

**ESPeranza**



**Programa Formativo en Espondiloartropatías  
para Médicos de Atención Primaria**

**MODULO 1: Generalidades y  
beneficios de la colaboración  
entre Atención Primaria y  
Reumatología para el paciente con  
espondiloartropatía**

Patrocinado por  
**Wyeth**

## ¿Qué son las espondiloartropatías?

- Denominación propuesta por A. Calin (Bath, 1984):
- *Spondylos + arthron + pathos* = Vértebra + Articulación + Enfermedad
- Conjunto de enfermedades inflamatorias con características comunes:
  - Sacroileitis
  - Artritis periférica con factor reumatoide negativo (seronegativas)
  - Entesitis
  - Uveitis
  - Aortitis
  - Fibrosis pulmonar apical
  - Enfermedades Inflamatorias de piel (balanitis, psoriasis)
  - Superposición de signos y síntomas
  - Agregación familiar (factor hereditario?)
  - Asociación con Antígeno HLA-B27

Fuente: Manual de Enfermedades Reumáticas de la SER

- Sacroileitis con/sin Espondilitis anquilosante: lesión característica.
- Artritis periférica: puede acompañar a la afectación axial. Suele ser de patrón oligoarticular, de predominio en extremidades inferiores, asimétrica y tiende a producir más anquilosis que erosiones. El factor reumatoide (FR) suele ser negativo en contraposición a la artritis reumatoide.
- Entesitis: inflamación de las zonas de inserción de tendones, ligamentos o cápsula articular al hueso. Se manifiesta clínicamente de manera frecuente en la zona de inserción de la fascia plantar ó el tendón de Aquiles al calcáneo.
- Uveitis: inflamación del tracto uveal o capa intermedia del globo ocular. La más frecuente es la uveitis anterior aguda recidivante.
- Aortitis y trastornos del ritmo cardíaco.
- Fibrosis pulmonar apical.
- Enf. Inflamatorias de piel (balanitis, psoriasis).
- Superposicion de signos y sintomas.
- Agregacion familiar (factor hereditario?).
- Asociacion con Ag HLA-B27.

## Diferencias clínicas entre lumbalgia mecánica e inflamatoria (I)

Características	Lumbalgia mecánica	Lumbalgia inflamatoria
Tipo de dolor	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Empeora con la actividad</li> <li>■ Mejora con reposo</li> <li>■ No suele interferir el sueño</li> <li>■ No presenta rigidez matutina significativa (&lt; 30 minutos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mejora con la actividad</li> <li>■ Empeora con reposo</li> <li>■ Interfiere el sueño</li> <li>■ Con rigidez matutina significativa (&gt; 30 minutos)</li> <li>■ Mejora con AINEs</li> </ul>
Edad habitual al inicio	Mayores de 45 años	Menores de 45 años, especialmente en las espondiloartritis
Sexo	Indiferente	Predominio en varones, sobre todo en espondiloartritis
Síntomas generales	No	Si (psoriasis, alteraciones mucosas, genitales, gastrointestinales, fiebre, deterioro general, etc.)

Estas son las principales características que permiten el diagnóstico diferencial entre la lumbalgia mecánica y la inflamatoria

## Diferencias clínicas entre lumbalgia mecánica e inflamatoria (II)

Características	Lumbalgia mecánica	Lumbalgia inflamatoria
Análítica	No suele alterarse	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aumento de reactantes de fase aguda.</li> <li>■ HLA-B27 en espondiloartritis</li> </ul>
RX	Osteofitos, alteraciones inespecíficas	Sacroileítis, sindesmofitos, etc.
Diagnósticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Espondiloartrosis</li> <li>■ Estenosis de canal lumbar</li> <li>■ Lumbalgia crónica inespecífica</li> <li>■ Lumbociatalgia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Espondiloartritis (espondilitis anquilosante y enfermedades relacionadas)</li> <li>■ Infecciones (discitis, abscesos, etc.)</li> <li>■ Tumores</li> </ul>

Estas son las principales características que permiten el diagnóstico diferencial entre la lumbalgia mecánica y la inflamatoria

## Manejo de la lumbalgia inespecífica o mecánica de origen degenerativo (I)



Propuesta del Hospital Clínico de Madrid para el manejo de la lumbalgia inespecífica o de origen degenerativo.

## Manejo de la lumbalgia inespecífica o mecánica de origen degenerativo (II)

### Diagnóstico sindrómico

#### ■ LUMBAGIA AGUDA INESPECÍFICA

- Dolor agudo unilateral o bilateral con probable irradiación a nalga o muslo posterior.

#### ■ LUMBALGIA CRÓNICA

- Dolor de más de 6 meses de evolución con probable irradiación a nalgas
- Episodios de ciática desencadenados con la flexión o giro del tronco.
- Presente día y noche.
- Atrofia muscular paraespinal por desuso y contractura de isquiotibiales.

#### ■ LUMBOCIÁTICA

- Dolor agudo, parestesias en territorio L4 a S3.
- Precedido de dolor lumbar recurrente.
- Alteración reflejos L5 o S1.
- Si bilateral: hernia central o lesión compresiva extensa.
- Si "Lassegue" negativo: compresión extraespinal o neuropatía.

#### ■ ESTENOSIS ESPINAL (origen degenerativo).

- Dolor lumbar uni o bilateral desencadenado con la marcha (claudicación neurogénica)
- Limitación de extensión lumbar y marcha de base amplia.
- Descartado origen vascular

\*Propuesta del Hospital Clínico de Madrid para el manejo de la lumbalgia inespecífica o de origen degenerativo

Propuesta del Hospital Clínico de Madrid para el manejo de la lumbalgia inespecífica o de origen degenerativo.

## Manejo de la lumbalgia inespecífica o mecánica de origen degenerativo (III)

Diagnóstico sindrómico: LUMBAGIA AGUDA INESPECÍFICA

### Nivel 1

Estudios de imagen: Rx  
Analítica  
Medidas generales  
Ejercicios  
Analgésicos/AINEs  
Relajantes musculares  
Si no mejoría en 8 semanas pasar a nivel 2

### Nivel 2

Prueba de imagen: TC o RM  
Rehabilitación en hospital de día o en su centro de referencia.  
Si no franca mejoría en 8 semanas, nivel 3

### Nivel 3

Consultar con Clínica del dolor (bloqueos epidurales  
estimuladores medulares)

\*Propuesta del Hospital Clínico de Madrid para el manejo de la lumbalgia inespecífica o de origen degenerativo

Propuesta del Hospital Clínico de Madrid para el manejo de la lumbalgia inespecífica o de origen degenerativo.

