

Las espondiloartritis

Jenny de la Torre Aboki, Vega Jovaní Casano

INTRODUCCIÓN

Las espondiloartritis (EsPA) constituyen un grupo de enfermedades inflamatorias crónicas que se caracterizan por la inflamación de las articulaciones del raquis o esqueleto axial y las extremidades. El término espondiloartritis, relativamente reciente, refleja de mejor manera la naturaleza inflamatoria tanto axial como periférica de este grupo de enfermedades antes denominado espondiloartropatías.

Se reconocen cinco grandes subtipos dentro de las espondiloartritis: la espondilitis anquilosante (EA), la artritis psoriásica (APs), la artritis reactiva (ARe), la artritis asociadas a la enfermedad inflamatoria intestinal crónica (ArEII) -enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa- y la espondiloartritis indiferenciada. Inicialmente fueron consideradas como enfermedades independientes pero sus similitudes en ciertas características clínicas y la asociación al HLA-B27, descrito en 1973, hizo que fueran englobadas en el espectro de las espondiloartritis.

Las manifestaciones clínicas que comparten son:

- Lumbalgia de características inflamatorias.
- Artritis periférica.
- Entesitis.
- Uveítis anterior.

- Manifestaciones intestinales.
- Manifestaciones cutáneas.

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO

En 1945, en un intento de clasificación y estandarización, se describieron los primeros criterios diagnósticos para la EsPA de Boland y Present, seguidos de los de Roma (1961), Nueva York (1966) y Nueva York modificados (1984). En ellos es necesaria la sacroileítis radiográfica para la definición de EA debido a que son poco sensibles, puesto que pueden pasar años desde el inicio de los síntomas hasta que se confirma con una imagen con lesión o daño radiográfico.

Esta demora, junto a las diferentes manifestaciones clínicas y la falta de un test patognomónico, ha llevado a un retraso diagnóstico de las EsPA de hasta quince años.

En los años de 1990 se describen los criterios de clasificación de EsPA de Amor et al., ([Cuadro 1](#)) y de la *European Spondyloarthritis International Society* (ESSG) ([Cuadro 2](#)). Mantienen en sus criterios la sacroileítis radiográfica pero esta deja de ser imprescindible para el diagnóstico. Este hecho supone un aumento importante de la sensibilidad diagnóstica, puesto que se puede etiquetar de EsPA mucho antes de la aparición de daño radiográfico.

Cuadro 1. Criterios de clasificación para EsPA

	Puntos
A. Signos clínicos/historia clínica	
1. Dolor nocturno (columna vertebral) o rigidez matutina	1
2. Oligoartritis asimétrica	2
3. Dolor impreciso en glúteos (nalgas) o dolor alternante en nalgas	1
4. Dedo del pie o de la mano en salchicha (dactilitis)	2
5. Entesitis (talón)	2
6. Uveítis	2
7. Uretritis/cervicitis en el mes anterior a la artritis	1
8. Diarrea sobrevenida en el mes anterior a la artritis	1
9. Psoriasis, balanitis o enfermedad inflamatoria intestinal	2
B. Signos radiológicos	
10. Sacroileítis (grado 2 bilateral o grado 3 unilateral)	3
C. Terreno genético	
11. HLA-B27 positivo o antecedentes familiares de EA, ARe, uveítis, psoriasis o enfermedad inflamatoria intestinal	2
D. Buena respuesta a los AINE	
12. Mejoría del dolor en 48 horas con AINE o empeoramiento del dolor en 48 horas tras suspenderlos	2

Son necesarios al menos 6 puntos

Fuente: Amor et al. (1990)

Cuadro 2. Criterios de clasificación de ESSG

Se da uno u otro criterio:

- Dolor lumbar inflamatorio
- Sinovitis:
 - Asimetría
 - Predominante en miembros inferiores

Y al menos uno de los siguientes:

- Entesitis (talón)
- Historia familiar positiva
- Psoriasis
- Enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa
- Uretritis/cervicitis o diarrea aguda en el mes previo al inicio de la artritis
- Dolor alternante en nalgas (derecha e izquierda)
- Sacroileítis

Fuente: Dougados et al. (1991)

tica nuclear (RMN). La intención de estos criterios es identificar a los pacientes que presentan una enfermedad en estadios iniciales y por ello aumentan la sensibilidad y especificidad en EsPA axial con respecto a los anteriores (Rudwaleit et al., 2009; Rudwaleit et al., 2011). Estos criterios permiten mejorar el diagnóstico precoz y clasifican la espondiloartritis en dos grupos (Criterios ASAS) (Cuadro 3):

- La espondiloartritis axial que incluye la espondilitis anquilosante y la espondiloartritis axial no radiográfica.
- La espondiloartritis de predominio periférico que incluye la artritis psoriática, la artritis reactiva, la artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal y la espondiloartritis indiferenciada.

Cuadro 3. Criterios ASAS de clasificación para la espondiloartritis

EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR ≥ 3 MESES Y EDAD AL INICIO < 45 AÑOS	EN PACIENTES SOLO CON SÍNTOMAS PERIFÉRICOS
Se da uno u otro criterio: <ul style="list-style-type: none">• Sacroilitis en imagen y ≥ 1 característica de Esp• HLA-B27 y ≥ 2 otras características de Esp Características de Esp: <ul style="list-style-type: none">• Dolor lumbar inflamatorio• Artritis• Entesitis (talón)• Uveítis• Dactilitis• Psoriasis• Enfermedad de Crohn/colitis ulcerosa• Buena respuesta a antiinflamatorios no esteroideos (AINE)• Historia familiar de SpA• HLA-B27• Proteína C reactiva (PCR) elevada	<ul style="list-style-type: none">• Artritis o entesitis o dactilitis Y uno de estos criterios: <ul style="list-style-type: none">• ≥ 1 característica de Esp:<ul style="list-style-type: none">- Uveítis- Psoriasis- Enfermedad de Crohn/colitis- Infección previa- HLA-B27- Sacroilitis en imagen• ≥ 2 otras características de Esp:<ul style="list-style-type: none">- Artritis- Entesitis- Dactilitis- DLI (alguna vez)- Historia familiar de Esp

Fuente: Rudwaleit et al. (2011)

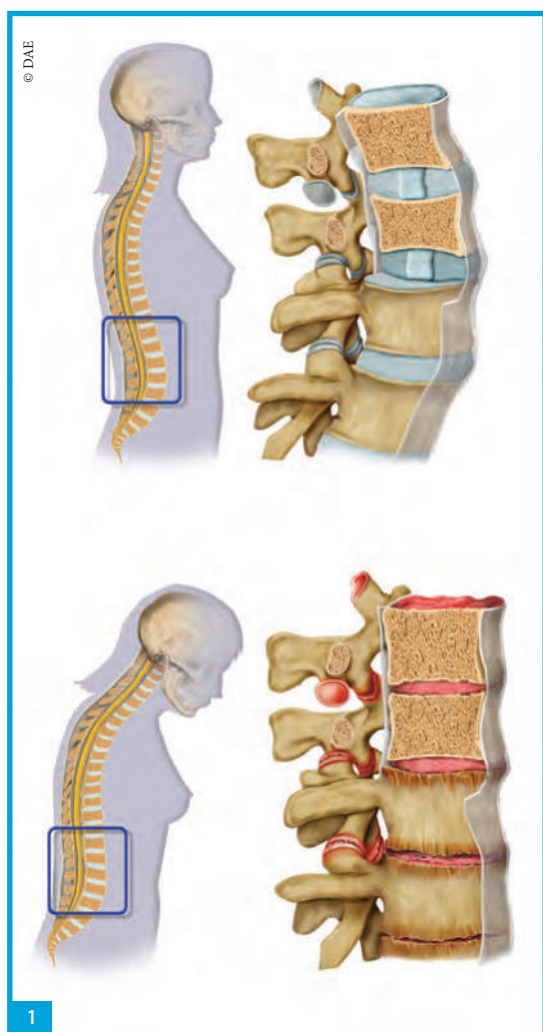
LAS ESPONDILOARTRITIS

Son un grupo de enfermedades similares, con una predisposición genética común pero con unas características clínicas distintas. Se detallan a continuación.

