

ESPeranza



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

**Módulo 3: Diagnóstico y
valoración del paciente**

Patrocinado por
Wyeth

Criterios de clasificación de las espondiloartritis

- Criterios modificados de Nueva York para el diagnóstico de espondilitis anquilosante
- Criterios del grupo europeo para el estudio de las espondiloartropatías (ESSG)
- Criterios de B. Amor
- Criterios de Berlín para el diagnóstico de espondiloartritis axial.
- Otros criterios

Esperanza

En el módulo 1 se describen algunos criterios de clasificación de las espondiloartropatías.

La proliferación de estos diferentes criterios se debe fundamentalmente a la dificultad para diagnosticar las espondiloartropatías en las fases pre-radiológicas de la enfermedad, ya que los criterios de Nueva York son muy específicos pero poco sensibles, precisando los pacientes una media de 8 años según las distintas publicaciones para que puedan cumplir los criterios necesarios para poder clasificar la enfermedad.

Eso ha propiciado la aparición de los criterios del grupo europeo para el estudio de las espondiloartropatías (ESSG) y los criterios de B. Amor, que son mas sensibles aunque con menor especificidad. Los criterios de Berlín para el diagnóstico de espondiloartritis axial, se apoyan en la teoría Ballestiana, pero todavía tienen que ser validados

Criterios del grupo ESSG

RAQUIALGIA ó SINOVITIS + uno o más de los 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 (superior a grado II si es bilateral, o grado III si es unilateral).

Criterios de modificados de Nueva York para la clasificación de espondilitis anquilosante

- Un paciente puede ser clasificado como Espondilitis anquilosante definida si tiene al menos un criterio clínico y uno radiológico
- Criterios clínicos
 - Dolor lumbar de más de 3 meses que mejora con el ejercicio y no se alivia con reposo
 - Limitación de movilidad de columna lumbar en los planos sagital y frontal
 - Limitación de expansión torácica respecto a los valores normales de edad y sexo
- Criterios radiológicos
 - Sacroilitis bilateral grado 2
 - Sacroilitis unilateral grado 3 ó 4

van der Linden SM et al. Arthritis Rheum 1984;27:361-8

■ Espondilitis anquilosante asociada a psoriasis

Criterios modificados de Nueva York + psoriasis personal

■ Espondilitis anquilosante asociada a enfermedad inflamatoria intestinal

Criterios modificados de Nueva York + enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, confirmadas por un gastroenterólogo

Criterios del Grupo Europeo de Estudio de las Espondiloartropatías (ESSG)

- Dolor de columna de tipo inflamatorio y/o sinovitis (sobre todo en miembros inferiores) y uno o más de los elementos siguientes:
- Historia familiar positiva.
- Psoriasis.
- Enfermedad inflamatoria del intestino.
- Uretritis o cervicitis o diarreas agudas en el mes anterior al inicio de la artritis.
- Dolor en las regiones glúteas alternando entre el lado izquierdo y el derecho.
- Entesopatía.
- Sacroilítis.

Esperanza

La presencia de lumbalgia inflamatoria o artritis periférica mas uno de los seis primeros criterios tiene una sensibilidad de 77% y una especificidad de 89%. Si se añade sacroilítis la sensibilidad es del 87% y la especificidad del 87%.

Criterios Amor para la clasificación de espondiloartritis

A. Signos clínicos o historia clínica	Puntos
• Dolor lumbar o dorsal nocturno, rigidez matutina lumbar o dorsal o ambos casos.	1
• Oligoartritis asimétrica.	2
• Dolor difuso, no bien precisado, en regiones glúteas; dolor difuso en región glútea derecha o izquierda, alterno.	1 ó 2
• Dedo o artejo en salchicha.	2
• Talalgia u otra entesopatía.	2
• Iritis.	2
• Antecedente de uretritis no gonocócica o cervicitis un mes antes del inicio de la artritis.	1
• Antecedente de diarrea un mes antes del inicio de la artritis.	1
• Presencia o antecedente de psoriasis, balanitis, enteropatía crónica o todas ellas.	2
B. Signos radiológicos	
• Sacroilítis (si bilateral grado 2 o superior, unilateral grado 3 o superior).	3
C. Predisposición genética	
• Presencia del antígeno HLA-B27, antecedentes familiares de EA o ambos, síndrome de Reiter, psoriasis, uveítis o enteropatía crónica.	2
D. Respuesta al tratamiento	
• Mejoría franca de los síntomas en 48 h con el empleo de antiinflamatorios no esteroideos, recaída rápida (48 h) de las molestias con su interrupción o ambos factores.	2