## Manejo de la lumbalgia inespecífica o mecánica de origen degenerativo (IV)

Diagnóstico sindrómico: LUMBAGIA CRÓNICA

**Nivel 1**

Estudios de imagen: Rx  
Analítica  
Medidas generales  
Ejercicios  
Analgésicos/AINES  
Relajantes musculares  
Coadyuvantes dolor  
Si no mejoría en 2 meses, nivel 2

**Nivel 2**

Prueba de imagen: RM  
Rehabilitación en hospital de día o en su centro de referencia.  
Si no mejoría en 2 meses, nivel 3

**Nivel 3**

Consultar con Clínica del dolor (bloqueos epidurales  
estimuladores medulares)

\*Propuesta del Hospital Clínico de Madrid para el manejo de la lumbalgia inespecífica o de origen degenerativo

Propuesta del Hospital Clínico de Madrid para el manejo de la lumbalgia inespecífica o de origen degenerativo.

## Manejo de la lumbalgia inespecífica o mecánica de origen degenerativo (V)

Diagnóstico sindrómico: LUMBOCIÁTICA

<b>Esperanza</b>	<b>Nivel 1</b>	Prueba de imagen: Rx Analítica Tranquilizar, buen pronóstico. Medidas generales Ejercicios Analgésicos/AINEs Relajantes musculares Coadyuvantes dolor Si tras 8 semanas síntomas neurológicos, nivel 2 Si déficit neurológico rápidamente progresivo, nivel 3
	<b>Nivel 2</b>	Prueba de imagen: RM Dexametasona Rehabilitación en hospital de día o centro de referencia Si tras 8 semanas déficit neurológico y lesión en RM, nivel 3
	<b>Nivel 3</b>	Consultar con Clínica del dolor (bloqueos epidurales estimuladores medulares) Consulta cirugía columna

\*Propuesta del Hospital Clínico de Madrid para el manejo de la lumbalgia inespecífica o de origen degenerativo

Propuesta del Hospital Clínico de Madrid para el manejo de la lumbalgia inespecífica o de origen degenerativo.

## Manejo de la lumbalgia inespecífica o mecánica de origen degenerativo (VI)

Diagnóstico sindrómico: ESTENOSIS ESPINAL

<b>Esperanza</b>	<b>Nivel 1</b>	Prueba de imagen: Rx Analítica Medidas generales Ejercicios Analgésicos/AINEs Miorrelajantes Coadyuvantes dolor Corsé lumbar Si no mejoría en 3 meses nivel 2
	<b>Nivel 2</b>	Prueba de imagen: TAC Si no mejoría en 3 meses, nivel 3
	<b>Nivel 3</b>	Clínica del dolor (infiltraciones epidurales de corticoides de forma intermitente) Consulta cirugía columna

\*Propuesta del Hospital Clínico de Madrid para el manejo de la lumbalgia inespecífica o de origen degenerativo

Propuesta del Hospital Clínico de Madrid para el manejo de la lumbalgia inespecífica o de origen degenerativo.

## Signos de alarma de la lumbalgia mecánica o inespecífica, lumbalgia complicada

Antecedentes	Síntomas	Signos
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Manipulación instrumental</li> <li>■ Drogas por vía parenteral</li> <li>■ Infección previa</li> <li>■ Inmunosupresión</li> <li>■ Tumor</li> <li>■ Traumatismo reciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dolor inflamatorio</li> <li>■ Pérdida de fuerza</li> <li>■ Alteración de esfínteres</li> <li>■ Fiebre</li> <li>■ Síntomas constitucionales</li> <li>■ Disnea, sudoración<sup>o</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Afectación motora de MMII</li> <li>■ Síndrome de cola de caballo</li> <li>■ Masa abdominal o pélvica</li> <li>■ Fiebre objetivada</li> <li>■ Adenopatías</li> </ul>

Esperanza

Fuente: Capítulo 21, Manual SER de las enfermedades reumáticas

Son datos de alarma importante: dolor nocturno, paresia, fiebre, pérdida de peso, cambio de color en las piernas, linfadenopatías y venas abdominales distendidas.

Síndrome de cola de caballo (ciática bilateral, anestesia en silla de montar e incontinencia de esfínteres) o sintomatología constante y progresiva deben ponernos también en alarma.

## Clasificación de las SpA (I)

- Espondilitis anquilosante
- Artropatía Psoriásica
- Espondiloartropatías asociadas a enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa)
- Artritis reactivas
- Espondiloartropatías Indiferenciadas

Fuente: Manual SER de las enfermedades reumáticas

Existen 5 entidades en la clasificación de las Espondiloartropatías, siendo la Espondilitis Anquilosante la más característica.

Las manifestaciones clínicas pueden tener en su presentación un predominio en articulaciones del esqueleto axial (columna vertebral y articulaciones sacroiliacas) o en articulaciones periféricas.

- La espondilitis anquilosante clásica puede ser una forma de manifestación articular de la artropatía psoriásica (5%). Otras formas posibles son la afectación oligoarticular (forma clínica más benigna y más frecuente, 70%), la artritis predominante en IFDs (5%), la artropatía mutilante (5%) y la seudorreumatoide (similar a una AR pero con FR negativo y afectación de articulaciones IFDs es el 15% de las artritis psoriásicas) (Sem Arthritis Rheum 1973; 3: 55-78).

- La EA aparece en 2 al 8% de pacientes con enfermedad de Crohn y hasta en el 20% de pacientes con colitis ulcerosa.

- Las artritis reactivas 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 periodo de latencia desde la infección variable, habitualmente menor de un mes. No es una artritis infecciosa pues no es posible cultivar el microorganismo de la articulación. Actualmente es un concepto más amplio de lo que antiguamente se definía como síndrome de Reiter. Suele aparecer tras una disentería epidémica (salmonella, shigella, yersinia y campylobacter) o una uretritis y/o cervicitis no gonocócica (chlamydia trachomatis, ureaplasma urealyticum).

- Espondiloartropatías indiferenciadas: pacientes que cumplen criterios de espondiloartropatía pero que no cumplen los criterios diagnósticos de alguna de las anteriores entidades características.

## Clasificación de las SpA (II)

- Desde el punto de vista clínico pueden clasificarse también según el tipo de manifestaciones del aparato locomotor que produzcan en:
  - Predominio axial
  - Predominio en articulaciones periféricas
  - Predominio entesítico

-Predominio axial: manifestaciones clínicas predominantes en articulaciones de la columna, sacroiliacas o caderas.

-Predominio en articulaciones periféricas: artritis que suele ser una oligoartritis (menos de 4 grupos articulares) asimétrica y de predominio en MMII, con menor tendencia a producir erosiones y más tendencia hacia la anquilosis y FR negativo.

-Predominio entesítico: hay pacientes con espondiloartropatías en los que los principales síntomas se producen por la inflamación de la entesis (unión del tendón al hueso). Esta es una característica fundamental de las espondiloartropatías y que, en ocasiones, predomina sobre otro tipo de manifestaciones clínicas. La entesis más comúnmente afectada es la fascia plantar (fascitis plantar y espolón calcáneo) y la inserción del tendón de Aquiles (tendinitis aquilea). El tendón rotuliano es otra zona frecuente de entesopatía.

