Su prevalencia es aproximadamente de unos 2 casos por 100 000 habitantes; más frecuente en el sexo masculino, y en la edad comprendida entre los 20 y 40 años. Tiene una alta asociación con el antígeno de histocompatibilidad, HLA-B27.

Parámetros a evaluar

- **Movilidad de columna:** se aplicarán las siguientes maniobras:
 - ⊕ **Del raquis cervical:** distancia en centímetros (cm) entre el mentón y la porción más superior del esternón; lo normal es 0 cm; en flexión máxima y 18 cm en extensión máxima.
 - ⊕ **Expansión torácica:** se mide la máxima expansión a nivel de la línea intermamaria, (cuarto espacio intercostal); debe ser mayor o igual a 2,5 centímetros, considerándose positiva si es inferior a este valor.
 - ⊕ **Test de Schöber para la columna lumbar:** se marcarán dos puntos, uno a nivel de L5 teniendo como referencia las espinas ilíacas pósterosuperiores y otro 10 centímetros por encima; al inclinar el tronco estos puntos se separan al menos 5 centímetros en condiciones normales, considerándose la maniobra positiva si el valor es < 5 cm.
 - ⊕ **Medición de la distancia** punta de los dedos de las manos punta de los pies en flexión máxima con las rodillas extendidas

Exámenes complementarios

Laboratorio

- Hemograma
- Reactantes de fase aguda:
 - ⊕ Velocidad de sedimentación globular (VSG)
 - ⊕ Proteína C reactiva (PCR)
 - ⊕ Factor reumatoide (FR)
- TGO, TGP, GGT, FAL
- Albúmina
- Glicemia y creatinina
- Calcio
- Antígeno de superficie para hepatitis B
- Serología para virus de la hepatitis C
- Serología (VDRL) en caso de la artritis reactiva y psoriasis
- HIV, en caso de la artritis reactiva y psoriasis
- Cultivos, en la artritis reactiva
- Examen de orina
- Marcador genético HLA-B27

Estudios radiológicos

- Radiologías de columna por segmentos (vistas antero-posterior y lateral según el segmento afecto), de las articulaciones sacroilíacas (vista selectiva de esta articulación) y de las articulaciones periféricas (en dependencia de las articulaciones afectadas), y de las caderas (aunque no existan síntomas).
- TC o RMN en caso de que el resultado radiológico sea de afectación sacroilíaca grado 0 o I.
- Ultrasonido de partes blandas, en relación a las manifestaciones clínicas.
- Radiología de tórax.
- Electrocardiograma y ecocardiograma.
- Ultrasonido de abdomen superior.
- Prueba funcional respiratoria.
- Ganmagrafía de articulaciones sacroilíacas.

Las radiografías de las articulaciones periféricas se repetirán según aparezcan manifestaciones y las de caderas, aunque no tengan síntomas, semestralmente durante los dos primeros años de efectuado el diagnóstico.

Diagnóstico

Criterios diagnósticos modificados de Nueva York (1984)

- Dolor lumbar de tres meses de evolución como mínimo que mejora con el ejercicio y empeora con el reposo.
- Limitación de movilidad de la columna lumbar en el plano frontal y sagital.
- Disminución de expansión torácica en relación al valor normal establecido.
- **EA definida:**
 - ⊕ Sacroileítis radiológica unilateral de grados III o IV o bilateral grados II a IV y al menos un criterio clínico.
- Grados radiológicos

Grados radiológicos de sacroileítis		
0	Normal	• Margen articular respetado, espacio articular uniforme
I	Sospechoso	• Existen cambios inespecíficos
II	Sacroileítis mínima	• Pérdida de la definición de las márgenes articulares, algo de esclerosis, mínimos cambios erosivos, pequeño estrechamiento articular.
III	Sacroileítis moderada	• Esclerosis de las márgenes articulares, borramientos, erosiones y estrechamiento articular.
IV	Anquilosis	• Fusión completa con esclerosis residual o sin esta.

Valoración global de la enfermedad por el paciente

- Indique el efecto que ha tenido su enfermedad en su estado general durante la última semana.

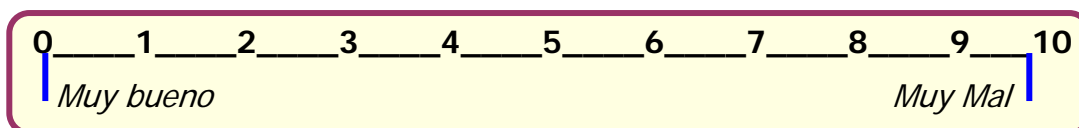
Ninguno —————→ *Muy intenso*

- Indique el efecto de su enfermedad sobre su estado general en los últimos 6 meses:

Ninguno —————→ *Muy intenso*

Interpretación: Se solicita al enfermo que indique el efecto de la espondilitis anquilopoyética en su estado general, empleando una escala visual análoga de 0 a 10 cm donde 0 equivale a ausente y 10 a muy intenso.

- **Valoración global de la enfermedad por el medico (VSA 0-100 mm)**



- **Valoración de la capacidad funcional**

Se medirá a través de un cuestionario autoadministrado, que evalúa la discapacidad física auto-percibida para realizar diversas actividades físicas de la vida diaria:

ÍNDICE FUNCIONAL DE LA EA

Marcar en las líneas de abajo para indicar el nivel de capacidad para cada una de las siguientes actividades durante la última semana:

Acciones	Fácil	Imposible
• Ponerse sus calcetines o medias sin ayuda o apoyo		
• Flexionar cuerpo hacia abajo para recoger lápiz del piso s/ayuda		
• Extender la mano a un estante alto sin ayuda o apoyo		
• Levantarse de una silla sin brazos sin usar manos u otra ayuda		
• Levantarse del piso sin ayuda estando recostado de su espalda		
• Permanecer parado sin apoyarse durante 10 min sin molestias		
• Subir 7-15 escalones s/pasamanos y/o bastón: 1 pie en c/escalón		
• Ver alrededor de su hombro sin voltear su cuerpo		
• Actividades físicas habituales: ejercicios fisioter., jardinería, etc.		
• Realizar 1 día completo de actividades en su casa o en el trabajo		
Total		