Recientemente, el *Assessment of Spondyloarthritis International Group* (ASAS) ha publicado unos criterios de clasificación de espondiloartritis axial y periférica que incluyen la utilización de la resonancia magné-

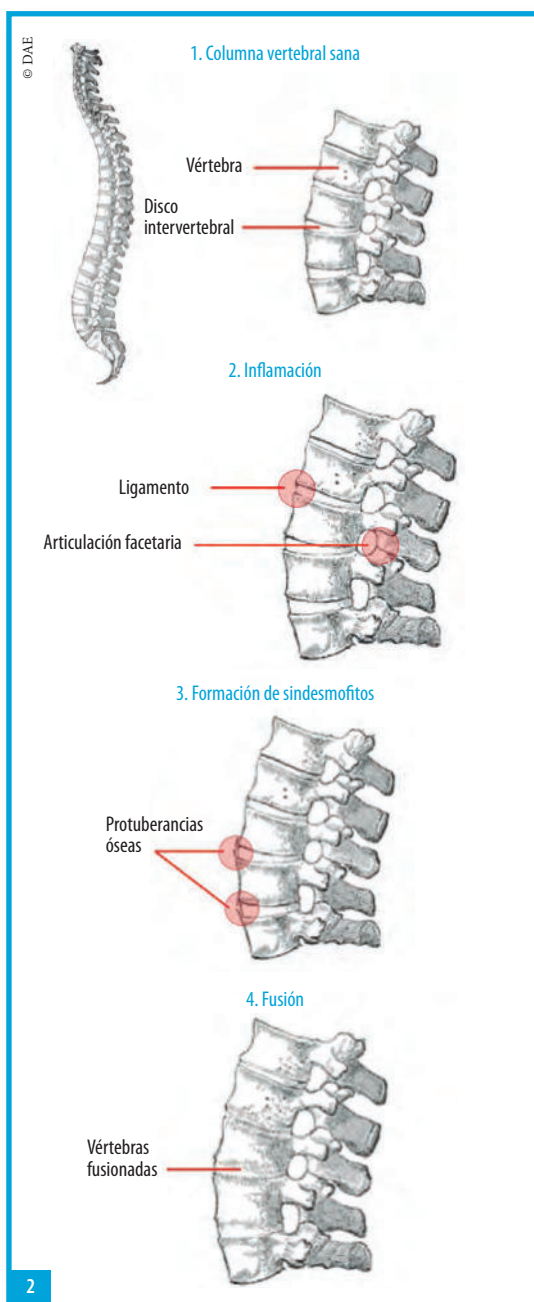
Espondilitis anquilosante

La espondilitis anquilosante (EA) (Imagen 1), la primera EsPA descrita, es una enfermedad reumática crónica de etiología desconocida que afecta predominantemente al esqueleto axial, pelvis, columna vertebral y tórax. El término EA proviene del griego *spondylos* (vértebra) y *ankylos* (rigidez) o fusión articular, que hace referencia a la soldadura y fusión que ocasionalmente se produce entre las vértebras como consecuencia final de la inflamación mantenida. El sufijo “-itis” in-



Postura producida por la espondilitis anquilosante de larga evolución

dica que el proceso tiene como base una inflamación de las articulaciones que hay entre las vértebras (Imagen 2).



Evolución de la espondilitis anquilosante

Como resultado de la inflamación mantenida se produce una pérdida de flexibilidad de la columna, pudiendo quedar rígida y fusionada.

Las articulaciones periféricas también pueden afectarse por la EA y algunos pacientes desarrollan manifestaciones extraarticulares (Imagen 3). El dolor y la limitación funcional dificultan la realización de actividades de la vida diaria básicas, así como la actividad laboral y el descanso nocturno (Collantes et al., 2007).

La EA afecta con más frecuencia a varones que a mujeres en una proporción 5:1 (Gran et al., 2003). La predisposición genética a la enfermedad quedó patente al descubrirse su asociación con el anti-

geno de histocompatibilidad HLA-B27. En la raza blanca se estima una prevalencia de entre el 0,05 y el 0,25% de la población (Carmona et al., 2004). La incidencia anual estimada de EA en España es de 7,2 casos por cada 100. 000 habitantes (95% CI: 2,7-19,0) (Muñoz-Fernández et al., 2010).

En la raza blanca más del 95% de los pacientes con EA son HLA-B27 positivos, mientras que la prevalencia de este antígeno en la población general es del 4-8%. Sin embargo, solo entre el 2-8% de individuos HLA-B27 positivos desarrolla la enfermedad y dicho porcentaje aumenta hasta el 20% si existe un familiar afecto (Sanmartí, 2004).

El diagnóstico es clínico y radiológico. Es necesaria la presencia de síntomas axiales junto con la demostración de una sacroileítis radiológica, generalmente bilateral y simétrica. Los criterios diagnósticos utilizados en la actualidad siguen siendo los de Nueva York modificados (van der Linden et al., 1984) que incluyen tres criterios clínicos y uno radiológico (Cuadro 4).

En las fases iniciales de la EA las radiografías de sacroilíacas pueden ser normales y, además, permanecer normales durante varios años a pesar de la enfermedad. Por ese motivo, la evaluación de las



Estructuras afectadas por la espondilitis anquilosante (en azul áreas típicas de entesopatía)

Cuadro 4. Criterios de Nueva York para la espondilitis anquilosante

Criterios clínicos:

- Dolor lumbar y rigidez de más de tres meses de duración que mejora con el ejercicio y no se alivia en reposo
- Limitación de la movilidad de la columna lumbar en ambos planos, frontal y sagital
- Limitación de la expansión torácica según valores normales corregidos en función de la edad y el sexo

Criterios radiológicos:

- Sacroileítis bilateral de grado 2 o superior
- Sacroileítis unilateral de grado 3-4

Se considera espondilitis anquilosante definida si el criterio radiológico se asocia como mínimo a uno de los criterios clínicos

Fuente: van der Linden (1984)

sacroilíacas en un paciente con sospecha de EA y/o EsPA ha de realizarse mediante RMN. La RMN permitirá detectar los cambios inflamatorios en las fases iniciales de la enfermedad, cuando todavía no existe daño estructural y, por tanto, es imposible detectar daño radiológico.

Manifestaciones clínicas

La EA a menudo empieza en la tercera década de la vida, con un pico máximo a los 25 años, aunque las formas asociadas a psoriasis o entesopatía pueden iniciarse más tardíamente. Los síntomas suelen comenzar en el esqueleto axial. El dolor vertebral se localiza en cualquier segmento de la columna, aunque la región lumbar es la más afectada inicialmente. La lumbalgia es de aparición insidiosa. El dolor suele ser más notorio después de periodos de reposo y, principalmente, en las últimas horas de la noche y primeras de la madrugada, cuando se lleva un rato largo en la cama, despertando al paciente y obligándole a continuos cambios de postura o a levantarse de la cama y pasear por la habitación para notar un alivio e incluso la desaparición de los síntomas.

Es característica la rigidez matutina, que desaparece con la actividad física a lo largo de la mañana. La lumbalgia no tiene relación con los esfuerzos y presenta alternancia de periodos de remisión completa o parcial del dolor con otros de exacerbación.

Las características descritas anteriormente definen la lumbalgia inflamatoria caracterizada por (Sieper et al., 2009):

- Edad de inicio antes de 40 años.
- Comienzo insidioso.
- Mejoría con ejercicio.
- No mejoría con reposo.
- Dolor nocturno (con mejoría al levantarse).

El síndrome sacroilíaco constituye una de las formas clásicas de presentación. Aparece dolor en el cuadrante supero-interno de la nalga, que irradia a la cara posterior del muslo hasta la rodilla simulando una ciática. Con frecuencia es bilateral y es típico

que el dolor salte de una a otra articulación sacroilíaca y se exacerbe de madrugada. El dolor puede aumentar con la tos o el estornudo y provoca cojera.

Es común la presencia de dolor torácico como consecuencia de la afección de las articulaciones condroesternales, manubrioesternales o esternoclaviculares.

La artritis periférica afecta a más de la mitad de los pacientes; suele presentarse en los primeros años de la enfermedad y anteceder el dolor vertebral en un periodo de tiempo muy variable. La afectación periférica es generalmente de carácter oligoarticular y predomina en extremidades inferiores. Las articulaciones más comprometidas son cadera, hombros, rodillas, tobillos, tarso y metatarsofalángicas. Las caderas se afectan hasta en un 40% de casos, generalmente de forma bilateral.

