

Título: ESPONDILÍTIS ANQUILOPOYÉTICA

Autores:

Dra. Nelsa Casas Figueredo. Especialista de 2º Grado de Reumatología. Máster en enfermedades infecciosas. Profesora Auxiliar.

Dra. Ana Arguelles Zayas Especialista de 2º Grado de Reumatología. Máster en enfermedades infecciosas, Profesora Asistente.

DraC. Araceli Chico Capote. Especialista de 2º Grado de Reumatología. Profesora e Investigadora Titular.

DrC. Miguel Estévez del Toro. Especialista de 2º Grado de Reumatología. Profesor e Investigador Titular.

Dra. Teresita Pérez Alfonso. Especialista de 2º Grado de Dermatología. Máster en enfermedades infecciosas, Profesora Asistente.

Dra. Maria del Carmen Aguilar Callejo. Especialista de 1er. Grado en Radiología.

Dra. Sandra Borges Pérez. Especialista de 2º Grado en Oftalmología. Máster en enfermedades infecciosas, Profesora Auxiliar.

Lic. Bárbara Bernardo Salazar. Especialista en Psicología de la Salud

Dr. Alexander Ortega Carballosa. Especialista de 1er. Grado en Inmunología, Instructor.

Servicio de Reumatología

Email: jreuma@hha.sld.cu

Introducción

La Espondilitis Anquilopoyética (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica, asociada al antígeno leucocitario humano (HLA-B27), afecta fundamentalmente al esqueleto axial, especialmente a las articulaciones sacroilíacas, puede presentar además compromiso de las articulaciones periféricas y estructuras extraarticulares con tendencia a la fibrosis y a la anquilosis.

Es más frecuente en hombres que en mujeres en una relación de 2 a 1.

Existe una relación aproximada entre la prevalencia del marcador genético

HLA-B27 y la prevalencia e incidencia de esta enfermedad, existiendo variaciones en distintas áreas geográficas.

Objetivos.

- Diagnosticar tempranamente a los pacientes con espondilitis.
- Establecer precozmente el tratamiento médico y rehabilitador.
- Identificar a los pacientes con factores de mal pronóstico.
- Alcanzar un seguimiento integral del enfermo.

Desarrollo

Características clínicas

Manifestaciones músculo-esqueléticas

- Presencia de dolor lumbar inflamatorio

Definición del dolor inflamatorio-Cuando se cumplen 4 de los siguientes criterios:

- ✓ Aparición antes de los 40 años
 - ✓ -Comienzo insidioso
 - ✓ Mejoría con el ejercicio Empeora con el reposo
 - ✓ Dolor nocturno
- Dolor sacroilíaco
 - Artritis asimétrica (oligoartritis) fundamentalmente en miembros inferiores
 - Entesitis Dactilitis, Talalgia

Manifestaciones extra articulares

- Oculares: Uveítis anterior aguda
- Cardíacas: Patología valvular (Insuficiencia aórtica) y trastornos en la conducción; miocardiopatías
- Intestinal: Inflamación intestinal, episodios de diarreas
- Pulmonar: Patrón restrictivo, fibrosis apical
- Renales: Nefropatía por antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), nefropatía IgA, nefropatía amiloide
- Neurológicos: Radiculopatías aisladas, subluxación atlantoaxoidal, cauda equina
- Amiloidosis: secundaria
- Osteoporosis

Formas de expresión

- Afectación axial
- Afectación periférica
- Manifestaciones combinadas (axial o periférica, o ambas)

Criterios diagnósticos de Nueva York modificados (Van der Linden, 1984)

Criterios clínicos

- Dolor lumbar y rigidez > 3 meses de duración, que mejora con el ejercicio y empeora con el reposo.
- Limitación de movimientos de la columna lumbar en el plano sagital y frontal.
- Limitación de la expansibilidad torácica con respecto a los valores normales corregidos para edad y sexo.