Cada pregunta es contestada en una escala visual análoga de 10 cm; en la medida en que mejore cambian la sensibilidad del índice y la capacidad para producir un límite de respuestas en toda la escala. La puntuación individual se suma y posteriormente se convierte a una escala de 0 a 10 para obtener la puntuación

- **Índice de actividad de la EA (BASDAI)***

Ponga una marca en la línea según se haya sentido en la última semana:

Acciones	Ausente	Muy intenso
• Grado global de fatiga o cansancio que ha tenido		
• Dolor EA que ha tenido en cuello, espalda o cadera		
• Dolor o hinchazón otras articulaciones diferentes al cuello, espalda o cadera		
• Malestar cualquier área dolorosa al tacto o presión		
• Rigidez matinal desde el momento de levantarse		
• Duración rigidez matinal desde que se despierta (horas)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1½ <input type="checkbox"/> ≥ 2	
Total		

Cada pregunta es contestada en una escala visual análoga de 10 cm, donde 0 indica que no existe la alteración que se pregunta y 10 que está muy intensa. En la medida en que mejore cambian la sensibilidad del índice y la capacidad para producir un límite de respuestas en toda la escala. La puntuación resultante del índice global (0 a 50) se convierte en una escala de 0 a 10 para obtener la puntuación final del BASDAI.

- **Cuestionario del índice articular de la EA**

<i>Articulaciones exploradas</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
• Presión anterior del tórax				
• Presión lateral del tórax				
• Flexión de la cadera derecha				
• Flexión de la cadera izquierda				
• Presión de la región glútea derecha				
• Presión de la región glútea izquierda				
• Rotación a la derecha de la columna cervical				
• Rotación a la izquierda de la columna cervical				
• Rotación a la derecha de la columna lumbar				
• Rotación a la izquierda de la columna lumbar				
Puntuación total				

Interpretación: Este método se fundamenta en la respuesta a la presión digital firme o movimiento de las regiones mencionadas. Calificación:

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 0 Cuando la maniobra no causa dolor. | 1 Cuando es dolorosa. |
| 2 Cuando hay dolor y muecas. | 3 Cuando el dolor es muy intenso y el paciente retira la mano del explorador |

A mayor calificación en la puntuación total, el índice articular es mayor

HAQ

Es un cuestionario autoaplicado de **20 ítems** que evalúa el grado de dificultad para realizar 20 actividades de la vida diaria agrupadas en ocho áreas (entre paréntesis número de ítems por área): a) vestirse y asearse (2), b) levantarse (2), c) comer (3), d) caminar-pasear (2), e) higiene personal (3), f) alcanzar (2), g) prensión (3) y h) otras actividades (3).

Cada ítem se puntúa de 0 a 3 según la siguiente escala: 0 = sin dificultad, 1 = con alguna dificultad, 2 = con mucha dificultad, 3 = incapaz de hacerlo.

El cuestionario cuenta, además, con varias **cuestiones correctoras**. Que preguntan sobre la necesidad de utilizar algún tipo de UTENSILIO o la AYUDA DE

OTRA PERSONA para realizar las actividades descritas en los 20 ítems. El interés de estas preguntas es que pueden modificar (corregir) la puntuación de las áreas a las que afectan.

HAQ Modificado

Valor _____

Visita N° _____

Fecha _____

Acciones		Actividad evaluada	Grado de dificultad			No puedo
			Sin	Poca	Mucha	
Vestirse y arreglarse	1	Vestirse solo incluyendo atarse los cordones y abrocharse los botones				
	2	Lavarse el cabello				
Levantarse	3	Levantarse de una silla sin apoyarse				
	4	Acostarse/levantarse de la cama				
Comer	5	Cortar la carne en el plato				
	6	Llevarse a la boca un vaso o tasa llena				
	7	Abrir envase nuevo de yogurt en cartón				
Caminar	8	Caminar afuera de casa en terreno plano				
	9	Subir 5 escalones				
Higiene personal	10	Lavarse y secarse el cuerpo				
	11	Tomar baño en tina (doblando rodillas)				
	12	Sentarse y levantarse del inodoro				
Alcanzar cosas	13	Alcanzar/bajar objeto 2 kg por encima de su cabeza				
	14	Agacharse para recoger ropa del suelo				
Agarrar	15	Abrir las puertas de un auto				
	16	Abrir frasco que ya estén abiertos				
	17	Abrir y cerrar los chuchos de la luz				
Actividades	18	Hacer mandados e ir de compras				
	19	Entrar y salir de un auto				
	20	Hacer tareas domésticas				

Si Ud utiliza algún aparato o utensilio para desarrollar alguna de las actividades mencionadas indique cual:

	Bastón		Aparatos para vestirse*
	Andador		Cocinar y comer**
	Muletas		Sillas adaptadas
	Silla de ruedas		Otros:

(*) Calzadores, etc. (**) Con aparato/utensilio adaptado

Si Ud necesita ayuda de otra persona en alguna actividad indique cuál:

	Vestirse y arreglarse		Comer
	Levantarse		Caminar

Si Ud utiliza algún aparato o utensilio para desarrollar alguna de las actividades mencionadas indique cuál:

	Asiento elevado para el inodoro		Aparatos con mango largo para alcanzar cosas
	Asiento para bañarse		Utensilios con mango largo para el baño
	Abrir frascos		

Indice BASMI

Nº Orden	Variables	Puntuación		
		1	2	3
1	Distancia de la cabeza a la pared	<15 cm	15-30 cm	>30 cm
2	Flexión lumbar	>4 cm	2-4 cm	<2 cm
3	Rotación cervical	>70°	20°-70°	<20°
4	Flexión lateral lumbar	>10 cm	5-10 cm	<5 cm
5	Distancia intermaleolar	>100 cm	70-100 cm	<70 cm

Interpretación: 0 = trastorno leve de la enfermedad 1 = enfermedad moderada
2= afectación intensa por la enfermedad

Pronóstico de la EA

La enfermedad se caracteriza por presentar fases de remisión y exacerbación; tiene una evolución prolongada y el curso clínico durante los primeros años marca el pronóstico del paciente, pues si existe una progresión hacia la anquilosis y la deformidad se comportara como una enfermedad grave. Además, se presentan con frecuencias manifestaciones extra articulares y complicaciones durante su evolución.