Esperanza

Se diagnostica espondiloartritis si la suma de los puntos de los 12 criterios es mayor o igual a 6 unidades. La sensibilidad de este proceso es del 90 % y la especificidad, del 86, 6 %.

Criterios de Berlín de espondilitis axial

Parameter	Sensitivity, %	Specificity, %	LR+	LR-
Back pain of inflammatory type	75	76	3.1	0.33
Heel pain (enthesitis)	37	89	3.4	(0.71)*
Peripheral arthritis	40	90	4	(0.67)*
Dactylitis	18	96	4.5	(0.85)*
Iritis/anterior uveitis	22	97	7.3	(0.80)*
Psoriasis	10	96	2.5	(0.94)*
IBD	4	99	4	(0.97)*
Positive family history for AS, reactive arthritis, psoriasis, IBD, or anterior uveitis	32	95	6.4	0.72
Good response to NSAIDs	77	85	5.1	0.27
Raised acute phase reactants (CRP/ESR)	50	80	2.5	0.63
HLA-B27†	90	90	9	0.11
Sacroiliitis revealed by MRI	90	90	9	0.11

LR+ equals the sensitivity divided by the result of the specificity subtracted from one. LR- equals the sensitivity subtracted from one and that result divided by the specificity. The LR expresses the odds that a given level of a diagnostic test result would be expected in a patient with (as opposed to one without) the target disorder, in this case axial spondyloarthritis.

*Since enthesitis, dactylitis, uveitis, peripheral arthritis, psoriasis, and IBD might not be present at disease onset but might develop later, it is recommended to ignore a negative result of these tests in an early state of possible axial SpA. The LR- shown in brackets refers to parameters that should be ignored for the probability calculations when absent.

†The figures for sensitivity and specificity of HLA-B27 refer to a European Caucasian population. In European Caucasian patients with psoriasis or IBD, a sensitivity of 50%, specificity of 90%, LR+ of 5, and LR- of 0.56 for HLA-B27 should be applied. In other ethnic populations, sensitivity and specificity of HLA-B27 may be different, resulting in different LR+ and LR-.

AS—ankylosing spondylitis, CRP—C-reactive protein, ESR—erythrocyte sedimentation rate, IBD—inflammatory bowel disease, LR—likelihood ratio, NSAID—nonsteroidal anti-inflammatory drug.

(Adapted from Rudwaleit et al. [17].)

Song IH, Sieper J, Rudwaleit M. Current Rheum Reports 2007 9:367-74

Los criterios de Berlín se apoyan en teoría Bayesiana para calcular la probabilidad de que dados unos determinados síntomas el paciente padezca una espondiloartritis.

Criterios para artritis psoriásica propuestos por Vasey y Espinoza

- Se define artritis psoriásica como el criterio I más cualquiera de II ó III.
- Criterio I. Psoriasis cutánea o afectación ungueal.
- Criterio II. Patrón periférico
 - Dolor e inflamación con o sin limitación de movilidad en la articulación interfalángica distal de más de cuatro semanas
 - Dolor e inflamación con o sin limitación de movilidad en las articulaciones periféricas afectadas de forma asimétrica durante más de cuatro semanas. Incluye dedos en salchicha.
 - Artritis simétrica periférica de más de cuatro semanas en ausencia de factor reumatoide o nódulos subcutáneos
 - Deformidad en punta de lápiz en copa, afilamiento de falanges terminales, periostitis y anquilosis ósea
- Criterio III. Patrón central
 - Dolor de columna vertebral y rigidez con limitación de movilidad presente durante más de cuatro semanas
 - Sacroilitis simétrica bilateral al menos de grado 2 de acuerdo con los criterios de Nueva York
 - Sacroilitis unilateral de grado 3 ó 4