Criterios radiológicos

Sacroilítis bilateral de al menos grado 2-4 o unilateral grado 3-4 por Rx simple.

Interpretación radiológica.

Valoración de los cambios radiológicos en articulaciones sacroilíacas: se hace en función del grado de borrosidad de los márgenes articulares y la presencia de esclerosis, erosiones y pinzamiento. * Se establece el diagnóstico de EA si se cumple el criterio radiológico y al menos uno de los clínicos.

Grados radiológicos de la sacroilítis

- Normal: Margen articular respetados, espacio articular uniforme.
 - I. Sospechoso: Existen cambios inespecíficos.
 - II. II. Sacroilítis mínima: Pérdida de la definición de las márgenes articulares, algo de esclerosis, mínimos cambios erosivos, pequeño estrechamiento articular.
 - III. III. Sacroilítis moderada: Esclerosis de las márgenes articulares, borramientos, erosiones y estrechamiento articular.
 - IV. IV. Fusión completa: con esclerosis residual o sin esta.

Pruebas diagnósticas básicas o confirmatorias, o ambas

No existe un marcador de laboratorio específico que permita establecer un diagnóstico, pero sí ayudan para descartar otras enfermedades y durante el seguimiento, para detectar precozmente la toxicidad de los tratamientos.

- Evaluación inicial: Hemograma completo, Hemoquímica, VSG, Proteína C Reactiva, Addis 2 horas.

Marcador genético HLA- B27.

- Estudios de imagen.

- Radiografía simple de columna, por segmentos y articulaciones sacroilíacas (es un elemento importante en la evaluación tanto diagnóstica como para el seguimiento).
- Tomografía Computarizada (TC) de las sacroilíacas (para detectar las alteraciones estructurales crónicas). No se recomienda para el diagnóstico precoz.
- Resonancia Magnética (RM): permite visualizar precozmente las lesiones inflamatorias de las sacroilíacas Sólo las alteraciones claramente ostensibles de inflamación aguda (edema/ osteítis) deben de ser consideradas para el diagnóstico.
- Ecografía de alta resolución permite una visualización muy detallada de la entesítis (es muy frecuente y puede estar presente en fases precoces, permite detectar alteraciones en las entesis asintomáticas desde el punto de vista clínico y de exploración).

Recomendaciones terapéuticas

Objetivo terapéutico: remisión de la enfermedad, o en su defecto, reducir al mínimo la actividad inflamatoria.

Tratamiento médico

- Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y esteroideos (*Glucocorticoides*)
- Fármacos modificadores de la enfermedad (FAME)
- Tratamiento combinado - Terapias biológicas (Anticuerpo dirigido al factor de necrosis tumoral, Anti TNF).

Antiinflamatorios no esteroideos (AINES) -Se recomiendan, si no existe contraindicación, como tratamiento de primera línea para mejoría del dolor (axial y periférico), función y rigidez en estos pacientes. Para alcanzar una mejoría significativa de los síntomas y signos) se recomienda mantener la mínima dosis eficaz. Antes de considerar un AINEs como ineficaz este debe haberse administrado durante al menos 2 a 4 semanas a las dosis máximas recomendadas o toleradas.

Cuadro 1: Antiinflamatorios (AINES) más utilizados

AINES	Presentación	Dosis/ 24 h	Vía administrar
Ibuprofeno	Tabletas 200 mg, 400 mg, 600 mg	1200-2400 mg	Oral
Ketoprofeno	Tabletas 100 mg, 200 mg	200 mg	Oral
Indometacina	Tabletas 25 mg	75-200 mg	Oral
Naproxeno	Tabletas 250 m, 500 mg	500-1000 mg	Oral
Aceclofenaco	Tabletas 100 mg	200 mg	Oral o IM
Diclofenaco	Tabletas 50 mg, 75 mg, 100 mg Ámpulas 75 mg, 100 mg	150-200 mg	Oral o IM
Piroxican	Tabletas 10 mg Supositorios 20 mg	20 mg	Oral o Rectal
Celecoxib (celebrex)	Capsulas 50 mg, 100 mg, 200 mg y 400 mg	200 mg	Oral

IM: intramuscular

Antiinflamatorios esteroideos:

Glucocorticoides: Se utilizan como opción complementaria a los AINEs, sobre todo en formas con afectación periférica (articular o entesítica). Además,

pueden ofrecer una opción de tratamiento para aquellos pacientes con intolerancia o que sean refractarios a los AINEs y en caso de uveítis aguda que no respondan a las medidas locales.