Factores de mal pronóstico (Amor et al.)

- Sedimentación globular (VSG) > 30 mm/h de forma persistente.
- Escasa respuesta al tratamiento con anti inflamatorios no esteroideos.
- Afectación de cadera.
- Presencia de dactilitis.
- Presencia de oligoartritis.
- Comienzo antes los 16 años de edad.
- Elevación de la proteína C reactiva de forma persistente.

Criterios de mejoría: se debe evaluar:

- Función física. (índice funcional)

- Dolor: evaluación del dolor en escala visual.
- Movilidad de columna: columna cervical, lumbar y expansibilidad torácica.
- Evaluación global por parte del enfermo (evaluación en escala visual).

Para cada variable aplicar una escala análoga visual de 0 a 100 cm, se considera mejoría una reducción porcentual ≥ 20 % en al menos 3 de los parámetros

Criterio d

e remisión

Remisión parcial para los pacientes que presentan bajo nivel de actividad de la enfermedad. Estarían incluidos aquellos casos con menos de 20 unidades en la escala de actividad de la enfermedad.

Criterios de refractariedad al tratamiento con AINES

Cuando no hay mejoría al tratamiento con 3 o 4 AINEs diferentes administrado a dosis óptima durante un tiempo mínimo de 3 o 4 semanas.

Enfermedad activa

- Cuando la valoración del dolor nocturno axial sea mayor de 40 cm y al menos uno de los siguientes:
 - ⊕ Cuando el indicador de actividad (BASDAI) es > 40 mm.
 - ⊕ Reactantes de fase aguda, VSG > 30 mm/h o PCR mayor de 5 mg.
 - ⊕ Valoración global del paciente del dolor, en escala visual mayor de 40 cm.

Tratamiento

Principios fundamentales

- Completa explicación de las características de la enfermedad.
- Informar que el ejercicio es parte fundamental del tratamiento.
- Estimular la natación y ejercicios que promueven movimientos de extensión.
- Incrementar los cuidados que eviten los traumas a nivel cervical.

Tratamiento farmacológico

- **Antiinflamatorios no esteroideos** (AINEs): (Ver AINEs en protocolo de artritis reumatoide)

Producto	Dosis/24 h (mg)	Frecuencia/horas
Ibuprofeno	1200-2400	6-8
Flurbiprofeno	200-300	12
Ketoprofeno	200	8-12
Aceclofenaco	200	12
Indometacina	75-200	8

Diclofenaco	150-200	8-12
Piroxican	20	24

- **Glucocorticoides:** se utilizan en casos aislados con artritis periférica persistente, que no responden a otras terapias y en caso de uveítis aguda que no respondan a las medidas locales.

Prednisona: Dosis de 20 a 40 mg diarios en combinación con AINEs.

Uso intra articular, en caso de sinovitis persistente en una articulación.

- **Fármacos modificadores de la enfermedad**

- ⊕ **Sulfasalazina:** esta indicada en los pacientes que no experimentan mejoría con el uso de AINEs y sobre todo si hay afectación articular periférica.

Dosis inicial de 500 mg; a la semana se eleva a 1 g dos veces al día, mantenida durante 4 semanas y de no haber mejoría se eleva la dosis a 3 g; si no aparece mejoría después de 4 meses de tratamiento puede suspenderse el medicamento

- ⊕ **Metotrexate:** se indica en los casos que presenten artritis periférica y no logren mejoría con el tratamiento con sulfasalacina o tengan efectos adversos con la misma.

Dosis: 7.5-15 mg por semana, v/o o intramuscular. Se puede utilizar hasta 25 mg por semana según la clínica del paciente.

Uso concomitante de ácido fólico 1mg por día.

Tratamiento combinado

- ⊕ **Metotrexate más Sulfasalazina:** se utilizan en casos activos, graves y progresivos con ceterior de mal pronóstico y que no logren mejoría, con el uso de ellos de forma independiente existiendo afectación periférica.

Otros inductores

Se utilizan en caso de toxicidad o contraindicación a las terapias anteriores y en casos refractarios, de evolución progresiva, con mal pronóstico y sin mejoría con los tratamientos anteriores y con afectación articular periférica:

- ⊕ **Infliximab:** 3 a 5 mg/kg las semanas 0, 2, 6 y c/6 semanas después.*
- ⊕ **Etanercept:** 25 mg 2 veces/semana subcutánea, por 6 semanas.*
- ⊕ **Uso combinado de metotrexate, más uno de ellos.**
- ⊕ **Pamidronato:** 10 mg EV mensualmente 6 meses.
- ⊕ **Talidomida:** 200 mg diarios por 6 meses

(*) Todo hace indicar que serán retirados del mercado mundial en los próximos meses por potenciales complicaciones en la esfera cardiovascular

Tratamiento rehabilitador

- Los objetivos del tratamiento rehabilitador en pacientes con EA, son: alivio del dolor y rigidez, mejorar la movilidad articular, prevenir las deformidades y mantener al paciente lo más activo posible.
- La fisioterapia es útil para enseñar a los pacientes los ejercicios adecuados y estar seguros que se mantiene en un programa de ejercicios.
- Todos los pacientes tienen indicación de este tratamiento, en sus diversas formas, ejercicios físicos, ejercicios respiratorios, ejercicios fortalecedores de la musculatura paravertebral entre otros.
- Además tienen indicación de balnearioterapia, acupuntura, electroacupuntura y otras opciones terapéuticas, que serán orientadas por el departamento de rehabilitación.
- En general deben existir programas que incluyan hidroterapia, ejercicios y actividades deportivas al menos dos veces por semana y nunca menos de tres horas semanales

Tratamiento quirúrgico. Indicaciones

- Dolor persistente como síntoma incapacitante.
- Afectación neurológica por compresión.
- Para corregir deformidades.
- Sustitución protésica.