Vasey FB, Espinoza LR. Psoriatic arthritis. En Calin A ed. Spondyloarthropaties. Orlando. Grune and Stratton, 1984:151-85

Criterios de artritis psoriásica

Criterios CASPAR (Classification criteria for Psoriatic arthritis)

- Para cumplir los criterios, un paciente debe tener enfermedad articular (periférica, axial o entesítica) + 3+ de las siguientes (si la psoriasis es del paciente y actual se puntúa con 2 puntos, el resto con 1 punto):
 - Evidencia de psoriasis actual, historia personal o historia familiar de psoriasis.
 - Se define psoriasis actual como psoriasis cutánea o en cuero cabelludo presente en el día del estudio evaluada por un reumatólogo o un dermatólogo.
 - Se define historia personal de psoriasis por historia de psoriasis obtenida del paciente, el médico de familia, un dermatólogo, un reumatólogo u otro sanitario cualificado.
 - Se define historia familiar de psoriasis en un familiar de primero o segundo grado de acuerdo con la información ofrecida por el paciente.
 - Distrofia ungueal psoriásica típica incluyendo onicolisis, punteado o hiperqueratosis observada en la exploración física.
 - Test de factor reumatoide negativo por cualquier método excepto el de látex, preferiblemente por ELISA o nefelometría de acuerdo con el rango de referencia local.
 - Evidencia actual de dactilitis definida como inflamación de todo el dedo o una historia de dactilitis recogida por un reumatólogo.
 - Evidencia radiográfica de neoformación ósea yuxtaarticular pareciendo osificación mal delimitada cerca de los márgenes articulares (pero excluyendo formación osteofitaria) en radiografías de las manos o de los pies.

Taylor W, Gladman D, Helliwell P et al. Classification criteria for Psoriatic arthritis. Arthritis Rheum 2006;54:2665-73

Criterios para artritis psoriásica periférica son junto con los de Vasey y Espinoza los más utilizados

Criterios de clasificación preliminares de artritis reactiva

- Criterios mayores:
- Artritis (al menos 2 de los 3 siguientes)
 - Asimétrica
 - Mono u oligoarticular
 - Miembros inferiores
- Antecedente de infección sintomática (al menos uno de los dos siguientes)
 - Enteritis (diarrea de al menos un día, de 3 días a 6 semanas antes de la artritis)
 - Uretritis (disuria/secreción al menos un día, de 3 días a 6 semanas antes de la artritis)

Modificado de Braun J et al J Rheumatol 2000;27:2185-92

DEFINICIÓN DIAGNÓSTICA DE ARTRITIS REACTIVA

Artritis reactiva definida: dos criterios mayores y un criterio menor

Artritis reactiva probable: 2 criterios mayores o un criterio mayor y al menos un criterio menor

Criterios de clasificación preliminares de artritis reactiva

■ Criterios menores (uno de los dos)

- Evidencia de infección desencadenante
 - Positividad en orina, LCR o en exudado uretral/cervical de *Chlamydia trachomatis*
 - Positividad del coprocultivo para una enterobacterias relacionadas con las artritis reactivas (*Yersinia enterocolitica*, *Salmonella enteritidis*, *Shigella flexneri*, *Campylobacter jejuni*)
 - Considerar como causas de artritis reactiva posible en casos de antecedente de infección por *Chlamydia pneumoniae*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Clostridium difficile*)
- Evidencia de infección sinovial persistente (inmunohistología). Positividad de la investigación de *Chlamydia trachomatis* (mediante PCR)