Glucocorticoide	Presentación	Dosis/ 24 horas	Vía de administración
Prednisona	Tabletas 5 mg, 20 mg	20- 40 mg	Oral
Triamcinolona acetónido o Betametasona	Bulbo 40 mg/mL Ampolleta 6 mg/mL	Según la articulación inflamada (pequeña o grande)	IA

IA: intraarticular

Fármacos modificadores de la enfermedad.

Inhiben la hiperactividad del sistema inmune y / o inflamatorio, por tanto tienen efecto modificador del curso de la enfermedad. Se utilizan en pacientes que presentan signos de mal pronóstico o refractariedad a los AINEs.

Modificador	Presentación	Dosis	Vía de administración
Sulfasalazina (Salazopirina)	Tabletas- 500 mg	1 a 3 gramos / día	Oral
Metotrexate	Tab 2,5 mg, 5 mg, Vial solución inyectable. 50 mg/ 2 mL, 500 mg/20 mL, 1000 mg/40 mL	7 ,5 mg-15 mg/ sem Se puede utilizar hasta 25 mg	Oral, SC o IM
Leflunomida (Arava)	Tab 10 mg, 20 mg 100 mg	10.20 mg Inicio: 100 mg/día durante 3 días, (Se puede iniciar directamente sin dosis de carga)	Oral

SC: subcutánea IM: intramuscular

Tratamientos biológicos

Son fármacos indicados para la terapia de las artropatías inflamatorias que actúan sobre dianas terapéuticas específicas dentro del proceso patológico de cada enfermedad. Tienen indicación en la EA activa y grave que no haya obtenido un control adecuado con la terapia convencional.

Medicamento	Presentación	Dosis	Vía
Infliximab (Remicade)	Vial 100 mg	3 – 5 mg / kg de peso en semanas 0, 2 y 6, luego cada 8 semanas	IV (Perfusión a durar 2 horas)
Etanercept (Embrel)	Bb. 25 mg y 50 mg	25 mg 2 veces/ semana /6 semanas o 50 mg una vez a la semana	SC
Golimumab (Simponi)	Ampolletas 50 mg	50 mg o 100 mg 1 vez al mes El mismo día de cada mes	SC
Adalimumab (Humira)	Ampolletas 20 mg y 40 mg	40 mg cada 2 semanas	SC