Esta clasificación no es académica. Tiene implicaciones en el tratamiento ya que cuando hay afectación de articulaciones periféricas los pacientes responden mejor y más frecuentemente a fármacos antireumáticos como la salazopirina, metotrexato o leflunomida, lo cual no está demostrado cuando la afectación es puramente axial.

## Criterios diagnósticos de SpA del European Spondyloarthritis Study Group (ESSG)

### ■ Raquialgia o sinovitis + 1+ de las siguientes

- Historia familiar positiva
- Psoriasis
- Enfermedad inflamatoria intestinal crónica
- Uretritis, cervicitis o diarrea aguda en el mes anterior a la artritis
- Dolor alternante en nalgas (derecha e izquierda)
- Entesopatía
- Sacroilitis (> grado II si es bilateral o grado III si unilateral)

Esperanza

Fuente: Arthritis Rheum. 1991; 34(10):1218-27.  
Para cada uno de estos criterios existe una definición concreta

El diagnóstico de espondiloartropatía en numerosas ocasiones no se hace hasta que no pasan 6 u 8 años de enfermedad. Esto en parte se debe a una baja sospecha diagnóstica por parte del médico y también, en parte, a que tienen frecuentemente una expresividad clínica muy baja. Un paciente con espondilitis anquilosante tardará años en cumplir los criterios que permitan una correcta clasificación de la enfermedad, que casi siempre comienza como una lumbalgia inflamatoria que puede ser clasificada como espondiloartropatía indeferenciada. Por el contrario algunos pacientes con espondiloartropatía indiferenciada no evolucionarán nunca hacia otra entidad más definida.

Para diagnosticar Una Espondiloartropatía, según el grupo europeo para el estudio de las espondiloartropatías, se requiere **la presencia obligada de Raquialgia ó Sinovitis, y además al menos otro de los criterios secundarios de la lista de arriba, todos ellos definidos según la siguiente forma:**

#### **CRITERIOS MAYORES.**

-**Raquialgia:** dolores lumbares, dorsales o cervicales (presentes o pasados) reuniendo al menos 4 de las siguientes condiciones: a) inicio antes de los 45 años; b) comienzo insidioso; c) mejoría con el ejercicio; d) asociado a rigidez matutina; e) duración mayor de 3 meses.

- **Sinovitis:** se define como artritis asimétrica (pasada o presente) o artritis predominante en miembros inferiores.

#### **CRITERIOS MENORES.**

- **Historia familiar:** presencia de parientes en primer o segundo grado con cualquiera de las siguientes patologías: a) espondilitis anquilosante, b) psoriasis, c) uveítis anterior, d) artritis reactiva, e) enfermedad inflamatoria intestinal crónica.

- **Psoriasis:** psoriasis pasada o presente diagnosticada por un especialista.

- **Enfermedad inflamatoria intestinal crónica:** enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa (pasada o presente) diagnosticada por un especialista y/o con confirmación endoscópica o biopsia.

- **Dolor alternante en nalgas (derecha o izquierda) pasado o presente.**

- **Entesopatía:** dolor espontáneo ("pasado o presente) o sensibilidad en el lugar de inserción tendinosa en el tendón de Aquiles o fascia plantar.

- **Sacroileítis:** radiológica, bilateral grados II a IV o unilateral grado III ó IV.

## Espondilitis Anquilosante: Conceptos claves

- Enfermedad característica del grupo de las SpA.
- Prevalencia: 2-10 casos/1.000 habitantes.
- Prevalencia de la lumbalgia inflamatoria en España: 0,8%\*.
- Fuerte relación con HLA-B27 (95% de los pacientes en raza blanca).
- Afectación del esqueleto axial: sacroileitis

Fuente: Manual de Enfermedades Reumáticas de la SER.  
\*Estudio EPISER.

- Se estima que la prevalencia de esta enfermedad, la Espondilitis Anquilosante, es del orden del 0,2% de la población general y del 2% de la población B27 positiva, según las diferentes series. Su incidencia es mayor en el varón.
- Aunque no hay datos epidemiológicos exactos en la población española, en el reciente estudio EPISER realizado por la Sociedad Española de Reumatología y publicado en el 2001, se pudo comprobar que el 0,8% de la población presenta una lumbalgia de características inflamatorias. Aunque las espondiloartropatías no se investigaron específicamente, se puede suponer que la mayoría de estos pacientes presenta alguna enfermedad de este grupo.
- Afectación del esqueleto axial: la sacroileitis es la lesión característica de la EA.

## Artropatía psoriásica: Conceptos claves

Esperanza

- Artropatía inflamatoria que se manifiesta en pacientes con psoriasis.
- Del 0,1 al 2,8% % de la población padece psoriasis cutánea.
- La artritis aparece en 10-40% de pacientes con psoriasis cutánea.
- Antecedentes familiares de psoriasis.
- La artritis puede preceder a la psoriasis en años.
- Características articulares típicas:
  - FR negativo.
  - Artritis de interfalángicas distales.
  - Asociación a onicopatía.
  - Oligoartritis asimétrica.
  - Dedo "en salchicha" (dactilitis).
  - Sacroileítis unilateral o asimétrica. Sindesmofitos atípicos.

-La artritis psoriásica puede adoptar varias formas. Moll y Wright clasificaron en 1973 la afectación articular de la psoriasis en 5 patrones clínicos:

- Oligoartritis asimétrica (la más frecuente).
- Poliartritis simétrica (como una AR pero con afectación de articulaciones interfalángicas distales).
- Espondilitis (como la anquilosante pero más atípica, con cierta asimetría y sindesmofitos más groseros).
- Artritis mutilante, que producía las típicas lesiones en "telescopaje".
- Artritis exclusiva de interfalángicas distales.

-Actualmente, se clasifica la afectación articular de una forma más simplista pero más práctica en:

- Con afectación de articulaciones periféricas.
- Con afectación axial (columna vertebral y sacroiliacas).
- Formas mixtas.

-La presencia del HLA-B27 se asocia a las formas con afectación axial.

-En los pacientes con artropatía psoriásica, los denominados fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad (FARME) o de acción lenta (metotrexato, leflunomida, ciclosporina, sulfasalazina, etc.), son eficaces, especialmente cuando hay afectación de articulaciones periféricas.

## Espondiloartropatía asociada a enfermedad inflamatoria intestinal: Conceptos claves

Esperanza

- Asociada a colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn.
- Otras formas de artritis enteropáticas no incluidas actualmente en la familia de las espondiloartropatías son las asociadas a:
  - enfermedad de Whipple
  - colitis colágena
  - anastomosis intestinal
  - o enfermedad celiaca.
- La artritis puede preceder en años a las manifestaciones intestinales.
- El HLA-B27 se asocia a manifestaciones axiales de columna o sacroilitis, no a artritis periférica.