Las manifestaciones clínicas de entesitis (inflamación de puntos anatómicos de inserción ósea de tendones, fascias y ligamentos a los huesos) son habituales. Se producen tanto periféricamente, como la talalgia por tendinitis aquiliana o fascitis plantar, como en la columna vertebral. La entesitis tiene tendencia a producir fibrosis, osificación y formación de hueso nuevo, provocando el fenómeno de anquilosis ósea.

El curso clínico de la enfermedad es muy variable; la limitación y deformidad vertebral aumentan en consonancia con el tiempo de evolución, y su grado varía de un paciente a otro. A medida que avanza el proceso, la limitación de la columna lumbar es permanente, la musculatura paravertebral se atrofia y la lordosis lumbar desaparece. A lo largo de los meses o años el proceso muestra una progresión hacia la región dorsal y tórax y el establecimiento progresivo de una cifosis, de lo que resulta una proyección de la cabeza y el tronco hacia delante ([Imagen 4](#)). Si la enfermedad prosigue, se afecta la región cervical, con largos periodos de dolor, restricción progresiva de la movilidad y aparición de una deformación con el cuello y la cabeza hacia delante. Las manifestaciones sistémicas,



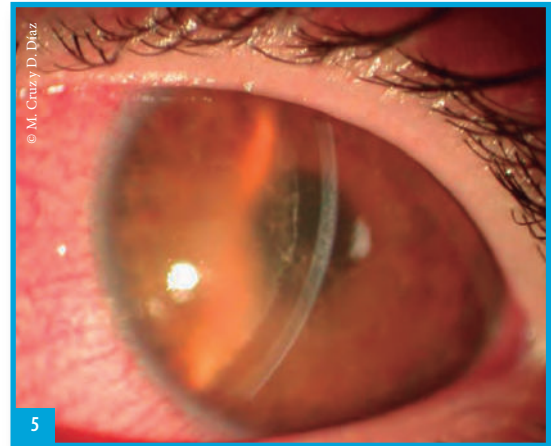
Espondilitis anquilosante evolucionada

como fiebre y pérdida de peso, son poco frecuentes. La fatiga y somnolencia diurna es frecuente debido a alteraciones del patrón de sueño relacionado con la presencia de dolor nocturno.

Manifestaciones extraarticulares y complicaciones

Uveítis anterior

Un 25-40% de los pacientes padecen episodios de “ojo rojo” debido a la inflamación de distintas estructuras del globo ocular, sobre todo la úvea (Imagen 5). Son unilaterales y curan en días o semanas, aunque la recurrencia es frecuente. La uveítis aparece independientemente de las manifestaciones articulares. Sin embargo, pacientes con iritis



Uveítis anterior grave

de repetición suelen tener una enfermedad articular más grave y una mayor tendencia a la anquilosis.

Enfermedad pulmonar

La inflamación y posterior fusión de las articulaciones costovertebrales comporta una reducción de los movimientos de la caja torácica y alteraciones ventilatorias restrictivas. La enfermedad intersticial y la fibrosis apical pueden producirse en enfermedad avanzada.

Enfermedad cardíaca

Se han descrito alteraciones en la válvula aórtica, en la raíz aórtica y anomalías de la conducción. Raramente se afecta el pericardio.

Enfermedad intestinal

Además de la asociación con la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn, un 30%-60% de los pacientes tiene una inflamación intestinal subclínica con rasgos histopatológicos similares a la enfermedad de Crohn.

Amiloidosis

Un 7% de pacientes con EA de más de cinco años de evolución, sin tratamiento, tienen depósitos de amiloide en la grasa subcutánea. Esta complicación es más frecuente en casos evolucionados con

artritis periférica persistente. En los casos sintomáticos suele manifestarse por nefropatía (proteinuria, insuficiencia renal o ambas).

Enfermedad cardiovascular

En pacientes con EA hay un aumento de riesgo cardiovascular (cardiopatía isquémica, arteriosclerosis, enfermedad arterial periférica, insuficiencia cardíaca) comparado con población general.

Osteoporosis

Los pacientes con EA tienen un riesgo de fractura dos veces superior a la población general. Se ha detectado baja masa ósea en estadios precoces de la enfermedad. La prevalencia de fracturas se sitúa entre el 15% en espondiloartritis precoz y el 32% en enfermedad de veinte años de evolución. En estadios avanzados hay proliferación ósea y rigidez espinal.

La columna anquilosada tiene riesgo de deformidades y fracturas incluso tras traumatismos pequeños. Estos pacientes pueden presentar fracturas a nivel cervical y complicaciones neurológicas. En esta enfermedad la densidad mineral ósea (DMO) lumbar y femoral es fiable al inicio de la enfermedad pero en estadios avanzados con sindesmofitos en columna lumbar solo es valorable la DMO femoral.

Artritis psoriásica

La APs es una artropatía inflamatoria crónica que se asocia a psoriasis. La psoriasis es más común en los pacientes con artritis, especialmente en aquellos que tienen el factor reumatoide (FR) negativo.

La psoriasis afecta aproximadamente a un 3,2% de la población general y casi un tercio de los pacientes con psoriasis tienen artritis. La prevalencia de la APs puede variar entre el 0,3% y el 1,0% (Sociedad Española de Reumatología, 2015). La incidencia anual estimada de APs es de 3,6 casos por cada 100.000 habitantes (95% CI: 0,9-14,0) (Muñoz-Fernández et al., 2010). Afecta por igual a hombres y mujeres.

Puede iniciarse en cualquier época de la vida, con un pico máximo de incidencia entre la cuarta década.

La APs se caracteriza por la afección de las articulaciones interfalángicas distales (IFD), distribución asimétrica de la artritis, presencia de dactilitis y entesitis, afección del esqueleto axial, asociación con el antígeno de histocompatibilidad HLA-B27 y presencia de manifestaciones extraarticulares típicas.

Manifestaciones clínicas

Dermatológicas

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria cutánea, de base inmunológica, crónica y recidivante. Se caracteriza por la presencia de placas cutáneas eritemato-descamativas.

Cualquier variedad de psoriasis ([Imagen 6](#)) puede acompañar a la artritis, siendo la psoriasis vulgar la más frecuente y sus localizaciones habituales las superficies extensoras de las extremidades, el cuero cabelludo y la región perianal. No existe relación entre la afección cutánea (extensión, localización o gravedad) y las manifestaciones articulares.

La onicopatía psoriásica se relaciona estrechamente con la artritis y, en ocasiones, puede ser la única manifestación psoriásica. La onicopatía es más frecuente en los pacientes con artritis (80-90% de los casos) que en los pacientes con psoria-



Psoriasis cutánea

sis no complicada (40-45% de los casos) y se asocia a la aparición de artritis de las correspondientes interfalángicas distales (IFD). La psoriasis antecede a la artritis en el 70% de los pacientes, generalmente en varios años, mientras que la artritis precede a la psoriasis en un 15% de los casos. En ocasiones coinciden ambos tipos de manifestaciones, siendo el inicio de la enfermedad más tardío.

En la APs se pueden encontrar todos los cambios ungueales asociados a la psoriasis, pero los más característicos son las lesiones piqueteadas (*pitting*), la onicólisis, los surcos horizontales, la hiperqueratosis subungueal y las hemorragias en astilla. En las uñas de los pies, la hiperqueratosis es la lesión más característica.

Osteoarticulares

Artritis periférica

Está presente en la mayoría de los pacientes con APs y puede ser monoarticular, oligoarticular o poliarticular; simétrico o asimétrico; de grandes o pequeñas articulaciones. La artritis oligoarticular asimétrica es característica de la APs pero el rasgo más distintivo y característico es la artritis de las articulaciones IFD, presente en la mitad de los pacientes.

Dactilitis

La dactilitis o “dedo en salchicha” (Imagen 7) es una manifestación característica y diferencial que



Artritis psoriásica con dactilitis en 2º dedo

se presenta en el 30-40% de los pacientes con APs. Se define como un engrosamiento uniforme de los tejidos blandos entre las articulaciones MCF y las interfalángicas (IF), de modo que todo el dedo aparece difusamente hinchado. Se produce por tenosinovitis de los tendones flexores, no siendo obligatoria la presencia de sinovitis de las articulaciones del dedo. Afecta con más frecuencia a los dedos de los pies que a los de las manos. La presencia de dactilitis supone un mayor riesgo de erosiones en los dedos afectados.