Modificado de Braun J et al J Rheumatol 2000;27:2185-92

DEFINICIÓN DIAGNÓSTICA DE ARTRITIS REACTIVA

Artritis reactiva definida: dos criterios mayores y un criterio menor

Artritis reactiva probable: 2 criterios mayores o un criterio mayor y al menos un criterio menor

Criterios de clasificación preliminares de artritis reactiva

Otros elementos añadidos de subclasificación:

- Especificación de la localización de la infección desencadenante:
 - Urogénica
 - Entérica
- Especificación de la duración de la artritis:
 - Artritis reactiva aguda (duración de 6 meses o menos)
 - artritis reactiva crónica (duración de más de 6 meses)

Esperanza

Modificado de Braun J et al J Rheumatol 2000;27:2185-92

DEFINICIÓN DIAGNÓSTICA DE ARTRITIS REACTIVA

Artritis reactiva definida: dos criterios mayores y un criterio menor

Artritis reactiva probable: 2 criterios mayores o un criterio mayor y al menos un criterio menor

Criterios de clasificación preliminares de artritis reactiva

Criterios de exclusión

- Exclusión de otra afección reumática definida mediante anamnesis, estudio objetivo y la ejecución de (al menos) las siguientes pruebas:
 - Estudio microscópico (y evaluación de cristales) y cultivo del líquido sinovial (si disponible)
 - Factor reumatoide y AAN si es preciso
 - Acs anti *Borrelia burgdorferi*, acs anti estreptococo
 - Investigación radiológica de condrocalcinosis
 - Evaluación radiológica de la disminución del espacio articular.

Modificado de Braun J et al J Rheumatol 2000;27:2185-92

DEFINICIÓN DIAGNÓSTICA DE ARTRITIS REACTIVA

Artritis reactiva definida: dos criterios mayores y un criterio menor

Artritis reactiva probable: 2 criterios mayores o un criterio mayor y al menos un criterio menor

Laboratorio

- Ningún parámetro es específico
- Factor reumatoide y ANAs negativos
- Aumento de VSG y PCR
- HLA-B27, pero no debe usarse como prueba específica diagnóstica.
- Hipergammabulinemia policlonal, con elevación de IgA.

ESPERANZA

No siempre hay correlación clara con parámetros de actividad clínica de la enfermedad a nivel axial, aunque sí suelen estar elevados en presencia de artropatía periférica.

No tiene ningún sentido pedir el FR o los ANA si se sospecha una espondiloartropatía que por definición tienen estos parámetros negativos.

Hoy por hoy no está admitido que el HLA B27 sirva como prueba de diagnóstico de la enfermedad, pues entre un 8 y un 10% de la población general lo tiene sin que desarrolle signos de enfermedad. Pero lo que sí que es cierto es que su presencia o ausencia en casos dudosos y unidos a otros síntomas incrementa la probabilidad de padecer la enfermedad. El grupo de Berlín en su análisis de teoría Ballesiana introduce este test para poder realizar un cálculo de probabilidades de padecer la enfermedad.

Estudio radiológico básico para valorar una SpA en sus fases iniciales

- AP pelvis (sacroilíacas)
- AP y lateral de charnela dorsolumbar

Esperanza

La placa de pelvis se debe realizar siempre para valorar las articulaciones sacroilíacas (imprescindibles para el diagnóstico clásico) y las caderas (importante factor pronóstico).

Se debe realizar estudio de la unión dorsolumbar porque esta es la zona de la columna donde generalmente aparecen las primeras manifestaciones radiológicas de la enfermedad.

También se debe estudiar cualquier otra localización articular periférica o axial que se considere de interés a juicio del clínico.

Espondiloartritis: Lesiones radiológicas elementales

- Sacroilitis
- Sindesmofitos
- Entesopatía
- Anquilosis

Esperanza

Las lesiones elementales básicas de las espondiloartropatías incluyen la sacroilitis que se valora en cinco grados. Grado 0: sacroiliaca normal. Grado I: Ensanchamiento de la interlínea. Grado II: Esclerosis marginal e irregularidades del contorno articular por erosiones de los bordes articulares. Grado III: Esclerosis marginal, inicio de puentes óseos. Grado IV: Desaparición del espacio articular por anquilosis.