Características de las manifestaciones reumatológicas  
De las enfermedades inflamatorias intestinales crónicas.

	Artritis periférica	Afectación axial
Frecuencia	10-20%	2-8% en Crohn 20% en colitis ulcerosa
Sexo	Sin predilección	Varones
Asociación al B27	No	30-70%
Características	Oligoarticular, asimétrica, migratoria, no erosiva y predominio en MMII	Semejante a la espondilitis anquilosante clásica
Curso	En relación a la extensión y actividad de la afectación intestinal	Independiente de la afectación intestinal

## Artritis reactiva: Conceptos claves

- Inflamación articular aséptica que aparece tras un proceso infeccioso generalmente intestinal o urogenital (demostrado o sospechado).
- Periodo de latencia de alrededor de un mes.
- Aparece en el 1% de las uretritis no gonocócicas y en el 1-3% de salmonelosis.
- Triada clásica: artritis, conjuntivitis y uretritis.
- La uretritis puede ser una manifestación de la infección o un síntoma reactivo más.
- El síndrome reactivo puede cursar como un brote autolimitado único, como brotes repetidos o puede cronificarse. En estos dos casos precisa de tratamiento general.

Esperanza

-La artritis reactiva es un término más amplio que el antiguamente utilizado síndrome de Reiter. Es uno de los síndromes reumatológicos más floridos con síntomas articulares, urogenitales, cutáneos, oculares y, en ocasiones, síntomas generales como fiebre, pérdida de peso, astenia y anorexia.

-El 80% de los pacientes tendrán brotes recurrentes de la enfermedad o evolucionarán hacia la cronicidad.

-La afectación de sacroiliacas o axial es más frecuente si el HLA-B27 es positivo.

## Espondiloartropatías indiferenciadas: Conceptos claves

Esperanza

- Enfermedad que cumple los criterios de espondiloartropatía del grupo europeo (ESSG) antes mencionados pero que no puede ser clasificada como ninguna de las otras espondiloartropatías definidas.
- Se trata de un verdadero diagnóstico que, probablemente, se hará cada vez con más frecuencia, dado que puede ser una forma precoz de una espondiloartropatía definida que más tarde evolucionará.

-Los criterios para la clasificación y el diagnóstico de la espondiloartropatía indiferenciada con cuestionables.

-No obstante, existe un movimiento para acelerar el proceso diagnóstico de las espondiloartropatías con la finalidad de tratarlas antes y evitar la situación final de anquilosis que puede producirse. Esto generará cada vez más frecuentemente el diagnóstico de “espondiloartropatía indiferenciada” ya que muchos pacientes con espondilitis anquilosante, artropatía psoriásica y espondiloartropatía asociada a enfermedad inflamatoria intestinal, comenzarán como indiferenciada.

## Formas de presentación

- El 75% de los pacientes debutan con dolor crónico lumbar de características **inflamatorias**



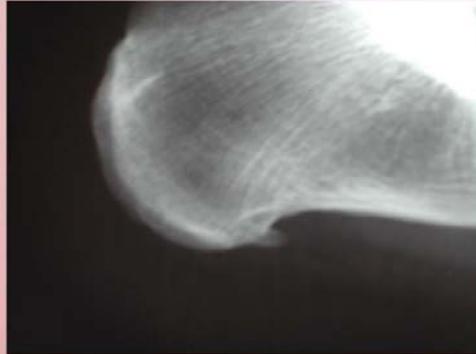
Esperanza

### Este tipo de dolor se caracteriza por:

- Obliga al paciente a levantarse de la cama durante la noche.
- El dolor no se alivia con el reposo.
- Duración de más de 3 meses.
- Dolor lumbar nocturno.
- Rigidez matutina > 30 minutos.
- Inicio insidioso.

## Formas de presentación

- Del 5 al 15% de los casos se presentan como **entesopatía** generalmente manifestada como una talalgia persistente



Esperanza

La calcaneitis, con erosiones y esclerosis reactiva es frecuente, incluso en ausencia de sintomatología local.

La entesopatía da lugar a neosificación, con aparición de espículas y rebordes óseos proliferativos cuya expresión más típica es la aparición de “**espólón calcáneo**”.

Aunque el calcáneo y el tendón de Aquiles son las localizaciones más típicas, la entesopatía puede ocurrir a otros niveles como, por ejemplo, la rodilla, la pelvis o los codos.

## Formas de presentación

- **Artritis periférica:** 10-20% ,artritis asimétrica de grandes articulaciones en miembros inferiores.



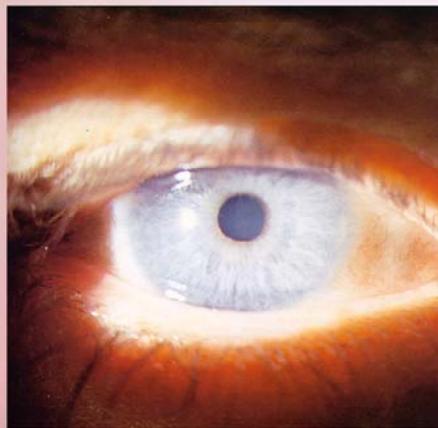
Esperanza

La forma de artritis periférica más característica es una oligoartritis (afectación de menos de 4 grupos articulares) asimétrica de grandes articulaciones de miembros inferiores. Sin embargo puede también aparecer una poliartritis con cierta simetría. Se distingue generalmente de la AR por ser una artritis menos erosiva y con mayor componente de anquilosis.

La afectación de la cadera se considera generalmente un factor de mal pronóstico.

## Formas de presentación

- Afectación ocular: uveítis anterior aguda recidivante unilateral.



Esperanza

La afectación ocular es la manifestación extraarticular más frecuente de la EA, ocurre entre el 20 y el 40% de los casos y puede preceder a la espondilitis. Cursa de forma unilateral, en brotes, de modo recurrente, causando dolor y enrojecimiento ocular, fotofobia y lagrimeo. También se asocia con el HLA-B27 y no se correlaciona con la gravedad de la enfermedad. La formación de cicatrices puede conducir a un glaucoma secundario. Es una urgencia médica que debe ser correctamente tratada de inmediato para evitar complicaciones como la anteriormente señalada.

De los pacientes con uveítis atendidos simultáneamente por oftalmólogos y reumatólogos en una consulta multidisciplinaria alrededor del 25% presentan una espondiloartropatía. En la mitad de éstos pacientes la forma de presentación fue la uveítis (Pato E y cols: Undiagnosed Spondyloarthritis in patients presenting with anterior uveitis. J Rheum 2000; 27:2198-2202. Fernández Melón J y cols: Uveitis as the initial clinical manifestation in patients with spondyloarthropathies. J Rheumatol. 2004 Mar;31(3):524-7).