IV: Intravenoso SC: Subcutáneo

Tratamiento rehabilitador

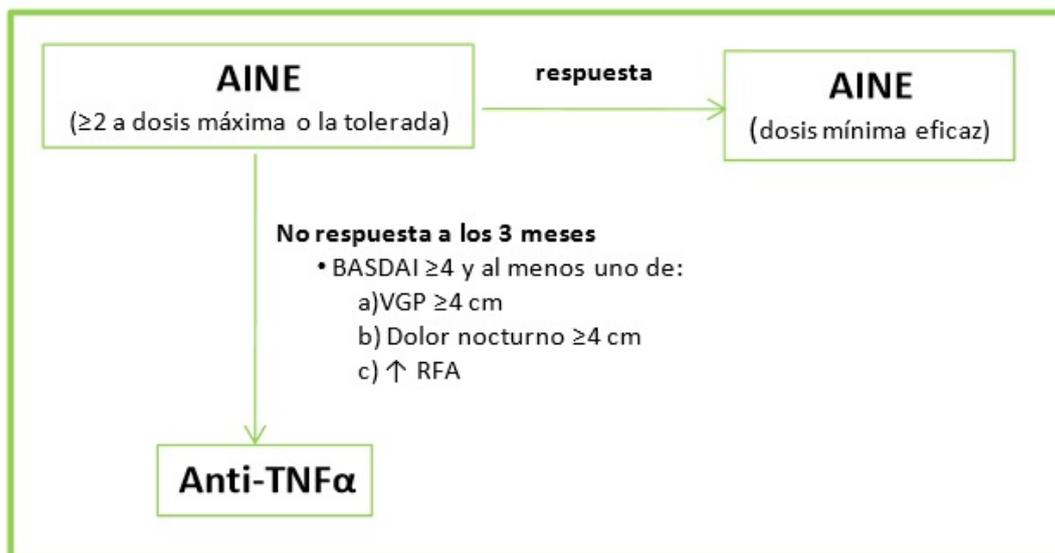
- Tratamiento postural
- Ortésis (situaciones de compromiso medular, dolor no aliviado, cifosis progresiva)
- Cinesiterapia (ejercicios de articulaciones periféricas, ejercicios de tronco, ejercicios respiratorios).
- Hidroterapia (ejercicios flexibilizante articular general y vertebral) (alivia el dolor local y relaja la musculatura)
- Masoterapia (efectos relajantes)

Tratamiento quirúrgico: Indicaciones:

Dolor persistente como síntoma incapacitante, afectación neurológica por compresión, para corregir deformidades, sustitución protésica

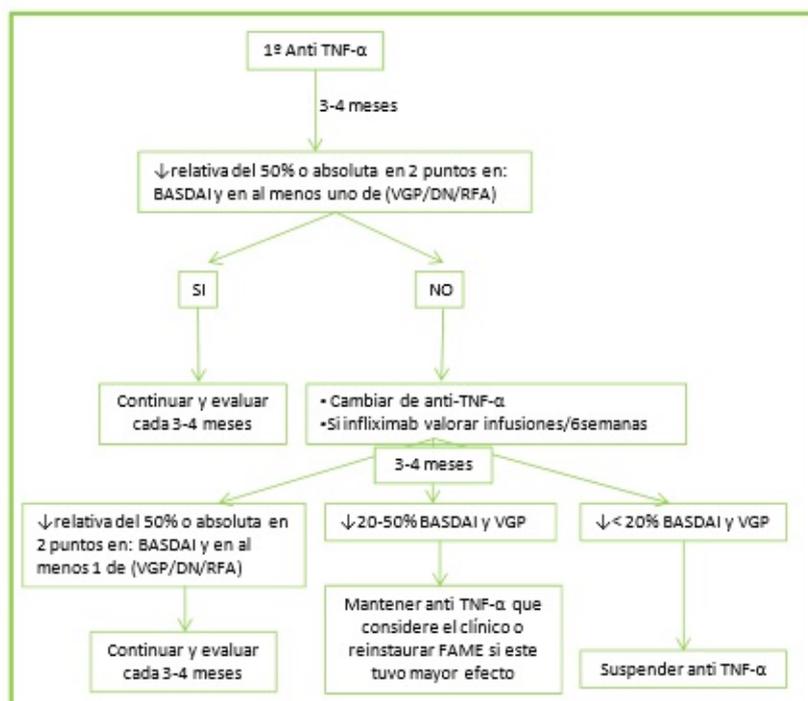
- Sinovectomía en artritis persistente.

Cambio terapéutico de la forma axiales de EA y APs.



Abreviaturas: AINE=antiinflamatorio no esteroideo; BASDAI=Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; VGP=valoración global del paciente de la enfermedad; RFA=reactantes de fase aguda; cm=centímetro.

Algoritmo de evaluación de la terapia con anti TNF- α en la afectación axial



Abreviaturas: BASDAI=Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; VGP=valoración global del paciente de la enfermedad; DN=dolor espinal nocturno; RFA=reactantes de fase aguda; FAME=fármaco modificador de la enfermedad.