Entesopatías

Es el proceso inflamatorio de la entesis, que es el punto donde el tendón y los ligamentos se insertan en el hueso. Los síntomas más frecuentes son dolor, inflamación y enrojecimiento en el punto doloroso. Es un rasgo distintivo de las espondiloartritis y, por tanto, de la APs. Puede ser la manifestación inicial de la APs en el 4% de los pacientes y, en algunos casos, preceder en varios años al resto de las manifestaciones clínicas. La entesitis calcánea es la más frecuente (afección de tendón Aquileo y fascia plantar). Otras localizaciones son: anillo pelviano, raquis, pared torácica anterior (articulaciones esternocostoclaviculares y manubriosternales), IFD (en ellas el tejido fibroso predomina sobre el sinovial) y sacroilíacas.

Espondilitis

Se pueden definir dos tipos de espondilitis psoriásica. El primero se caracteriza por la afección exclusivamente axial manifestada como sacroileitis bilateral o unilateral y/o sindesmofitos típicos o atípicos, y además sinovitis de articulaciones interapofisarias con erosiones y/o anquilosis lumbar o cervical. El segundo modelo, más típico de la APs, asocia las manifestaciones axiales arriba descritas con artritis periférica.

Oculares

La uveítis, típicamente anterior (Imagen 5) y habitualmente asociada al HLA-B27, es la manifestación extraarticular más frecuente en la APs. También se puede encontrar conjuntivitis y síndrome de Sjögren secundario.

Cardiovasculares

Varios estudios han descrito en la actualidad la elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, como hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus y dislipemia (con un perfil lipídico aterogénico) en pacientes con APs, lo que aumenta la incidencia de arteriosclerosis subclínica (Almodóvar et al., 2017; Sociedad Española de Reumatología, 2015). También hay un aumento de la prevalencia del síndrome metabólico, especialmente en pacientes con enfermedad cutánea de moderada a grave (Sociedad Española de Reumatología, 2015).

La obesidad, la resistencia a la insulina, la psoriasis y la APs pueden compartir una predisposición común en términos de inflamación de bajo grado. El índice de masa corporal en pacientes con APs se asocia también a peor respuesta al tratamiento (Almodóvar et al., 2017).

Espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un proceso inflamatorio crónico de carácter sistémico y expresión predominante en el tracto gastrointestinal de etiología desconocida (López et al., 2014).

Dentro de la EII se incluyen dos entidades principales que comparten muchas características clínicas y patológicas. Por un lado, la colitis ulcerosa (CU), que afecta fundamentalmente a recto y sigma, pudiendo extenderse en sentido proximal y de forma continua al resto del colon. Por otro, la enfermedad de Crohn (EC), que puede afectar a todo el tracto digestivo, desde la boca hasta el ano, de localización preferente en íleon terminal, colon y ano con características de afectación segmentaria, discontinua y transmural. Se habla de colitis indeterminada cuando resulta imposible diferenciar ambas entidades (10% de los casos).

Ambas enfermedades suelen cursar con diarrea, aunque la CU se acompaña de rectorragia, con o sin dolor abdominal, y cursa con exacerbaciones agu-

das y fases de remisión. En la EC, la evolución es crónica y suelen asociarse diarrea, dolor abdominal con masa palpable en la fosa ilíaca derecha, fiebre y pérdida de peso.

La EII asocia con frecuencia manifestaciones extraintestinales y aparecen de forma simultánea, antes o después de los síntomas intestinales. Las más frecuentes son las manifestaciones musculoesqueléticas, que aparecen aproximadamente en el 30% de los pacientes con EC y CU.

Manifestaciones clínicas

La artritis periférica en pacientes con EII es predominantemente oligoartritis y asimétrica y se presenta con más frecuencia en la EC.

La prevalencia en pacientes con EII varía del 7 al 16%, en la CU la prevalencia es del 5 al 14% y en la EC es del 10 al 20%. Aunque puede presentarse a cualquier edad, el inicio habitual es entre los 25 y los 45 años, con similar incidencia en ambos sexos.

La artritis se inicia habitualmente de forma aguda, en general es una oligoartritis asimétrica y migratoria que, en el 85% de los casos, afecta a dos o tres articulaciones, o una monoartritis que afecta a las grandes articulaciones con predominio evidente de los miembros inferiores. En orden de frecuencia se localiza en rodillas, tobillos, codos, carpos, hombros y articulaciones de las manos y los pies. En general, la artritis se relaciona con la actividad inflamatoria intestinal.

Otros pacientes presentan solo artralgiás con escasos signos inflamatorios, y ocurre con mayor frecuencia en pacientes con EC, y de manera poliarticular, la prevalencia descrita según las series varía de un 8 a un 16%.

Otra manifestación habitual es la aparición de entesitis, inflamación de la inserción de los tendones, en especial la que afecta al tendón de Aquiles y a la fascia plantar. La prevalencia de entesitis en pacientes con EII varía entre el 5 y el 10%, y afecta fundamentalmente a los pacientes con EC.

Se ha observado también la aparición de dactilitis en pacientes con EII, caracterizada por la aparición de inflamación difusa y dolorosa de los dedos de las manos y los pies. La prevalencia descrita en los diferentes estudios está entre el 2-4%. En el 90% de los pacientes, la enfermedad intestinal precede a la artritis periférica. La evolución paralela de la inflamación articular y de la intestinal es evidente en un porcentaje de casos variable, entre el 60 y el 80% de los pacientes, y al menos en el 10% la artritis precede, incluso en años, a los síntomas intestinales.

Artritis reactiva

La artritis reactiva (ARe) se caracteriza por una afectación inflamatoria articular aséptica, que aparece en pacientes predispuestos (se considera una espondiloartropatía por su fuerte asociación con el antígeno HLA-B27), precedida de una infección gastrointestinal o genitourinaria. Las ARe secundarias a una infección urogenital son conocidas como artritis reactivas adquiridas sexualmente (ARAS). La ARe aparece en el 0,8%-4% de los casos de uretritis o cervicitis no gonocócicas y en el 1%-15% de los brotes epidémicos de infecciones intestinales por *Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia* y *Campylobacter* (Vila, 2008).

Típicamente afecta a adultos jóvenes de entre 20 y 40 años de edad. Las ARe de origen intestinal afectan por igual a sujetos de ambos sexos. Sin embargo, las ARAS son más frecuentes en hombres que en mujeres y la presencia del HLA-B27 aumenta hasta 50 veces la susceptibilidad a las mismas.

Síntomas articulares

Es característica la mono u oligoartritis con un patrón asimétrico, de predominio en miembros inferiores, especialmente en rodillas, pies, tobillos y caderas. Los síntomas articulares, la dactilitis y la entesopatía pueden persistir entre dos o tres semanas después de la diarrea. Puede ser erosiva e invalidante en el 15% de los pacientes.

Afectación del esqueleto axial

En los episodios agudos es frecuente la lumbalgia de características inflamatorias, acompañada de rigidez lumbar.

Entesopatía

Entesitis y/o fascitis aparecen en aproximadamente el 20% de los pacientes. Las talalgias y la tendinitis aquilea son características, a veces crónicas e incapacitantes. Las tenosinovitis aparecen en el 30% de los pacientes y dactilitis en el 16%.

Afectación mucocutánea

La lesión cutánea más habitual es la queratodermia blenorragica, que suele aparecer en palmas y plantas y es indistinguible de la psoriasis pustular.

Las lesiones genitales pueden presentarse incluso en artritis reactivas postdisentéricas. Las lesiones de pene se denominan balanitis circinada, en cuyo caso el margen de la lesión está bien diferenciado respecto a la mucosa sana y las lesiones suelen ser indoloras. En la boca pueden aparecer aftas orales indoloras.

MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS ESPONDILOARTRITIS

El objetivo fundamental del régimen terapéutico es iniciar de manera precoz un tratamiento adecuado con el fin de reducir la inflamación, el dolor y la rigidez articular para prevenir la anquilosis y, por lo tanto, la limitación funcional y la deformidad. El tratamiento se basa en el uso de AINE, fármacos modificadores de la enfermedad, como el metotrexato o la salazopirina, y las terapias biológicas.

El tratamiento no farmacológico incluye la incorporación del paciente a programas de educación que contengan información sobre el automanejo de la enfermedad, recomendaciones sobre la gestión de factores de riesgo cardiovascular, el abandono del hábito tabáquico, así como recomendaciones sobre la práctica de ejercicio físico. En casos severos puede ser necesario el tratamiento quirúrgico.

Tratamientos farmacológicos

Con los avances terapéuticos de los últimos años, el diagnóstico precoz es indispensable.