Estas opciones terapéuticas se definirán en valoración conjunta con el servicio de ortopedia.

Complicaciones y tratamiento en la EA

Complicaciones neurológicas

- **Luxación atloaxoidea:** es rara la compresión medular o del tronco cerebral, lo que obligará la práctica de tratamiento quirúrgico.
- **Síndrome de la cola de caballo:** aparece en fases avanzada de la enfermedad por aracnoiditis crónica, es poco frecuente. No existe tratamiento completamente definido; se sugiere tratamiento quirúrgico para la descompresión (laminectomía o *shunt* lumboperitoneal).
- **Fracturas vertebrales traumáticas.** Para estas afecciones se recomiendan estudios imageneológicos como las radiografías, la tomografía, resonancia magnética y la ganmagráfia.

Complicaciones renales

- **Nefropatía:** como consecuencia de la nefrotoxicidad de fármacos antiinflamatorios no esteroideos, la retirada de estos fármacos serán imprescindible.

- **Amiloidosis renal:** poco frecuente, se desarrolla entre un 6 y 8 % de los pacientes espondilíticos y suele manifestarse en forma de nefropatía, con presencia de proteinuria. Es la causa de muerte más frecuente en estos pacientes. El control de la actividad de la espondilitis ayuda al control de la amiloidosis. En la amiloidosis sintomática tiene indicación la colchicina a dosis de 1 mg dos veces al día o clorambucilo 0,1 mg por día.

Afectación cardiovascular

- **La insuficiencia aórtica:** puede requerir recambio valvular
- **Trastornos de conducción:** en ocasiones requieren la colocación de marcapasos.

ARTRITIS PSORIÁSICA

La artritis psoriásica es una artropatía inflamatoria que se manifiesta en psoriásicos y en la cual el factor reumatoide es negativo. La prevalencia de la psoriasis en la población general es 1 a 3 %. La prevalencia de manifestaciones articulares en psoriásicos oscila entre 7 y 42 % y la prevalencia de poliartritis en psoriasis es 6 a 8 %. Esta afección precede a la artritis en 60 % de los casos. Se asocia con frecuencia al antígeno HLA-B27.

Formas clínicas de la psoriasis

- Forma limitada a articulaciones interfalángicas distales 5 %
- Forma mutilante 5 %
- Forma poliarticular 15-48 %
- Forma oligoarticular 35-70 %
- Forma espondilítica 7-10 %

Criterios para el diagnóstico de artritis psoriásica

- Psoriasis de la piel.
- Artritis inflamatoria, periférica o axial.
- Factor reumatoide negativo.

Exámenes complementarios

Laboratorio

- Hemograma
- Coagulograma
- Velocidad de sedimentación globular (VSG)
- TGO, TGP, GGT, FAL
- Albúmina
- Glicemia y creatinina

- Antígeno de superficie para hepatitis B
- Serología para virus de la hepatitis C
- Serología (VDRL)
- HIV
- Cultivos, en la artritis reactiva
- Examen de orina (cituria)
- Marcador genético HLA-B27
- Biopsia de piel

Estudios radiológicos

- Radiologías de las articulaciones periféricas (en dependencia de las articulaciones afectadas), y se repetirán según aparezcan manifestaciones, y de las caderas (aunque no existan síntomas), semestralmente durante los dos primeros años de efectuado el diagnóstico.
- Radiología de tórax.
- Electrocardiograma y ecocardiograma.
- Ultrasonido de abdomen superior.
- Otras

Evaluación de la intensidad del dolor

0___1___2___3___4___5___6___7___8___9___10
Ningún dolor *Máximo dolor*

Nº articulaciones dolorosas: _____ Nº articulaciones inflamadas: _____

- **Valoración global de la enfermedad por el paciente**

0___1___2___3___4___5___6___7___8___9___10
Muy bueno *Muy Mal*

- **Valoración global de la enfermedad por el medico (VSA 0-100 mm)**

0___1___2___3___4___5___6___7___8___9___10
Muy bueno *Muy Mal*

- **Valoración de la capacidad funcional**

Se medirá a través de un cuestionario auto-administrado, que evalúa la discapacidad física auto-percibida para realizar diversas actividades físicas de la vida diaria.

- **Valoración funcional en las formas espondilíticas**

Movilidad de columna (se aplicaran las siguientes maniobras)

- ⊕ Distancia mentón-manubrio esternal Flexión_____ Extens_____
- ⊕ Expansión torácica: _____
- ⊕ Test de Schöber _____

- **Actividad funcional**

Acción	Actividad evaluada	SD	AD	MD	IM
Vestirse	Vestirse sólo, abrochar/amarrar botones/zapatos				
	Enjabonarse la cabeza				
Levantarse	Levantarse de una silla				
	Acostarse y levantarse de la cama				
Comer	Cortar				
	Abrir una caja o lata				
	Servirse líquidos				
Caminar	Caminar por terreno llano				
	Subir 5 escalones				
Higiene	Lavarse y secarse el cuerpo				
	Sentarse y levantarse de la taza				
	Usar la ducha				
Alcanzar	Coger un paquete de un estante por encima de la cabeza				
	Agacharse y recoger ropa del suelo				
Presión	Abrir la puerta de un carro				
	Abrir pomos cerrados que ya habían sido abiertos				
	Abrir y cerrar llaves de agua				
Otras	Hacer las compras				
	Entrar y salir de un carro				
	Barrer o lavar los platos				
Totales					

SD=sin dificultad AD=alguna dificultad MD=mucha dificultad IM=imposibilitado

Nota: Señale para qué actividades necesita ayuda de otra persona o de un utensilio.

Considerar las deformidades de los ejes dando lugar al varo, valgo y recurvatum

Factores de mal pronóstico

- Inicio poliarticular.
- Edad inferior a 20 años.