Indicadores

Indicadores de estructura

Estándar

Recursos humanos

% de personal (Reumatólogo y personal auxiliar) entrenados en contenido del PA para su aplicación.

>90%

Recursos materiales

% del aseguramiento Instrumental y equipos médicos según PA.

>90%

% de disponibilidad de los recursos para la aplicación de investigaciones

> 80%

Recursos organizativos

% de pacientes con planillas para la recogida de datos (PRD)

100%

% de planillas en base de datos

100%

Indicadores de procesos	Estándar
% de pacientes con EAP con criterios de mal pronóstico identificados .	<40%
% de pacientes que cumplan con los períodos de control del seguimiento, según el PA	>80%
% de pacientes que cumplan con las sugerencias terapéuticas para la EAP	>70%
% de garantizar el número de consultas programadas por semana	>98%

Indicadores de resultados

% de pacientes con EAP que mejoraron su capacidad funcional luego del tratamiento.	>60%
% de pacientes EA que mejoraron los síntomas articulares con el tratamiento fisiátrico .	>80%
% de pacientes que desarrollaron coxartrosis y necesitaron tratamiento quirúrgico.	<10%

Bibliografía

Ariza Ariza R., (2010). Aspectos comunes entre la espondilitis psoriásica y la espondilitis anquilosante. *Reumatol Clin*, 6 (1), 25–27.

Bautista-Molano W., Padilla EM., Alamino RP., Sánchez CR, Valle-Oñate R, Vega E, Espinoza LR. (2015). Espondiloartritis. *Enfermedades Inflammatorias Reumáticas*. Primera Edición. Cap12, 207-247.

Carmona Ortells L, Loza Santamaria E y Grupo de Espoguía, (2010). Guía práctica para el manejo de las Espondiloartritis: metodología y datos generales del documento. Unidad de Investigación.Sociedad Española de Reumatología Madrid. España. ReumatolClin. doi 10.1016

ChalmetaVerdejo, I, (2013). Seguridad de lostratamientosantirreumáticos en la pacientegestante. Semin Fund Esp Reumatol, 14 (1),pag14-17.

Juanola Roura X, et al, (2011). Documento SER de consenso sobre el uso de terapias biológicas en la espondilitis anquilosante y otras espondiloartritis excepto la artritis psoriásica. ReumatolClin. Doi: 10.1016.

Martins NA, Furtado GE, Campos MJ, Leitão JC, Filaire E, Ferreira JP. (2012) Acta Reumatol Port, 39(4) 298-308.

Raychaudhuri SP, Deodhar, (2010) .A The classification and diagnostic criteria of ankylosing spondylitis.Best Pract Rev ClinRheumatol,24,(5),589-604.

Sanz Sanz J, (2012). Papel de la RMN en el diagnóstico y evolución de las espondiloartritis. ReumatolClin, Vol8,n1, pag 37-41.

Slobodin G, Eshed I, (2014). Non- Radiographic Axial Spondyloarthritis,48 (49),128-33.

Simone D, Nowik MGremese E, Ferraccioli GF, (2015). Disease-modifying Antirheumatic Drugs (DMARD) and CombinationTherapy of Conventional DMARD in Patients with Spondyloarthritis and PsoriaticArthritis with Axial Involvement. J Rheumatol, Vol42,n12, pag 2339-46

Singhal A, Bhakuni D, Marwaha V, Hande V, Bagga G,(2015). Biológicas Use in Asian Indian Patients with Ankylosing Spondylitis: A Physician's Perspective. Isr Med Assoc J, 17,(12), 770-6.

Smolen Josef S, Jürgen Braun J, Dougado Maxime, et al,(2014). International task force arthritis, to target: recommendations of ankylosing spondylitis and psoriatic Treating spondyloarthritis, including, Vol, pag 73, 6-16.