Se debe pedir una placa AP de pelvis en todos los pacientes con los siguientes tipos de uveítis (independientemente de si tienen síntomas articulares o no):

- una -Uveítis anterior aguda recidivante unilateral (50% de ellos tienen espondiloartropatía).
  - Panuveítis con vitritis (14% de éstas presenta una espondiloartropatía).
- (Bañares A y cols. Patterns of uveitis as a guide in making rheumatologic and immunologic diagnoses. Arthritis Rheum 1997;40:358-370).

## Formas de presentación

### ■ Otras formas atípicas de presentación son:

- Dolor torácico: afectación de artic condrosternal, manubriosternal o esternoclavicular.
- Insuficiencia cardíaca.
- Radiculopatía.
- Dorsalgia y cervicalgia crónica de características inflamatorias.

**Las formas atípicas son más frecuentes en mujeres.**

Esperanza

Tras lo expuesto, se debe descartar una espondilitis anquilosante en cualquier enfermo joven con dolor torácico atípico, uveítis, talagias persistentes o artritis asimétrica de las grandes articulaciones de los miembros inferiores.

## Razones para el diagnóstico y tratamiento precoz de las espondiloartropatías

- Enfermedades que inciden en sujetos jóvenes, productivos laboralmente, y que generan incapacidad funcional y laboral.
- Evolución natural de la enfermedad hacia la anquilosis, discapacidad y pérdida de función.
- Notable retraso diagnóstico habitual en los países de nuestro entorno.
- En los últimos 5 años se ha avanzado notablemente en las posibilidades diagnósticas, terapéuticas y en la aplicación de criterios de valoración de estos pacientes.
- Experiencia previa satisfactoria en otras enfermedades inflamatorias como la artritis reumatoide

Esperanza

Aunque, en general, todas las enfermedades reumáticas deberían poder detectarse tempranamente, en algunas patologías concretas esta necesidad es más importante, ya que su control precoz podría evitar daños irreversibles en los individuos que las padecen.

En el caso de la espondilitis anquilosante, una enfermedad paradigmática dentro de las espondiloartritis (SpA), causante de un alto grado de discapacidad y asociada a procesos de incapacidad laboral en hombres jóvenes, el retraso diagnóstico puede llegar a 5 o hasta 10 años. Esto es así por el inicio tan insidioso que tiene la enfermedad y porque, al tratarse de una enfermedad poco conocida por el médico no especialista, se piensa poco en este diagnóstico. Además, los criterios de clasificación son muy específicos y por tanto poco útiles en la práctica clínica, dado que sólo los cumplen pacientes con la enfermedad muy evolucionada. El retraso medio diagnóstico de las SpA en España se conoce gracias al proyecto REGISPONSER, y es de  $6,5 \pm 8,4$  años, excesivamente variable y en general demasiado largo.

En la actualidad, se ha mejorado notablemente los criterios de respuesta al tratamiento en la espondilitis anquilosante. Además, existen tratamientos más eficaces y que podrían modificar las lesiones estructurales y la evolución hacia la anquilosis de la enfermedad.

La puesta en marcha de unidades de artritis precoz en otros escenarios, y probablemente también en nuestro entorno, ha supuesto una mejora del diagnóstico, manejo y evolución de la artritis reumatoide, permitiendo además el desarrollo de proyectos encaminados a un mejor conocimiento de la patología y de sus tratamientos. Las unidades de espondiloartritis precoz pueden tener el mismo impacto que las de artritis o mayor, dado que el desfase entre el inicio de los síntomas en este tipo de patologías es aún más largo.

La experiencia con las unidades de artritis precoz (proyecto SERAP) nos permite afrontar la creación de unidades de SpA con un enfoque nuevo, que estimamos producirá una optimización de los esfuerzos invertidos, maximizando los resultados y favoreciendo un mayor control de cada uno de los aspectos que se deseen trabajar.

## Derivación a Reumatología

- Toda sospecha de espondiloartropatía.
- Dolor lumbar de características inflamatorias.
- Artritis de articulaciones periféricas.
- Artritis o lumbalgia en pacientes con psoriasis o enteropatía inflamatoria conocidas.
- Uveítis anterior aguda recidivante unilateral (independientemente de si tiene o no clínica articular).
- Talalgia persistente.
- Pacientes ya diagnosticados con intolerancia o ineficacia a AINEs o al tratamiento efectuado.

Esperanza

El tiempo medio de duración de los síntomas de los pacientes con espondiloartropatías antes de realizarse el diagnóstico es de unos 6 años en España (Collantes E, et al. Disease pattern of spondyloarthropathies in Spain: description of the first national registry (REGISPONSER). *Rheumatology (Oxford)*. 2007 Aug;46(8):1309-15). Es demasiado tiempo, pero este problema no es sólo español, es concordante con prácticamente toda la literatura mundial. Por lo tanto, hay que hacer un esfuerzo global por acelerar el proceso diagnóstico de las espondiloartropatías.

El Programa **ESP**eranza



FUNDACIÓN  
ESPAÑOLA  
DE REUMATOLOGÍA

**ESP**eranza

## Introducción: Experiencias previas

- En AR: estudio SERAP
- En unidades de espondilitis
  - Fuera de España
  - Proyecto ESPIDEP

Esperanza

En artritis reumatoide existe una experiencia similar, llevada a cabo desde la FER, que es el proyecto SERAP en el que se crearon unidades de artritis de inicio por todo el país.

Respecto a espondiloartropatías, solo se conocen experiencias puntuales que han tratado de establecer unidades de espondiloartritis precoz en Alemania, Países Bajos y, mediante el proyecto Espidep (EStudio PIloto de Derivación de pacientes con Espondiloartritis Precoz) en el Hospital Universitario de La Paz de Madrid.

## Introducción: la experiencia de la FER

SERAP

### ■ Objetivo

- Creación de Unidades de Artritis Precoz (UAP) para facilitar el diagnóstico, mejorar el tratamiento y optimizar el uso de recursos.

### ■ Desarrollo

- Implantación de las unidades
  - Establecimiento de criterios de derivación desde primaria
  - Establecimiento de criterios de manejo terapéutico
- Realización de 3 proyectos de investigación en el marco de las UAPs:
  - Incidencia de la AR en España
  - Utilidad del algoritmo diagnóstico
  - Eficacia de la estrategia frente a una cohorte histórica

## Introducción: Retos derivados de la patología diana

- No existen criterios de derivación consensuados para la espondiloartritis precoz.
- No se ha demostrado cuál es el tratamiento óptimo de las espondiloartritis, ni si el tratamiento precoz mejora el pronóstico.
- No hay datos epidemiológicos contundentes que nos permitan estimar con certeza la carga de trabajo.