- Afección cutánea extensa.
- Historia familiar de psoriasis
- Antígenos de histocompatibilidad HLA DR 3 y DR4

Criterios de mejoría: se debe evaluar:

- Numero de articulaciones inflamadas
- Dolor: evaluación del dolor en escala visual
- Movilidad de columna.(columna cervical, lumbar y expansibilidad torácica)
- Evaluación global por parte del enfermo.(Evaluación en escala visual)

Para cada variable aplicar una escala análoga visual de 0 a 100 cm, se considera mejoría una reducción porcentual mayor o igual 20% en al menos tres de los parámetros.

Criterio de remisión

Remisión parcial para los pacientes que presentan bajo nivel de actividad de la enfermedad. Estarían incluidos aquellos casos con menos de 20 unidades en la escala de 0 a 100 cm en cada una de las cuatro variables anteriormente seleccionada.

Criterios de refractariedad al tratamiento con AINES

- Cuando no hay mejoría al tratamiento con 3 o 4 AINES diferentes administrado a dosis óptima durante un tiempo mínimo de 3 o 4 semanas.

Tratamiento farmacológico

- **Antiinflamatorios no esteroideos** (AINES): (Ver AINES en protocolo de artritis reumatoide)

Producto	Dosis/24 h (mg)	Frecuencia/horas
Ibuprofeno	1200-2400	6-8
Flurbiprofeno	200-300	12
Ketoprofeno	200	8-12
Aceclofenaco	200	12
Indometacina	75-200	8
Diclofenaco	150-200	8-12
Piroxican	20	24

- **Corticoides:** se utilizan en pacientes con refractariedad a los AINES (ver EA) y en pacientes con afectación ocular.

⊕ **Prednisona:** Dosis- 5 a 30 mg diarios. Vía local y de elección, en casos de monoartritis refractaria a AINES.

Fármacos modificadores de la enfermedad

- **Sulfasalazina:** esta indicada en los pacientes que no experimentan mejoría con el uso de AINEs, con escasa afectación cutánea y, sobre todo, si hay afectación articular periférica; se inicia por 500 mg diarios por una semana, elevándose la dosis de no existir efectos adversos a 1g dos veces al día durante 4 semanas; de no haber mejoría se incrementa la dosis a 3 g diarios; de no existir respuesta después de 4 meses de tratamiento puede suspenderse el medicamento
- **Metotrexate:** es el indicado en los casos con afectación cutánea extensa y en los que tienen criterios de mal pronóstico. Dosis: 7.5-15 mg por semana; la dosis puede aumentarse a 25 ó 30 mg por semana en casos sin mejoría. Después de tres meses de tratamiento a dosis apropiada sin criterios de mejoría puede considerarse fracaso al mismo.

Alternativas

- **Sales de oro:** de utilidad cuando predominan las manifestaciones articulares sobre las cutáneas y hay refractariedad a la sulfasalazina. Dosis: 50 mg IM semanal hasta 1 g y después 50 mg mensuales.
- **Antimaláricos:** es de opción ante la refractariedad a la sulfasalazina. Se emplea el sulfato de **cloroquina** a dosis de 4 mg/kg/día o hidroxicloroquina 6 mg/kg/día.
- **Ciclosporina A:** opción ante fracaso al tratamiento con metotrexate a dosis de 3 a 5 mg/kg/día.

Otras alternativas ante casos refractarios

- Metotrexate más sulfasalazina
- Metotrexate más ciclosporina
- Metotrexate más retinoides: (en coordinación con dermatología)
- Infliximab: Dosis 5 mg/kg en las semanas 0, 2, 6 y c/6 u 8 semanas.*
- Etanercept: 25 mg dos veces por semana SC por 24 semanas.*
- Etanercept o infliximab más metotrexate.

(*) Todo hace indicar que serán retirados del mercado mundial en los próximos meses por potenciales complicaciones en la esfera cardiovascular

Tratamiento rehabilitador

- El tratamiento rehabilitador será indicado según las características individuales de cada paciente. Durante la fase de brotes se recomienda reposo relativo, posición funcional de las articulaciones y una fisioterapia pasiva. Progresivamente se le incorporan ejercicios activos-asistidos y finalmente ejercicios dinámicos.

Tratamiento quirúrgico

- Sinovectomía y artroplastias, en casos de afectación articular importante y con el criterio de decisión de los ortopédicos.

ARTRITIS REACTIVA

La artritis reactiva (ARe) se define como una inflamación aséptica mono o poliarticular que aparece tras un proceso infeccioso sospechado o demostrado ubicado en cualquier parte del organismo, tras un período de latencia variable, habitualmente menor de un mes.

Criterios diagnósticos

- Artropatía asimétrica seronegativa predominante de los miembros inferiores
- Uno de los siguientes:
 - Uretritis o cervicitis.
 - Disentería.
 - Enfermedad ocular inflamatoria.
 - Afección mucocutánea (balanitis o úlceras orales o queratodermia)
- Exclusiones
 - Espondilitis anquilosante primaria.
 - Artropatía psoriásica.
 - Otras enfermedades reumáticas.

Interpretación. la presencia del criterio 1 más una o más de las manifestaciones del criterio 2 y la ausencia de las enfermedades incluidas en el criterio 3.

Exámenes complementarios

- | | |
|-------------------------------------------|------------------------|
| • Hemograma | Coagulograma |
| • VSG | Glicemia. |
| • Creatinina | VDRL |
| • HIV | Proteína C Reactiva. |
| • TGP | TGO |
| • FAL | Albúmina |
| • Antígeno B | Serología para virus C |
| • Factor Reumatoide | Cituria |
| • Coprocultivos | Urocultivos. |
| • Hemocultivos. | HLA-B27 |
| • Técnica de PCR (infección por Clamydia) | Radiología de Tórax |

- Radiología articulaciones periféricas Rx articulaciones sacroilíacas.
- Ultrasonido de hemiabdomen superior
- US partes blandas/articulaciones periféricas
- Electrocardiograma Ecocardiograma
- Otros según las manifestaciones clínicas del paciente.