Se ha publicado que los pacientes con espondiloartritis axial ya tienen deterioro de la calidad de vida y de la función física al inicio de la enfermedad (Fernández-Carballido et al., 2017) y responden a la terapia de igual manera que los pacientes con espondilitis anquilosante.

Antes de la instauración temprana del tratamiento para la espondiloartritis axial o para la artritis psoriásica, se debería informar adecuadamente a los pacientes de las propiedades farmacológicas, la duración del tratamiento, los beneficios que se esperan alcanzar y los posibles efectos secundarios, teniendo en cuenta sus preferencias (Sociedad Española de Reumatología, 2015).

Antiinflamatorios no esteroideos

Los AINE son utilizados por su efecto analgésico y antiinflamatorio. Están recomendados como fármacos de primera línea en los pacientes con ESrA con dolor y rigidez, siempre que no estén desaconsejados o contraindicados por comorbilidad. Debido a los efectos adversos gastrointestinales, renales y cardiovasculares de los AINE se recomienda la administración de la mínima dosis efectiva. En caso de respuesta ineficaz a los AINE o riesgo gastrointestinal se recomienda emplear los COX2, pero se ha de recordar que el riesgo renal y cardiovascular de estos fármacos es similar al de los AINE clásicos.

Existe cierta discrepancia sobre su efecto modificador de la enfermedad, sin embargo, hasta el momento no se han publicados estudios metodológicamente concluyentes que soporten dicha afirmación.

La recomendación general es que los AINE se tienen que utilizar como tratamiento sintomático, puesto que no existen evidencias suficientes que justifiquen su administración continuada en pacientes sin síntomas (Mayor-González et al., 2008).

Fármacos modificadores de la enfermedad

Como se ha indicado en el Capítulo 3 “La artritis reumatoide”, se denominan fármacos modificadores

de la enfermedad (FAME) a aquellos fármacos con capacidad para retardar o detener el daño estructural. Dentro de este grupo, la sulfasalazina y el metotrexato pueden ser eficaces para algunos pacientes con afectación periférica pero no mejoran la afectación axial.

- Si el paciente está en tratamiento con sulfasalazina, se recomienda evitar la ingesta de hierro y antiácidos durante un mínimo de dos horas antes o después de su ingesta. Interacciona con digoxina. Está contraindicado en alergias a salicilatos o sulfamidas. Los efectos adversos más frecuentes son gastrointestinales y aparición de cefalea.
- Si el paciente está en tratamiento con metotrexato ha de evitar la ingesta de alcohol. Los efectos adversos gastrointestinales (náuseas) son comunes.

Glucocorticoides

El uso de glucocorticoides sistémicos no tienen que utilizarse, a menos que exista un brote articular periférico grave. Puede considerarse la infiltración musculoesquelética y/o la infiltración intraarticular con esteroides de liberación lenta en presencia de artritis o entesitis persistentes.

Fármacos biológicos

Los fármacos denominados “biológicos” se dirigen contra subtipos celulares, moléculas de adhesión, el complejo mayor de histocompatibilidad, proteínas de membrana y citoquinas. Dentro del grupo de terapias biológicas existen varios fármacos. Cada fármaco tiene como célula diana a una citoquina diferente de la cadena inflamatoria. Los antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF α) han demostrado una gran eficacia en el tratamiento de las manifestaciones clínicas en pacientes resistentes a la terapia con AINE y/o sulfasalacina.

Consiguen mejoría significativa tanto sobre los síntomas axiales como periféricos (artritis o entesitis). En pacientes con enfermedad axial no hay evidencia para el empleo de FAME antes de o junto con la terapia anti-TNF α .

Los pacientes con una enfermedad de menor duración responden mejor al tratamiento con anti-TNF α (Sociedad Española de Reumatología, 2015). Los fármacos anti-TNF α comercializados actualmente son: infliximab, etanercept, adalimumab, certolizumab y golimumab. Otros fármacos de reciente introducción para el tratamiento de las espondiloartritis son el secukinumab (anticuerpo monoclonal humano, selectivo a la interleuquina 17A), el apremilast (inhibidor de la fosfodiesterasa 4) y ustekinumab (anticuerpo monoclonal anti-interleucina (IL)-12/23).

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico se basa en el recambio articular cuando existe importante daño. La artroscopia intervenida con más frecuencia en pacientes con EA es la cadera. La artroplastia de cadera se ha de considerar en pacientes con evidencia radiográfica de afectación grave que tienen dolor refractario e incapacidad y no responden a otras terapias

Educación para la salud dirigida al paciente con EA

Según la Estrategia Nacional en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas, la atención sanitaria tiene que centrarse en el paciente y dos aspectos importantes para conseguirlo son la educación para el autocuidado y la gestión del riesgo en el uso de medicamentos. Cualquier iniciativa o programa encaminado a promover y facilitar el autocuidado (paciente experto, escuelas de pacientes o la consulta de enfermería y rehabilitación/fisioterapia) serán beneficiosos tanto para el paciente como para los profesionales y el sistema (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013).

En la *Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Espondiloartritis Axial y la Artritis Psoriásica* (España) se recomienda la participación de en-

fermeras/os clínicas especializadas, bien de forma presencial o telefónica, en las consultas de seguimiento de pacientes con espondiloartritis axial o con artritis psoriásica, ya que aumenta el grado de satisfacción de los mismos. La actividad enfermera/o para el manejo de pacientes con espondilitis anquilosante o con artritis psoriásica estará basada en: metrología clínica, participación en el control del cumplimiento, reforzar la adherencia terapéutica, monitorizar los efectos secundarios de los tratamientos, entrenar al paciente en la autoadministración de fármacos subcutáneos, realizar labores de enlace y coordinación con el paciente y otros profesionales o entidades y organizar programas de educación individualizados.

Los programas de educación para el paciente y el ejercicio físico son considerados parte esencial del tratamiento no farmacológico en pacientes con espondiloartritis.

En un programa de educación dirigida al paciente con espondiloartritis se recomienda la inclusión de los siguientes temas: normas para la protección y el cuidado de la columna vertebral, actividad física recomendada, manejo farmacológico y no farmacológico del dolor, recomendaciones para el abandono del hábito tabáquico, gestión de los factores de riesgo cardiovascular clásicos en relación al riesgo cardiovascular aumentado que tienen estos pacientes.

Normas para la protección y el cuidado de la columna vertebral

El mantenimiento de una postura correcta durante el trabajo y el descanso diurno y nocturno es fundamental para contrarrestar posibles alteraciones de la columna vertebral. El colchón tiene que ser duro. No es recomendable el uso de corsés o fajas para inmovilizar y sujetar la columna. El mantenimiento de una postura correcta de la espalda se ha de conseguir a través de medios naturales, fundamentalmente a través del fortalecimiento de los músculos abdominales y espinales mediante actividad física.

Se recomienda dar a conocer al paciente normas de higiene postural en la cama, en bipedestación, en sedestación (no laboral y laboral), en el automóvil, para el transporte de objetos, para actividades cotidianas y tareas domésticas, entre otros.

Ejercicio físico

A los pacientes diagnosticados de espondilitis anquilosante y espondilitis axial no radiográfica se les recomienda realizar, como parte del tratamiento de su enfermedad, programas de ejercicios para mejorar los síntomas, la calidad de vida y la forma física relacionada con la salud. Los programas han de incluir ejercicios de tipo aeróbico y ser llevados a cabo preferentemente de forma supervisada en grupo (Sociedad Española de Reumatología, 2015).

La realización de ejercicio físico que incluya ejercicios específicos de espalda mejora el dolor, la rigidez, la función y la calidad de vida de los pacientes con EA. Se recomienda la asistencia inicial a sesiones de rehabilitación o fisioterapia para el aprendizaje de ejercicios adecuados para el paciente con el fin de que este mantenga la realización regular de los mismos. Siempre que sea posible se entregará al paciente información escrita y folletos que detallen la realización de los mismos.

La práctica de ejercicio físico que favorezca la extensión de la espalda y la movilidad articular en hombros y caderas es también recomendable. El mejor tipo de deporte para pacientes con EA es la natación, puesto que permite ejercitar de forma armónica y equilibrada los músculos y las articulaciones de la espalda susceptibles de lesionarse por la enfermedad. Además, hacer ejercicios de estiramiento mejora la movilidad y la expansión torácica. Se recomienda la realización de estiramientos de los siguientes grupos musculares: isquiotibiales, columna lumbar, dorsal y cervical, ejercicios de musculación dorsolumbar.