## Introducción: experiencia fuera de España

**REVIEW**

Early referral recommendations for ankylosing spondylitis (including radiographic and radiographic-free) in primary care

J Sieper, M Rudw

Derivación:

- desde todos los reumatólogos de la región de Limburg (Holanda y Bélgica)
- desde consultas de dermatología, tras pasar cuestionario de IBP a pacientes con psoriasis
- desde consultas de digestivo, tras pasar cuestionario de IBP a pacientes con EII

**EXTENDED REPORT**

Performance of various criteria sets in patients with inflammatory back pain of short duration; the Maastricht early spondyloarthritis clinic

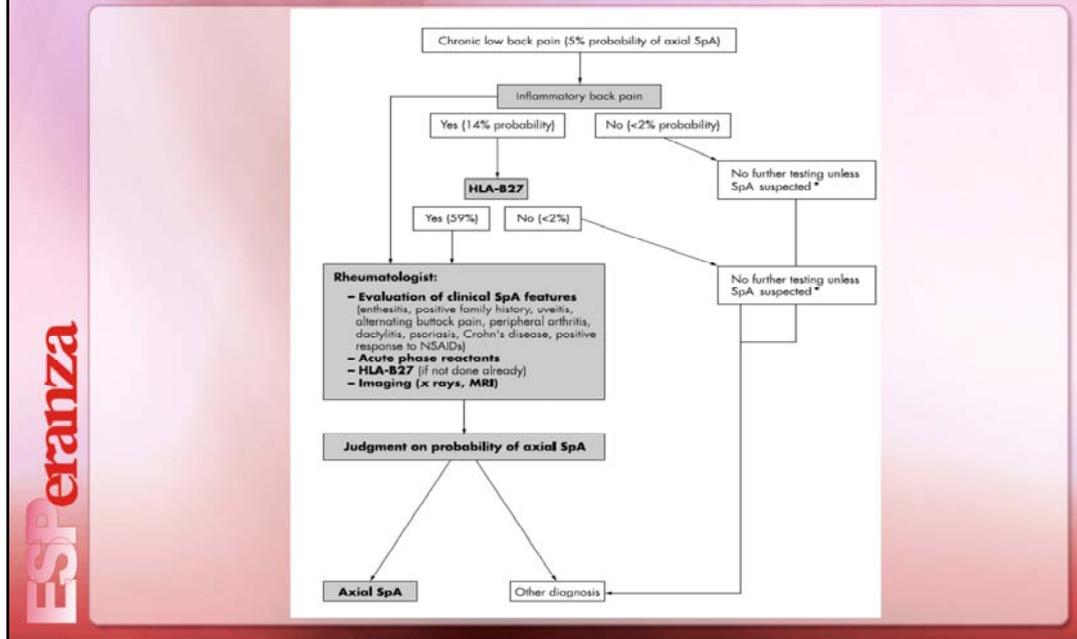
L Heuft-Dorenbosch, R Landewé, R Weijers, H Houben, S van der Linden, P Jacobs, D van der Heijde

*Ann Rheum Dis* 2007;66:92-98. doi: 10.1136/ard.2006.053918

Las recomendaciones de derivación de pacientes del grupo de Berlín están fundamentadas principalmente en revisiones sistemáticas de literatura y el cálculo de la razón de probabilidad de padecer una espondilitis anquilosante tras unos determinados síntomas o signos. En base a esta metodología llegan a la conclusión de que el mayor rendimiento se establece tras derivar a los especialistas aquellos pacientes con dolor lumbar inflamatorio con menos de 45 años, especialmente si tienen HLA-B27+ o en RMN se encuentran datos compatibles con espondiloartropatías.

En la clínica de Maastricht se trató de captar el mayor número posible de pacientes con espondiloartropatías precoces, para evaluar distintos criterios de clasificación.

## Algoritmo de derivación propuesto por el grupo de Berlín desde AP a especialistas.



El grupo de Rudwaleit y Sieper proponen, en base a cálculos de razón de probabilidad de sufrir espondiloartritis con determinados síntomas, este algoritmo para derivar pacientes desde A. Primaria a especializada.

(Rudwaleit M et al. How to diagnose axial spondyloarthritis early. Ann Rheum Dis 2004; 63: 535-43).

## Introducción: experiencia en de España. ESPIDEP

- HU La Paz.
- Estudio piloto de derivación de pacientes con espondiloartritis precoz.
- Objetivo: Acelerar el proceso diagnóstico de los pacientes con espondiloartropatías

## Introducción: experiencia en de España. ESPIDEP

### ■ Criterios de derivación desde AP:

- <45 años
- Evolución síntomas 3-24 meses
- Al menos uno de los dos siguientes:
  - Artritis asimétrica mmii
  - Lumbalgia inflamatoria (2 de 3 criterios)
    - Comienzo insidioso
    - Rigidez matutina >30m
    - Mejoría franca con actividad física

Para facilitar el trabajo de derivación desde Atención Primaria, deliberadamente se han eliminado en este estudio como criterios de derivación cualquier prueba diagnóstica como el HLA-B27 o pruebas de imagen.

## Introducción: experiencia en de España. ESPIDEP

- Estudio piloto: 8 centros de A. Primaria con una población total de 255.000
- En todos los centros se hicieron reuniones para explicar los criterios de derivación a la Unidad de Espondiloartritis Precoz (UEP)

## Introducción: experiencia en de España. ESPIDEP

### ■ Evaluación del paciente:

- HC habitual
- Síntomas relacionados con SpA
- Mediciones clínicas:
  - VGP
  - BASDAI
  - BASFI
  - Expansión torácica
  - NAD
  - NAT
  - índice de entesis
- Imagen:
  - Ecografía de entesis
  - Rx convencionales
  - RMN de sacroiliacas según protocolo de Rudwaleit
- Analítica:
  - HLA-B27 si + -> subtipo

## Introducción: experiencia en de España. ESPIDEP

### ■ Resultados a 6 meses:

- 52 pacientes remitidos por AP:
  - 43 (83%) con criterios de derivación +:
    - lumbalgia inflamatoria (66%)
    - artritis asimétrica en mmii (17%)
    - ambos (17%)
  - 9 (17%) mal derivados

## Introducción: experiencia en de España. ESPIDEP

### ■ Resultados a 6 meses (cont'.)

- De los bien derivados:
  - Espondiloartropatías: 35 (67,3%):
    - 26 indiferenciadas
    - 4 EA
    - 2 artritis psoriásica
    - 2 reactivas
    - 1 EII
  - No Espondiloartropatías: 6 (11,5%):
    - 5 lumbalgias crónicas inespecíficas
    - 1 sinovitis villonodular

## Introducción: experiencia en de España. ESPIDEP

### ■ Resultados a 6 meses (cont'.)

- Media de duración de los síntomas  $11,8 \pm 6,6$  meses (r:3 a 24)
- HLA-B27 +: 46,9%
  - subtipo más frecuente el B2705 (86%)
- Sacroileitis: 56,2% de los pacientes con Espondiloartropatías
  - 61% unilateral
  - 39% bilateral

**ESPeranza**



# ESPeranza

*"Espondilitis en Reumatología avanza"*

Creación de unidades para el diagnóstico y seguimiento de la Espondiloartritis de reciente comienzo

Patrocinado por  
**Wyeth**

## Objetivos del programa

**ESPeranza**

### ■ Objetivos principales

- Creación y establecimiento de unidades para el diagnóstico y manejo precoz de la espondiloartropatía.
- Establecimiento de requisitos mínimos para la gestión adecuada de una UEP.
- Fomento de la investigación de calidad en la espondilitis de inicio.