Evaluación de la intensidad del dolor

0___1___2___3___4___5___6___7___8___9___10

Ningún dolor

Máximo dolor

Numero de articulaciones dolorosas: _____

Número de articulaciones inflamadas: _____

- **Valoración global de la enfermedad por el paciente**

0___1___2___3___4___5___6___7___8___9___10

Muy bueno

Muy Mal

- **Valoración global de la enfermedad por el medico (VSA 0-100 mm)**

0___1___2___3___4___5___6___7___8___9___10

Muy bueno

Muy Mal

- **Valoración funcional (HAQ)**

- Los pacientes serán evaluados mensualmente hasta estar en remisión y posteriormente trimestralmente por un año, al cabo del cual de mantenerse en remisión serán dados de alta si son HLA B-27 negativos, de ser positivos los evaluaremos anualmente.

- **Valoración funcional en las formas espondilíticas**

Movilidad de columna (se aplicaran las siguientes maniobras)

- Distancia mentón-manubrio esternal Flexión_____ Extens_____
- Expansión torácica: _____
- Test de Schöber _____

Factores de mal pronóstico

- Inicio poliarticular.
- Edad inferior a 20 años.
- Afección cutánea extensa.
- Historia familiar de psoriasis
- Antígenos de histocompatibilidad HLA DR 3 y DR4

Factores de pronóstico

- La naturaleza de la infección gatillante;
- Sexo del paciente;
- Presencia de HLA-B-27
- Presencia de artritis recurrente

Criterios de mejoría: se debe evaluar:

- Numero de articulaciones inflamadas
- Dolor: evaluación del dolor en escala visual
- Valor de la eritrosedimentación
- Evaluación global por parte del enfermo.(Evaluación en escala visual)

Para cada variable aplicar una escala análoga visual de 0 a 100 cm, se considera mejoría una reducción porcentual mayor o igual 20 % en al menos tres de los parámetros.

Criterio de remisión

- Remisión parcial para los pacientes que presentan bajo nivel de actividad de la enfermedad. Estarían incluidos aquellos casos con menos de 20 unidades en la escala de 0 a 100 y menos del 20 % del valor inicial de la eritrosedimentación y del número de articulaciones inflamadas.

Criterios de refractariedad al tratamiento con AINES

- Cuando no hay mejoría al tratamiento con 3 o 4 AINES diferentes administrado a dosis óptima durante un tiempo mínimo de 3 o 4 semanas.

Tratamiento farmacológico

- **Antiinflamatorios no esteroideos** (AINEs): (Ver AINEs en protocolo de artritis reumatoide)

Producto	Dosis/24 h (mg)	Frecuencia/horas
Ibuprofeno	1200-2400	6-8
Flurbiprofeno	200-300	12
Ketoprofeno	200	8-12
Aceclofenaco	200	12
Indometacina	75-200	8
Diclofenaco	150-200	8-12
Piroxican	20	24

- **Corticoides:** se utilizan en pacientes sin mejoría al tratamiento con AINES (ver EA) y en pacientes con manifestaciones oculares.

- ⊕ **Prednisona:** Dosis: 5 a 30 mg diarios. Vía local y de elección, en caso de dactilitis y monoartritis sin mejoría con el tratamiento de AINES.

Fármacos modificadores de la enfermedad: en pacientes sin mejoría al tratamiento con AINES utilizados a dosis óptima:

- **Sulfasalazina:** se inicia por 500 mg diarios por una semana, elevándose la dosis de no existir efectos adversos a 1 g dos veces al día durante 4 semanas; de no haber mejoría se incrementa la dosis a 3 g diarios; de no existir respuesta después de 4 meses de tratamiento puede suspenderse el medicamento
- **Metotrexate:** es indicado si no hay mejoría con sulfasalazina o existen reacciones adversas a la misma. Dosis: 7.5 - 15 mg por semana; la dosis puede aumentarse a 25 ó 30 mg por semana en casos sin mejoría. Después de tres meses de tratamiento a dosis apropiada sin criterios de mejoría puede considerarse fracaso al mismo.
- **Azathioprina:** en casos de no existir mejoría con los tratamientos anteriores o de existir efectos adversos a los mismos en dosis de 2 mg/kg/día.
- **Ciclosporina:** es indicación en casos refractarios con mala evolución; dosis: 2,5 – 5 mg/kg /día.
- **Bromocriptina:** en casos con escasa respuesta a los tratamientos anteriores y que presenten hiperprolactinemia; dosis de 5 mg diarios.

Tratamiento antibiótico

- Estará indicado en casos post venereos con menos de un mes de evolución y en pacientes HLA B-27 positivos, siendo de elección el ciprofloxacino 1 g dos veces al día por tres meses

Tratamiento rehabilitador

- En la fase aguda esta indicado el reposo manteniendo las articulaciones en posición funcional, posteriormente se iniciaran ejercicios pasivos asistidos seguidos de contracciones musculares isométricas, ya en periodo de recuperación se coordinara con el departamento de fisioterapia la estrategia a seguir en cada paciente.

ARTRITIS ENTEROPÁTICAS

La enfermedad inflamatoria intestinal crónica (EIIC) comprende una amplia gama de trastornos inflamatorios del intestino, de etiología conocida (infecciosa, química, física, inmunológica) o desconocida. En este último grupo de etiología, se incluyen una serie de enfermedades cuyos principales exponente son la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC); por sus similitudes epidemiológicas, clínicas endoscópicas y la presencia de formas intermedias se hacen difíciles distinguir entre ambas patologías en algunas ocasiones.

La incidencia de la CU es de 50 a 100 por cada 100 000 personas. En la EC la incidencia es de 6 a 75 por cada 100 000 personas. La artritis es la manifestación extra intestinal más frecuente, entre 50-75 %. Existe asociación con el antígeno HLA-B27 entre 30-70 %. La espondilitis se expresa en 2-8 % de los pacientes con EC y en 20 % en pacientes con CU.

Característica de las artritis periféricas

- Antecede entre 10 a 20 % de los pacientes.
- Inicio de 90 % de los casos posterior a la enteritis.
- Distribución asimétrica.
- Cuadro oligoarticular.
- Curso paralelo a actividad de la enfermedad intestinal, modificable.
- No erosiva.