Los sindesmofitos son calcificaciones u osificaciones lineales entre los cuerpos vertebrales por calcificación de las fibras externas de los discos intervertebrales.

La entesopatía consiste en la calcificación u osificación de las entesis (unión del tendón con el hueso, ligamento con el hueso), es característico de estas enfermedades aunque no exclusivo.

También pueden aparecer signos en las articulaciones periféricas, con pinzamiento de las articulaciones, anquilosis en fases avanzadas, afectación de las inserciones capsulares y ligamentosas con patrones entesíticos lo que las otorga ciertas características diferenciales frente a otras artropatías.

Finalmente las espondiloartritis tienen una tendencia a la anquilosis tanto en sus formas axiales como en las periféricas.

Radiología: Medida del daño estructural

■ Métodos

- SASSS (Stoke Ankylosing Spondylitis Spine Score)
- BASRI (Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index)

La radiología además de ser una herramienta de apoyo al diagnóstico nos permite también valorar el daño estructural y la progresión de la enfermedad. Los métodos arriba señalados están validados. El primero valora el daño estructural en columna y el segundo tiene una escala de columna y una de cadera. Estos métodos son importantes en la cuantificación y seguimiento del daño estructural de los pacientes.

RX: Sacroiliitis

Esperanza



Grado 0 y 1: En esta radiografía de 1998 de una paciente con dolor mecánico lumbar debido a una escoliosis, presenta la sacroilíaca derecha normal (grado 0) mientras que la izquierda podríamos considerarla un grado 1 (sacroilítis dudosa con cambios mínimos).

RX: Sacroiliitis

Esperanza



Grado 2: Imagen de pseudoensanchamiento de interlinea articular con la presencia de osteoporosis yuxtaarticular y esclerosis del hueso adyacente a esta. Presencia de erosiones en la interlinea articular (“imagen en rosario”).

RX: Sacroiliitis

Esperanza



Sacroiliitis grado 3 (izquierda de la foto, con marcada esclerosis marginal, e irregularidades de la superficie articular entre sacro e iliaco. En el lado derecho se aprecia una sacroiliitis grado 4, ha desaparecido la interlínea y existe una esclerosis ósea.