**ESPeranza**

## Objetivos del programa

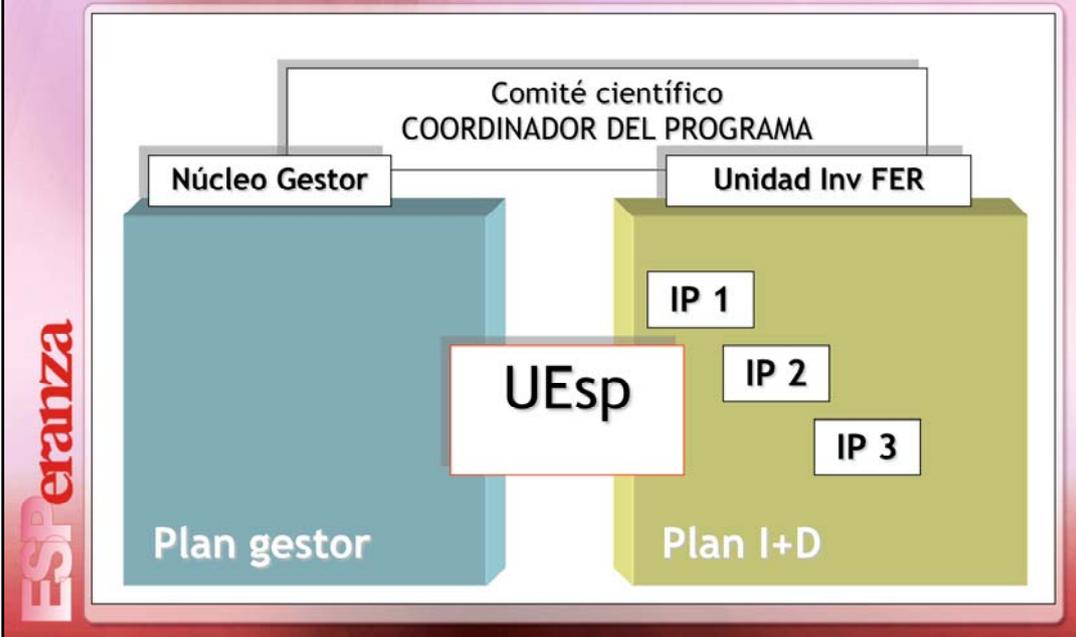
**ESPeranza**

### ■ Objetivos secundarios

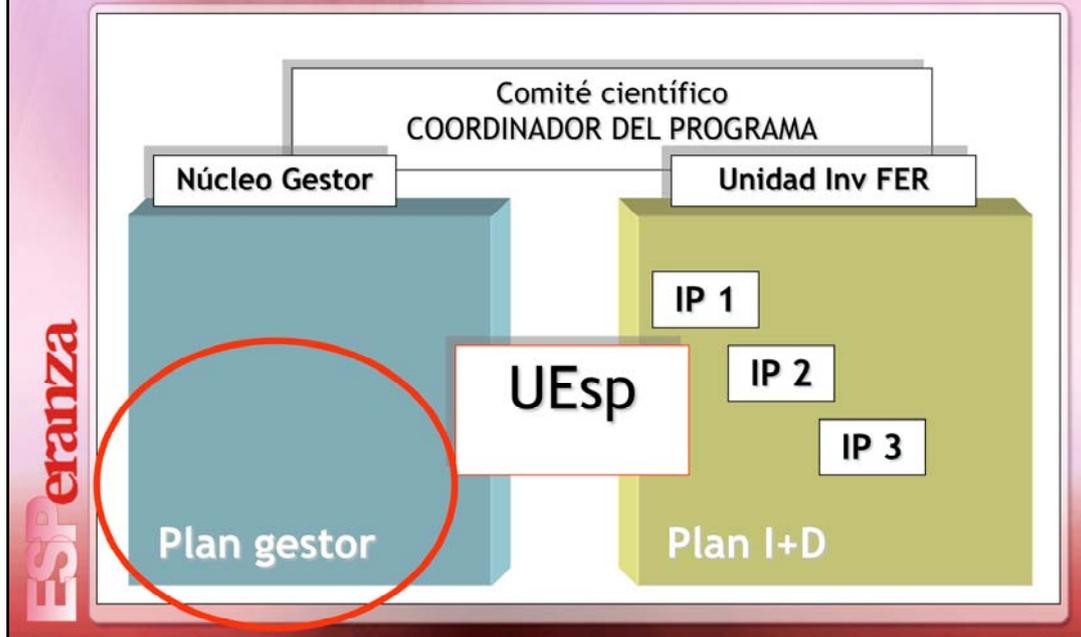
- Establecer un sistema de retroalimentación de la información entre primaria y reumatología en todas las unidades.
- Establecer indicadores de calidad de gestión de las unidades que puedan ser medidos en tiempo real.
- Desarrollar proyectos de investigación aprovechando la infraestructura y la red del programa Esperanza.