Características de la espondilitis anquilosante asociada a la EII

- Incidencia: 2- 8 % en enfermedad de Crohn y 20 % colitis ulcerosa.
- Inicio: 27 % antes de la enfermedad intestinal.
- Las características indistinguibles de la espondilitis clásica.
- Curso independiente del grado de extensión y actividad inflamatoria intestinal.

Diagnóstico

- Clínico e histológico.

Exámenes complementarios

- | | |
|-------------------------------------------|--------------------------------|
| • Hemograma | VSG |
| • PCR | Glicemia |
| • Creatinina | TGO |
| • TGP | GGT |
| • Factor reumatoide | ANCA |
| • Rx articulaciones periféricas afectadas | Rx articulaciones sacroilíacas |
| • Radiología del aparato digestivo | Marcador Genético HLA-B 27 |
| • Estudios endoscópicos | Estudio histológico |

Aspectos a evaluar

Nº articulaciones dolorosas ____ Nº articulaciones inflamadas ____

Evaluación de la intensidad del dolor

0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10

Ningún dolor

Máximo dolor

Dolor nocturno axial

0___1___2___3___4___5___6___7___8___9___10

Ningún dolor

Máximo dolor

Valoración global de la enfermedad por el paciente

0___1___2___3___4___5___6___7___8___9___10

Muy bueno

Muy Mal

- **Valoración global de la enfermedad por el medico (VSA 0-100 mm)**

0___1___2___3___4___5___6___7___8___9___10

Muy bueno

Muy Mal

- **Valoración funcional en las formas espondilíticas**

Movilidad de columna (se aplicaran las siguientes maniobras)

- Distancia mentón-manubrio esternal Flexión_____ Extens_____
- Expansión torácica: _____
- Test de Schöber _____

Criterios de mejoría: se debe evaluar:

- Numero de articulaciones inflamadas
- Dolor: evaluación del dolor en escala visual
- Valor de la eritrosedimentación
- Evaluación global por parte del enfermo.(Evaluación en escala visual)

Para cada variable aplicar una escala análoga visual de 0 a 100 cm, se considera mejoría una reducción porcentual mayor o igual 20 % en al menos tres de los parámetros.

Criterio de remisión

- Remisión parcial para los pacientes que presentan bajo nivel de actividad de la enfermedad. Estarían incluidos aquellos casos con menos de 20 unidades en la escala de 0 a 100 y menos del 20 % del valor inicial de la eritrosedimentación y del número de articulaciones inflamadas.

Criterios de refractariedad al tratamiento con AINES

- Cuando no hay mejoría al tratamiento con 3 o 4 AINES diferentes administrado a dosis óptima durante un tiempo mínimo de 3 o 4 semanas.
- Los pacientes sin mejoría serán evaluados mensualmente y los que se encuentren en esta fase trimestralmente, los que se encuentren en remisión semestralmente.

Tratamiento farmacológico

- **Depende:**
 - De la afectación articular periférica.
 - De la toma axial.
 - Estado clínico del paciente.
- **Antiinflamatorios no esteroideos** (AINEs): (Ver AINEs en EA). Efecto: alivio del dolor, inflamación y rigidez.

Producto	Dosis/24 h (mg)	Frecuencia/horas
Ibuprofeno	1200-2400	6-8
Flurbiprofeno	200-300	12
Ketoprofeno	200	8-12
Aceclofenaco	200	12
Indometacina	75-200	8
Diclofenaco	150-200	8-12
Piroxican	20	24

- **Corticoides:** En casos de refractariedad a los AINES o con presencia de manifestaciones generales extra articulares pueden usarse en dosis de 15 a 30 mg diarios, en la afectación ocular en coordinación con oftalmología.

Fármacos modificadores de la enfermedad: en pacientes sin mejoría al tratamiento con AINES utilizados a dosis óptima:

- **Sulfasalazina:** Se indicará
 - En casos que no respondan a los antiinflamatorios.
 - Presencia de artritis periférica, persistente.
 - En EIIC con toma axial (espondilítica)
 - Prevención de recaídas.

Se utilizaran las mismas pautas trazadas para las otras espondiloartropatías, con el siguiente orden de prioridad ante no mejoría al tratamiento o ante la presencia de efectos adversos

- **Metotrexate:** dosis: 7,5 a 12,5 mg por semana puede llegarse hasta 25 mg según la clínica del paciente.
- **Azathioprina:** dosis de 2-2,5 mg/kg/día.
- **Ciclosporina:** dosis: 2,5 – 5 mg/kg /día.

Tratamiento rehabilitador

- El paciente debe rehabilitarse fuera de su etapa aguda.

- Los ejercicios regulares son importantes para prevenir o minimizar la deformidad o limitación.

Tratamiento quirúrgico

- La refractariedad al tratamiento de la artritis tan solo constituye una indicación relativa de colectomía.

ESPONDILOARTROPATÍAS INDIFERENCIADAS

Se define como todo reumatismo que cumpla criterios de espondiloartropatía del grupo europeo (ESSG) y/o de Amor y que no cumpla criterios diagnósticos de ninguna de otras enfermedades de

- Representan 27 % de las espondiloartropatías.
- El 10 % de los casos son mayores de 50 años.
- El 60 % evoluciona a espondilitis anquilopoyética.
- El 20 % se mantienen como Eind.

Diagnóstico provisional de las espondiloartropatías indiferenciadas

Criterios

-HLA-B27 positivo	1,5
-Raquialgia de tipo inflamatorio	1
-Dolor lumbar que se irradia hacia la nalga o hacia la cara posterior del muslo espontáneamente o descubierto por <i>test</i> de esfuerzo de las articulaciones sacro ilíacas	1
-Dolor torácico espontáneo o producido por compresión o limitación de la expansibilidad torácica (2,5 cm o menos)	1
-Artritis periférica o talalgia	1
-Uveítis anterior	1
-Limitación de la columna cervical o lumbar en todos los planos	1
-Aumento de la velocidad de sedimentación, edad menor de 50 años, hombres mayores de 15 mm en una hora, en mujeres mayor de 25 mm en una hora.	1
-Edad mayor de 50 años en hombre mayor de 20 mm en una hora, mujer mayor de 30 mm en una hora	1
-Signos espinales: sindesmofitos, cuadratura vertebral, afectación de articulaciones Inter. apofisarias y costo vertebrales	1

Interpretación: los criterios se cumplen si el total de puntos es igual o superior a 3,5

Exámenes

- Hemograma, reactantes de fase aguda (velocidad de sedimentación globular, proteína C reactiva), factor reumatoide, TGO, TGP, GGT, FAL, albúmina, creatinina, glicemia, calcio, antígeno de superficie para hepatitis B, serología para virus C, examen de orina. Marcador genético HLA-B27.