Llevar a cabo ejercicios ventilatorios al menos dos veces al día (p. ej.: ejercicios de “percepción ventilatoria”) son también recomendables para mantener una adecuada expansión torácica.

Se tienen que evitar los deportes que requieran flexión prolongada de la espalda (p. ej.: el golf). Durante periodos de agudización inflamatoria, se interrumpirá la realización de ejercicio físico, incidiendo en la adopción de posturas correctas.

Llevar a cabo programas estructurados que incluyen programas de actividad física ha demostrado ser coste-efectivo y beneficioso para los pacientes con EA.

Siempre será mejor para el paciente un programa de ejercicio supervisado o individual domiciliario que no hacer ningún ejercicio físico. La fisioterapia de grupo supervisada es mejor que la realización por su cuenta de ejercicios domiciliarios.

Manejo no farmacológico del dolor

Hidroterapia

La realización regular de ejercicios en el agua facilita la movilización articular puesto que las articulaciones no se encuentran sometidas a carga y permite mantener la movilidad y la función física durante un tiempo prolongado.

Ultrasonidos

Su objetivo es reducir la inflamación y el dolor articular.

Aplicación de frío/calor

Ambos reducen el dolor, la inflamación y la rigidez. Pueden aplicarse bien por medio de bolsas de frío o calor, duchas o baños con agua caliente (temperatura del agua entre 24 °C y 28 °C).

Abandono del hábito tabáquico

Se ha de recomendar el abandono del hábito tabáquico por el riesgo añadido que supone para el desarrollo de alteraciones severas de la función respiratoria y porque se ha visto que la enfermedad progresa más en los fumadores.

En pacientes con espondilitis anquilosante, el hábito tabáquico se asocia con progresión de la incapacidad funcional.

El tabaquismo activo fue la variable predictora más consistente de peor desenlace de la espondiloartritis axial. Ser fumador activo se asocia con una actividad mayor de la enfermedad, peor capacidad funcional y afecta negativamente a la calidad de vida de los pacientes, lo que se traduce, en definitiva, en un peor pronóstico de la enfermedad.

Se recomienda, pues, motivar a los pacientes fumadores con espondiloartritis axial para que abandonen el hábito tabáquico desde el momento del diagnóstico.

Los pacientes fumadores con espondiloartritis axial o con artritis psoriásica podrían beneficiarse de la utilización de programas de educación sobre cese tabáquico proporcionados por una enfermera/o, porque estos pueden incrementar las tasas de abandono del hábito tabáquico (Sociedad Española de Reumatología, 2015).

Ayudas técnicas

Debido a la dificultad para movilizar el esqueleto axial, algunos pacientes pueden precisar de ayudas técnicas que faciliten su aseo (p. ej.: esponjas de mango largo) y vestimenta diaria (p. ej.: calzadores de mango largo); modificaciones en su casa y/o entorno laboral (p. ej.: sillas ergonómicas, mesas a la altura adecuada, alzas para el inodoro); ajustes ergonómicos en el coche que faciliten la conducción, como espejos especiales que le faciliten aparcar o dar marcha atrás.

METROLOGÍA DE LAS ESPONDILOARTRITIS

La valoración del enfermo con EA va dirigida fundamentalmente a la afección axial y la mayoría de los instrumentos específicos para esta enfermedad así lo contemplan. Sin embargo, con cierta frecuencia los enfermos tienen manifestaciones articulares periféricas, en cuyo caso se tendrán que utilizar además los recuentos articulares descritos en el Capítulo 3 “Artritis reumatoide” para su

evaluación y seguimiento. De esta manera se emplearán las herramientas que mejor se adapten a las características clínicas de cada enfermo.

Medidas de resultado específicas para valorar las espondiloartritis

La evaluación de las espondiloartritis se realiza en función de: dolor axial nocturno, dolor axial global, evaluación global y actividad de la enfermedad, capacidad funcional y valoración métrica.

Para llevar a cabo la evaluación clínica de la actividad de la enfermedad se emplean cuestionarios específicos, el recuento articular, la valoración de entesitis y el índice ASDAS. Existen diferentes tipos de cuestionarios específicos, en función de la variable de resultado a estudio. Los cuestionarios correspondientes a estos instrumentos están disponibles en la página web de la Sociedad Española de Reumatología: <http://www.ser.es/profesionales/que-hacemos/investigacion/herramientas/catalina/>

Evaluación del dolor

El dolor axial nocturno y el dolor axial global (nocturno y diurno) son parámetros fundamentales a evaluar en la espondiloartritis. El método de evaluación se realiza con las escalas métricas del dolor descritas anteriormente.

Valoraciones métricas

BASMI (*Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index*) (Jenkinson et al., 1994)

Es un índice de valoración consistente en cinco medidas: rotación cervical, distancia trago-pared, flexión lateral, test de Schöber modificado, cuya puntuación oscila de 0 a 2 en función de la medida (Cuadro 5).

- Distancia trago-pared: se coloca al paciente con los talones pegados a la pared y se le indica que aproxime todo lo que pueda el occipucio a la pa-

Cuadro 5. BASMI. Escala de respuesta de 3 puntos

	0 LEVE	1 MODERADA	2 SEVERA
Flexión lateral lumbar (cm)	10 cm	5-10 cm	< 5 cm
Distancia trago-pared (cm)	15 cm	15-30 cm	30 cm
Flexión lumbar (Schober modificado) (cm)	> 4 cm	2-4 cm	< 2 cm
Distancia intermaleolar máxima (cm)	100 cm	70-100 cm	70 cm
Rotación cervical (°)	> 70°	20-70°	< 20°

Fuente: Jenkinson et al. (1994)

red. Se mide la distancia entre la pared y el trago. Esta medida normalmente es menor de 15 cm.

- Test de Schöber modificado: tiene como objetivo medir la capacidad de flexión anterior de la columna lumbar. En bipedestación, se dibuja una señal 10 cm por encima de la apófisis espinosa L5 y otra 5 cm por debajo. Se mide la nueva distancia con el paciente en flexión completa. Será normal si ha aumentado 5 cm y claramente patológica si la diferencia es menor de 4 cm.
- Rotación cervical: con el paciente en decúbito supino se coloca un goniómetro sagital a la frente en 0°. Se pide al paciente que realice una rotación cervical izquierda, midiendo la apertura en grados respecto a la posición neutra. Se repite la misma maniobra hacia el lado derecho y se realiza la media entre el ángulo de giro a la derecha y a la izquierda. Lo normal es que el ángulo sea mayor de 70°.
- Flexión lumbar lateral: con el paciente en bipedestación, se pide que coloque los brazos y las manos pegados al cuerpo, se mide la distancia de la yema de los dedos al suelo. Se pide al paciente que haga una flexión lateral vigilando que no flexione hacia delante la columna lumbar y que mantenga las rodillas estiradas. La diferencia normal entre ambas medidas tiene que ser mayor de 10 cm. Se repite la maniobra a derecha y a izquierda y se realiza la media entre las dos.
- Distancia intermaleolar: tiene como objetivo conocer la capacidad de apertura de las caderas. Con el paciente en decúbito supino, se pide que abra las piernas estiradas todo lo que pueda y se mide en esa postura la distancia entre los maleolos tibiales. La distancia normal es mayor de 100 cm.

Valoración de la actividad de la enfermedad

BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)

Es un cuestionario compuesto por seis ítems referidos a cinco síntomas fundamentales en la EA: fatiga, dolor axial, dolor articular y presencia de tumefacción, entesitis, rigidez matutina (síntoma evaluado tanto cualitativa como cuantitativamente) (Ariza-Ariza et al., 2004) (Cuadro 6).