**ESPeranza**

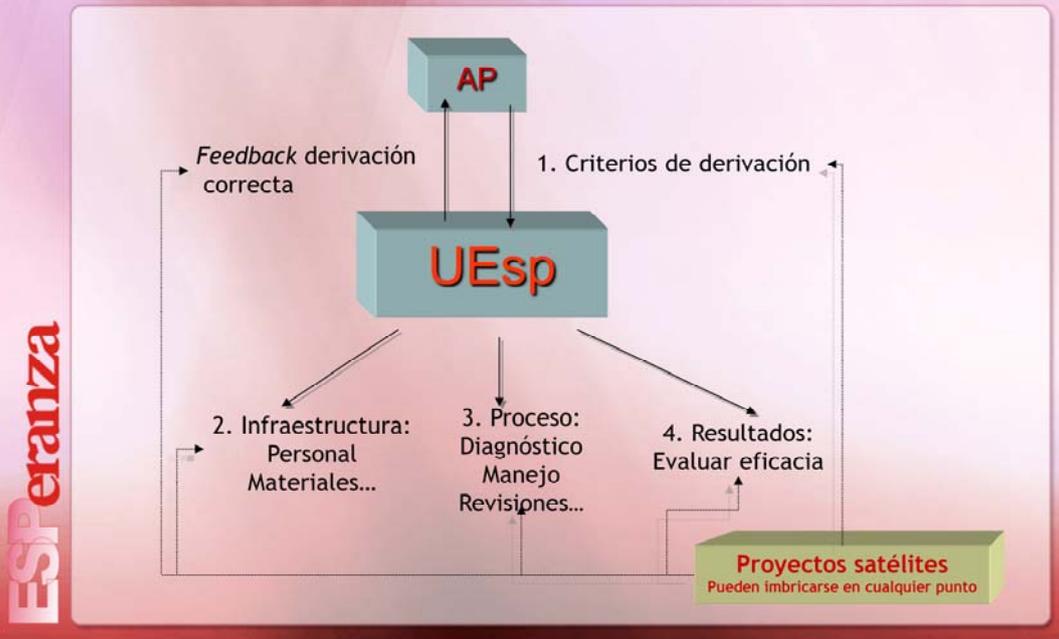
## Esquema organizativo



## Esquema organizativo



## Plan gestor



Esperanza

## Plan gestor: mínimos

- Vías de derivación de pacientes.
- Criterios de derivación.
- Infraestructura:
  - Nº mínimo de reumatólogos o de reumatólogos/hab.
  - Nº de otros especialistas/profesionales
  - Tiempo de dedicación (horas, días)
  - Espacio físico en el que se desarrolla la unidad
  - Material imprescindible (para exploración o tratamiento), etc...

## Plan gestor: mínimos

### ■ Sobre el proceso:

- Evaluación estándar
- Manejo base
- Revisiones mínimas (nº y periodicidad)
- Mecanismos de feedback para correcta derivación

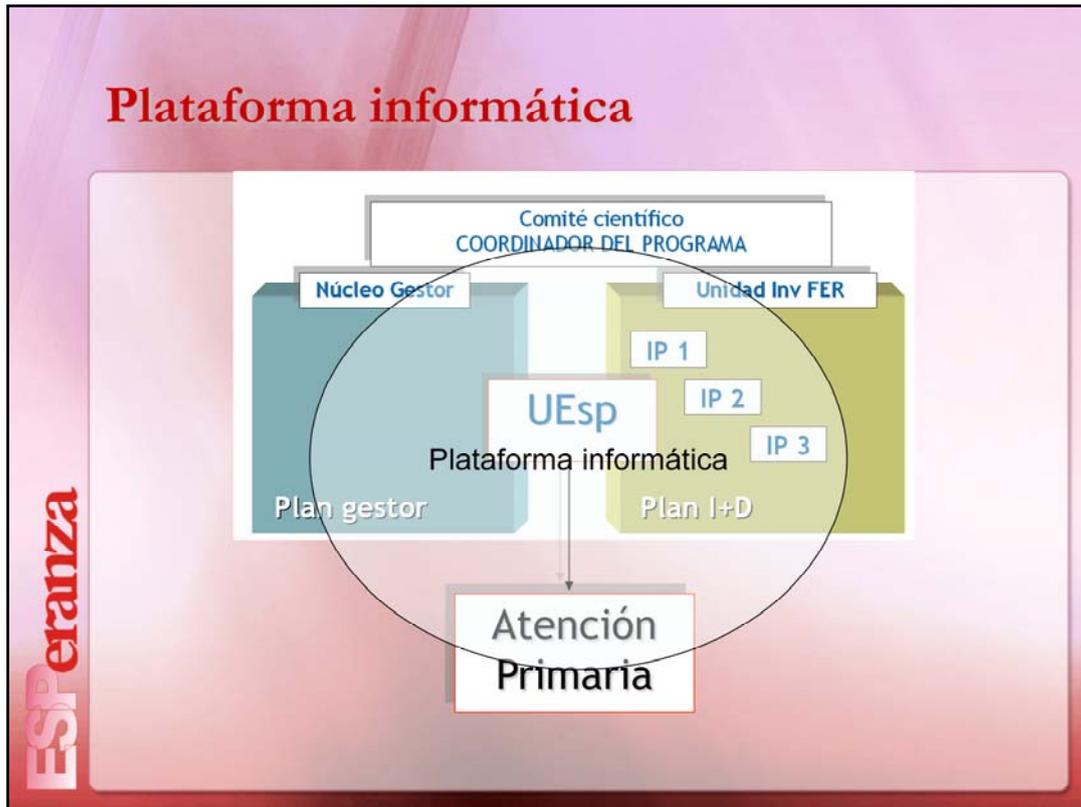
### ■ Indicadores de gestión:

- Medidas de resultados que se tendrán en cuenta para evaluar el funcionamiento de las unidades.
- Medir la relevancia de las UEPs en el manejo de la espondiloartritis

## Plan gestor: cronograma

- **Implantación del plan en dos fases:**
  - Fase I (Programa actual): centros piloto
  - Fase II (futuro): generalización al resto de Centros del área correspondiente, una vez analizados los resultados de la fase I y dependiendo de:
    - La viabilidad en el área
    - La aprobación de las gerencias hospitalarias

## Plataforma informática



La manera de una inter-relación inmediata y permanente entre la unidad de espondiloartritis precoz y los centros de Atención Primaria será la plataforma informática.

Además, en cada centro habrá un responsable, que puede coincidir con el coordinador del centro o no, que será el interlocutor con el responsable de la unidad de cada hospital.

## Plataforma informática

### ■ Objetivo

- Facilitar la colaboración y comunicación entre AP y UEP.
- Facilitar la comunicación entre investigadores y CC.
- Evaluación de la gestión en tiempo real.
- Potenciar la visibilidad externa y diseminación de los resultados del programa.
- Facilitar la utilización compartida de datos.

## Plataforma informática

### ■ Contenido:

- Un área restringida por área de salud para la comunicación primaria-especializada
- Un área compartida de documentos de acceso restringido a los investigadores, en la que se definirán sub-sites para cada línea de investigación
- Un foro de colaboración para los investigadores
- Un área pública

## Control de calidad

- Se llevará a cabo una acreditación de los centros al inicio del estudio.
- La acreditación garantizará que el centro:
  - reúne condiciones para la UEP
  - cumple requisitos para participar en los proyectos de investigación.

## Puntos importantes

- La iniciativa parte de la SER,
- Interés en colaboración con gestores y MAPs
- No es una propuesta de:
  - la industria
  - los gestores
- No se vincula a control sino a:
  - integración de niveles asistenciales
  - efectividad (si no hay se desmonta. Si funciona, se amplía)
- Ámbito nacional y voluntario