- ***Estudios radiológicos***

- Radiologías de columna por segmentos, vistas antero- posterior y lateral, según el segmento afecto.
- Radiología de las articulaciones sacroilíacas, vista selectiva de esta articulación, en caso que sean dudosas o en estadios iniciales se indicará la TAC, para precisar la afectación de esta articulación, o la realización de RMN, en caso de tener disponibilidad, o de no tener la posibilidad de la tomografía.
- Ganmagrafía de sacroilíacas, si fuera necesario.
- Radiologías de articulaciones periféricas, en dependencia de las articulaciones afectadas.
- Ultrasonido de partes blandas, en relación a las manifestaciones clínicas del paciente.
- Radiología de los pies.

Diagnóstico

- Se establecerá el diagnóstico de Eind en aquellos pacientes que cumplan los criterios de clasificación de la espondiloartritis de ESSG y/o de Amor y que no cumplan los criterios diagnósticos de ninguna otra enfermedad definida del grupo.

Factores pronósticos para desarrollar una EA

- Presencia de sacroileítis.
- Presencia de HLA-B27 positivo.
- Inicio en edad infantil.

Criterios de mejoría: se debe evaluar:

- Numero de articulaciones inflamadas
- Dolor.(Evaluación del dolor en escala visual)
- Valor de la eritrosedimentación
- Evaluación global por parte del enfermo (evaluación en escala visual)

Para cada variable aplicar una escala análoga visual de 0 a 100., se considera mejoría una reducción porcentual mayor o igual 20% en al menos tres de los parámetros.

Criterio de remisión

- Remisión parcial para los pacientes que presentan bajo nivel de actividad de la enfermedad. Estarían incluidos aquellos casos con menos de 20 unidades en la escala de 0 a 100 y menos del 20 % del valor inicial de la eritrosedimentación.

Criterios de refractariedad al tratamiento con AINES

- Cuando no hay mejoría al tratamiento con 3 o 4 AINES diferentes administrado a dosis óptima durante un tiempo mínimo de 3 o 4 semanas.

Tratamiento

- **AINES:** efecto analgésico y anti inflamatorio.
 - Dosis de los AINES más usados (**Ver EA**)
- **Glucocorticoides:** limitado al tratamiento local, en las artritis persistentes o refractarias, dactilitis y entesitis. En caso de oligoartritis graves, se puede utilizar por vía oral a bajas dosis, de 7,5 a 10 mg por día.
- **Fármacos modificadores de la enfermedad:** en casos sin mejoría a los AINES.
 - **Sulfasalazina:** dosis, 2 a 3 g diario. De no existir mejoría o efectos adversos se recomendará:
 - **Metotrexato:** dosis de 7,5 mg a 15 mg semanal.

Tratamiento rehabilitador

- La terapia física con ejercicios regulares, suele ser ayuda complementaria al tratamiento farmacológico.

EVALUACIÓN Y CONTROL

Indicadores de estructura		Plan	Bueno	Regular	Malo
Recursos humanos	Reumatólogo y personal auxiliar entrenados en contenido del PA	95	95	--	< 80
Recursos materiales	Aseguramiento instrumental y equipos médicos según PA	95	95	--	< 80
	Disponer de los medicamentos expuestos en el PA	95	95	--	< 80
	Disponer de los recursos para la aplicación de investigaciones	95	95	--	< 80
Recursos Organizativos	Garantizar el número programado de 2 operaciones/semana	95	95	--	< 80
	% pacientes con Planilla de Recogida Datos (PRD) del PA	100	100	-	<100
	% pacientes con PRD incluida en LA Base de Datos	100	100	-	<100
Indicadores de procesos		Plan	Bueno	Regular	Malo
% pacientes con EAP con criterios de mal pronóstico identificados		>90	>90	80-90	< 80
% pacientes que cumplieron los períodos de control (seguimiento) según el PA		>95	>95	90-95	< 90
% pacientes que han cumplido las sugerencias terapéuticas para la EAP		>95	>95	90-95	< 90

Indicadores de resultados	Plan	Bueno	Regular	Malo
% pacientes con EAP que mejoraron su capacidad funcional luego del tratamiento	>70	>70	50-70	< 50
% pacientes AR en régimen rehabilitador en algún momento de su enfermedad en el año	>90	>90	80-90	< 80

Bibliografía

1. Manual de Reumatología S.E.R. (Sociedad Española de Reumatología).Capítulo 55.397-408 Espondiloartritis Anquilosante. Edición Médica Panamericana 2001. 55:398-408.
2. Spondyloarthropathies in Sub-Saharan Africa Current opinion in rheumatology 2000, 12: 281 – 286.
3. Khan MA. An overview of clinical spectrum and heterogeneity of spondyloarthropathies, Rheum. Dis Clin North Am 1992;18:1-10.
4. Primary Ankylosing Spondylitis: Patterns of Disease in a Brazilian Population of 147 patients. The Journal of Rheumatology 2001;28:3,44-52.
5. Burgos-Vargas R. Pacheco- Tena C. Vasquez-Mellado J. Juvenil- onset spondyloarthropathies. Rheumatology Diseases Clinic North American 1997; 23:569-98.
6. Burgos-Vargas R. Pacheco- Tena C. Vasquez-Mellado J. Juvenil- onset spondyloarthropathies. Rheumatology Diseases Clinic North American 1997; 23:569-73.
7. Valoración de la actividad, respuesta al tratamiento y criterio de refractariedad en espondiloartropatías. Guía Grupo Español en el estudio de las espondiloartropatías.2000.