Cuadro 6. Versión española del cuestionario BASDAI

Hallar BASDAI:

- Calcular la media de preguntas 5 y 6
- Sumar los valores de las preguntas 1-4 y sumar el resultado a la media de las preguntas 5-6
- Dividir el resultado entre 5

1. ¿Cuánta fatiga o cansancio ha tenido usted?
ninguna 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 muchísima
2. ¿Cuánto dolor ha tenido usted en el cuello, espalda o caderas debido a la espondilitis anquilosante?
ninguna 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 muchísima
3. ¿Cuánto dolor o inflamación ha tenido usted en las otras articulaciones (sin contar cuello, espalda y caderas)?
ninguna 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 muchísima
4. ¿Cuánto malestar ha tenido usted en las partes de su cuerpo que le duelen al tocarlas o presionarlas?
ninguna 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 muchísima
5. ¿Cuánta rigidez matutina ha tenido usted al despertarse?
ninguna 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 muchísima
6. ¿Cuánto tiempo le dura la rigidez matutina desde que se levanta?
ninguna 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 muchísima

De forma alternativa puede emplearse una escala visual analógica (EVA) entre el 0 y el 100, excepto para la pregunta 6. ASAS prefiere usar una escala ordinal

Fuente: Ariza-Ariza et al. (2004)

Valoración de la función física

BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index)

Se trata de un cuestionario compuesto por ocho ítems relacionados con el estado funcional más dos ítems vinculados a la capacidad de manejo para la realización de actividades de la vida diaria básicas (Cuadro 7) (Ariza-Ariza et al., 2003).

HAQ-S (Health Assessment Questionnaire for the Spondyloarthropathies)

El HAQ se trata de un cuestionario autoaplicado compuesto por veinte ítems que evalúan el grado de dificultad (discapacidad física) autopercibida para realizar veinte actividades de la vida diaria en pacientes con artritis reumatoide. Los ítems están agrupados en ocho áreas: vestirse y asearse, levantarse, comer, caminar/pasear, higiene personal, alcanzar, prensión y otras actividades. Puesto que en el caso de la espondiloartropatías, las áreas afectadas fundamentalmente son la columna vertebral y las caderas, se realizó una modificación del HAQ al añadirse dos subescalas compuestas por cinco ítems. Partiendo del cuestionario original, Linares et al. (1995) realizaron una versión traducida y adaptada al español: el HAQ-EA. Dicho cuestionario consta de 27 ítems que están agrupados en once subescalas o dimensiones.

Cuadro 7. Versión española del cuestionario BASFI

- Aspectos valorados por el paciente:
1. Ponerse los calcetines o medias sin ayuda
 2. Recoger un bolígrafo del suelo sin ayuda, inclinándose hacia delante (doblando la cintura)
 3. Coger de una estantería un objeto situado por encima de su cabeza, sin ayuda
 4. Levantarse de una silla sin apoyar las manos ni utilizar ninguna otra ayuda
 5. Estando acostado sobre la espalda, levantarse del suelo sin ayuda
 6. Estar a pie firme sin apoyarse en nada durante 10 minutos y no tener molestias
 7. Subir 12 o 15 escalones sin agarrarse al pasamanos ni usar bastón o muletas (poniendo un pie en cada escalón)
 8. Mirarse un hombro girando solo el cuello (sin girar el cuerpo)
 9. Realizar actividades que supongan un esfuerzo físico, como ejercicios de rehabilitación, trabajos de jardinería o deportes
 10. Llevar a cabo actividades que requieran dedicación plena durante todo el día (en casa o en el trabajo)

Fuente: Ariza-Ariza et al. (2003)

RAPID-3 (Routine Assessment of Patient Index Data)

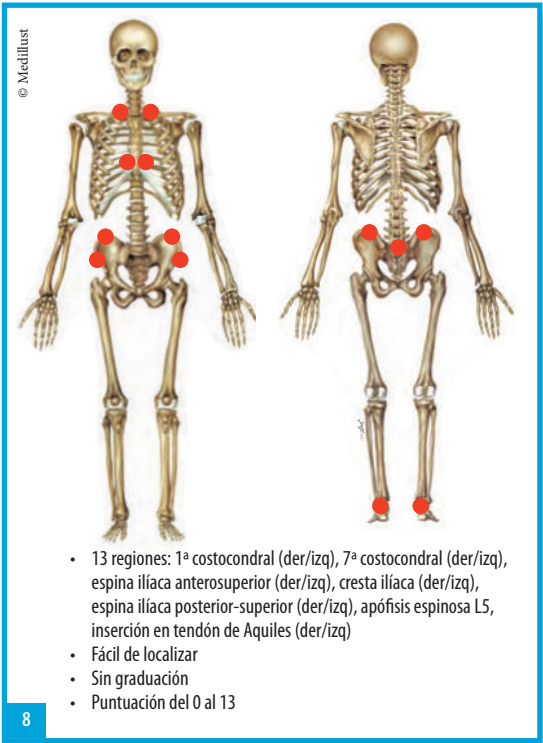
El RAPID-3 es un cuestionario que incluye función física, dolor y valoración del paciente. La capacidad para discriminar el grado de actividad de la enfermedad es similar a BASDAI y ASDAS-PCR. Existe una versión española validada (Castrejón et al., 2015).

Valoración de salud general: BAS-G (Bath Ankylosing Spondylitis Global Score)

El objetivo de esta valoración es conocer el efecto de la enfermedad en la calidad de vida del paciente durante la última semana y durante los últimos seis meses en una escala de 0 (muy bien) a 10 (muy mal) (Calin, 1995).

Índice MASES (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score)

Es un índice para valorar la presencia de dolor a la palpación en trece puntos característicos de presencia de entesitis en pacientes con espondiloartritis (Imagen 8).



Índice MASES

Índice ASDAS

El índice ASDAS es un índice compuesto que trata de resumir la actividad de la enfermedad en pacientes con espondiloartritis. Incluye los siguientes parámetros:

- BASDAI pregunta 2 (dolor axial).
- Valoración global del paciente.
- BASDAI pregunta 3 (dolor/tumefacción periféricos).
- BASDAI pregunta 6 (duración de rigidez matutina).
- PCR en mg/l o velocidad de sedimentación globular (VSG).
- Se realiza mediante el cálculo de una operación aritmética que incluye la puntuación de las siguientes variables (**Cuadro 8**) (Lukas et al., 2009):

El cálculo del ASDAS da como resultado un número que informa del estado de actividad de la enfermedad. Es decir, si al calcular el ASDAS este da como resultado 2,7, significaría que el paciente tendría una actividad alta de la enfermedad. El cálculo del ASDAS en las visitas sucesivas del paciente con espondiloartritis proporciona información sobre la evolución de la enfermedad y permitirá la toma de decisiones terapéuticas (**Figura 1**) (Machado et al., 2011):

Recuento articular

Como se ha expresado previamente, los pacientes con espondiloartritis pueden presentar afectación

Cuadro 8. Variables para el cálculo del ASDAS

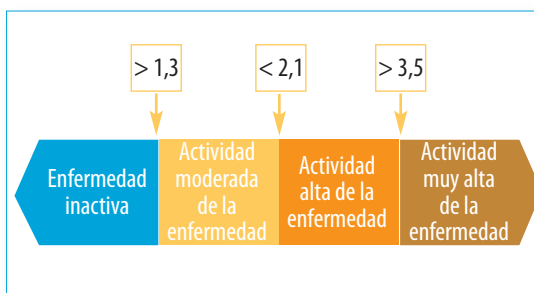
ASDAS _{PCR}	ASDAS _{VSG}
0,121 dolor lumbar total	0,0113 x valoración global paciente
+	+
0,110 valoración global paciente	0,293 x VSG
+	+
0,058 x duración rigidez matutina	0,086 x dolor/inflamación periférica
+	+
0,073 x dolor periférico/inflamación	0,069 x duración de rigidez matutina
+	+
0,579 x Ln (PCR + 1)	0,079 dolor lumbar total

ASDAS_{PCR} es el que tiene que usarse, pero el ASDAS_{VSG} puede utilizarse si la PCR no está disponible. PCR en mg/l.

Todas las evaluaciones de pacientes en escala de 0 a 10 cm.

Fuente: Lukas et al. (2009)

Figura 1. Escala del estado de actividad de la enfermedad



periférica. En ese caso se procedería a realizar un recuento articular para la identificación de las articulaciones dolorosas y tumefactas, siguiendo la misma técnica utilizada para la valoración articular en la artritis reumatoide.

Valoración cutánea

PASI (Psoriasis Area and Severity Index)

El índice PASI mide la gravedad de la psoriasis combinando el cálculo de porcentaje de superficie corporal afectada y la gravedad de cada uno de los síntomas. El valor resultante oscilará entre 0 (ninguna enfermedad) a 72 (enfermedad máxima).

El cuerpo se divide en cuatro secciones: miembros inferiores, 40%; tronco, 30%; miembros superiores, 20%; y cabeza, 10%. Para cada sección se realiza una estimación del porcentaje de área (A) de la piel implicada y después se transforma en una graduación de 0 a 6 (Fredriksson, 1978):

- El 0% de área implicada: grado 0.
- < al 10% de área implicada: grado 1.
- 10-29% del área implicada: grado 2.
- 30-49% del área implicada: grado 3.
- 50-69% del área implicada: grado 4.
- 70-89% del área implicada: grado 5.
- 90-100% del área implicada: grado 6.

La gravedad es estimada por cuatro parámetros: picor (P), eritema (E), descamación (D) e induración (I). Los parámetros de la gravedad se miden en una

escala de 0 (ninguna presencia de picor, eritema, descamación y/o induración) a 4 (máxima presencia)

Se ha de realizar la suma de los cuatro parámetros de gravedad para cada sección, a continuación multiplicarla por la estimación del área para esa

sección y, por último, multiplicar por el peso de la sección respectiva (0,1 para la cabeza; 0,2 para los brazos; 0,3 para el tronco y 0,4 para las piernas).

Existen calculadoras (físicas y *online*) específicas para realizar el cálculo de PASI.

RESUMEN

- Las espondiloartropatías son un grupo heterogéneo de patologías inflamatorias crónicas que se caracterizan por la inflamación de las articulaciones del raquis o esqueleto axial y las extremidades.
- Incluyen: la espondilitis anquilosante, la artritis psoriásica, la artritis reactiva, las artritis asociadas a la enfermedad inflamatoria intestinal crónica (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa) y la espondiloartritis indiferenciada.
- Comparten ciertas manifestaciones clínicas: la lumbalgia de características inflamatorias, la asociación con el antígeno HLA-B27, la artritis periférica, la entesitis y la uveítis anterior.
- Los cuidados de enfermería incluyen la monitorización de la enfermedad por medio del uso de cuestionarios específicos, valoraciones métricas, incentivar la adherencia terapéutica, además de la promoción del ejercicio físico y hábitos de vida saludables pueden ser muy importantes para facilitar el autocuidado y el afrontamiento eficaz de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Almodóvar R, Zarco P, Otón T, Carmona L. Efecto de la pérdida de peso en la actividad en artritis psoriásica: una revisión sistemática. *Reumatol Clin*. 2017; 14:207-10.
- Álvarez C, Zapico I. Artritis psoriásica: manifestaciones clínicas, diagnóstico, pronóstico. En: Sanmartí R (ed.). *Espondiloartritis*. Monografías SER. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2004. p. 220-30.
- Amor B, Dougados M, Mijiyawa M. Criteria of the classification of spondyloarthropathies. *Rev Rhum Mal Osteoartic*. 1990 Feb; 57(2):85-9.
- Ariza-Ariza R, Hernández-Cruz B, Navarro-Sarabia F. Physical function and health-related quality of life of Spanish patients with ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum*. 2003 Aug; 49(4):483-7.
- Ariza-Ariza R, Hernández-Cruz B, Navarro-Sarabia F. La versión española del BASDAI es fiable y se correlaciona con la actividad de la enfermedad en pacientes con espondilitis anquilosante. *Rev Esp Reumatol*. 2004 jun; 31(6):372-8.
- Calin A. The individual with ankylosing Spondylitis defining disease status and the impact of the illness. *Br J Rheumatol*. 1995 Jul; 34(7):663-72.
- Carmona L, Ballina FJ. Epidemiología de las espondiloartropatías. En: Sanmartí R (ed.). *Espondiloartritis*. Monografías SER. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2004. p. 1-50.
- Castrejón I, Pincus T, Wendling D, Dougados M. Responsiveness of a simple RAPID-3-like index compared to disease-specific BASDAI and ASDAS indices in patients with axial spondyloarthritis. *RMD Open*. 2016 Jul; 2(2):e000235.
- Catanoso M, Pipitone N, Salvarani C. Epidemiology of psoriatic arthritis. *Reumatismo*. 2012 Jun; 64(2):66-70.
- Collantes E, Zarco P, Muñoz E, Juanola X, Mulero J, Fernández-Sueiro JL, et al. Disease pattern of spondyloarthropathies in Spain: description of the first national registry (REGISPONSER) extended report. *Rheumatology (Oxford)*. 2007 Aug; 46(8):1309-15.
- Dougados M, van der Linden S, Juhlin R, Huitfeldt B, Amor B, Calin A, et al. The European Spondylarthropathy Study Group preliminary criteria for the classification of spondyloarthropathy. *Arthritis Rheum*. 1991 Oct; 34(10):1218.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud. Madrid: MSSSI; 2013.

BIBLIOGRAFÍA (continuación)

- Fernández-Carballido C, Navarro-Compán V, Castillo-Gallego C, Castro-Villegas MC, Collantes-Estévez E, de Miguel EI. Disease activity as a major determinant of quality of life and physical function in patients with early axial spondyloarthritis. *Arthritis Care Research* 2017 Jan; 69(1):150-5.
- Fredriksson T, Pettersson U. Severe psoriasis-oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica*. 1978; 157(4):238-44.
- Gran JT, Husby G. Epidemiology of ankylosing spondylitis. En: Hochberg MC, Silman AF, Smolen JS, Weinblatt ME, Weissman MH (eds.). *Rheumatology*. Edinburgh: Mosby-Elsevier; 2003. p. 1153-9.
- Jenkinson TR, Mallorie PA, Whitelock HC, Kennedy LG, Garrett SL, Calin A. Defining spinal mobility in ankylosing spondylitis (AS). The Bath AS Metrology Index. *J Rheumatol*. 1994 Sep; 21(9):1694-8.
- Linares LF, Villalón M, Moreno MJ, Martínez Ferrin J, Gómez J, Castellón P. Validez y fiabilidad de una versión adaptada para la espondilitis anquilosante del HAQ. *Rev Esp Reumatol*. 1995; 22:303-10.
- López FJ, Monteagudo I. Artritis en las enfermedades inflamatorias del intestino. En: Sanmartí R (ed.). *Espondiloartritis*. Monografías SER. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2004. p. 265-77.
- Lukas C, Landewé R, Sieper J, Dougados M, Davis J, Braun J, et al. Development of an ASAS-endorsed disease activity score (ASDAS) in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*. 2009 Jan; 68(1):18-24.
- Machado P, Landewé R, Lie E, Kvien TK, Braun J, Baker D, et al. Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS): defining cut-off values for disease activity states and improvement scores. *Ann Rheum Dis*. 2011 Jan; 70(1):47-53.
- Mayor-González M, Batlle-Gualda E. ¿Cómo hay que administrar los AINE en la espondilitis anquilosante? *Semin Fund Esp Reumatol*. 2008; 9(3):137-43.
- Muñoz-Fernández S, de Miguel E, Cobo-Ibáñez T, Carmona L, Steiner M, Descalzo MA, et al. Early spondyloarthritis: results from the pilot registry ESPIDEP. *Clin Exp Rheumatol*. 2010 Jul-Aug; 28(4):498-503.
- Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Listing J, Akkoc N, Brandt J, et al. The development of Assessment of Spondyloarthritis International Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis*. 2009 Jun; 68(6):777-83.
- Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Akkoc N, Brandt J, Chou CT, et al. The Assessment of Spondyloarthritis International Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis*. 2011 Jan; 70(1):25-31.
- Sanmartí Sala R. Espondilitis anquilosante. En: Blanco García FJ, Carreira Delgado P, Martín Mola E, Mulero Mendoza J, Navarro Sarabia F, Olivé Marqués A, et al (eds.). *Manual SER de las enfermedades reumáticas*. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2004. p. 266-73.
- Sieper J, van der Heijde D, Landewé R, Brandt J, Burgos-Vagas R, Collantes-Estévez E, et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS). *Ann Rheum Dis*. 2009 Jan; 68(6):784-8.
- Sociedad Española de Reumatología (SER). Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Espondiloartritis Axial y la Artritis Psoriásica [Internet]. Madrid: SER; 2015 [citado 15 nov 2018]. Disponible en: https://www.ser.es/wp-content/uploads/2016/04/GPC_-Tratamiento_EspAax_APs_DEF.pdf
- Vila V. Artritis reactivas. En: Castellano JA, Román JA, Rosas JC (eds.). *Enfermedades reumáticas: actualización de la Sociedad Valenciana de Reumatología*. Valencia: Editorial Ibáñez y Plaza; 2008. p. 79-88.
- van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis: a proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum*. 1984 Apr; 27(4):361-8.