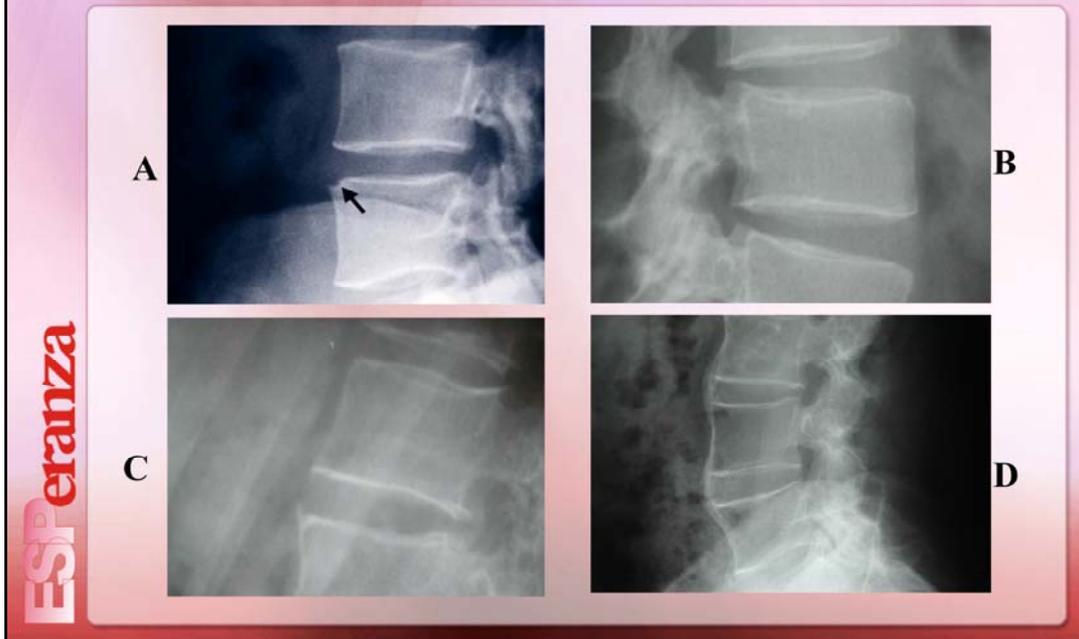
RX: Sacroiliitis

Esperanza



Grado 4: anquilosis ósea. Desaparición de la interlinea articular con fusión completa entre el sacro y el ilíaco.

RX: Columna dorsal y lumbar

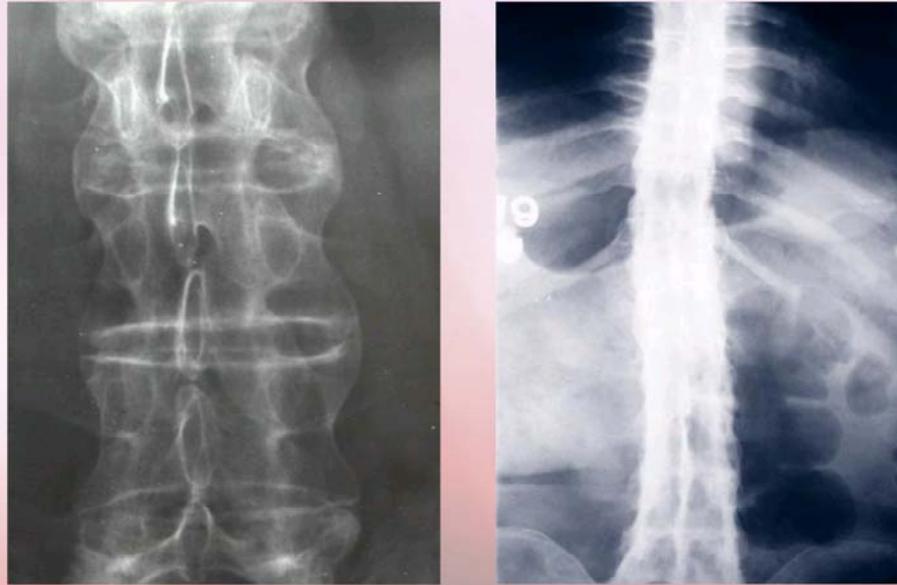


Se inicia con la erosión de los extremos anteriores de las plataformas vertebrales por entesitis en la zona de inserción del anillo fibroso discal en el cuerpo vertebral (**signo de Romanus**) con frecuencia acompañada de esclerosis reactiva (A). La erosión borra los extremos de la concavidad quedando un cuerpo vertebral cuadrado (B). Estas manifestaciones iniciales de espondiloartropatía se localizan al principio sobre todo en las últimas vértebras dorsales y primeras lumbares.

Con el tiempo, la osificación reactiva de las fibras más extremas del anillo fibroso discal, tiende a formar puentes entre 2 vértebras contiguas: sindesmofitos (C) que se irán extendiendo por toda la columna: **columna salomónica o en caña de bambú** cuya manifestación en rx lateral se aprecia en D. Esta osificación de los ligamentos vertebrales puede también dar en la radiografía AP una imagen de **columna “en tres raíles”**.

RX: Columna dorsal y lumbar

Esperanza



Izquierda: Imagen de caña de bambú Se produce por la espondiloartritis evolucionada por calcificación de las fibras del disco intervertebral.

Derecha: Imagen en triple rail, secundaria a la calcificación del ligamento interespinoso y a los ligamentos intertransversos.

RX: Columna dorsal y lumbar

Esperanza



Radiografía anteroposterior de columna lumbar y pelvis en la que se aprecia sacroileitis bilateral y calcificación del ligamento interespinoso.

RX: Columna cervical

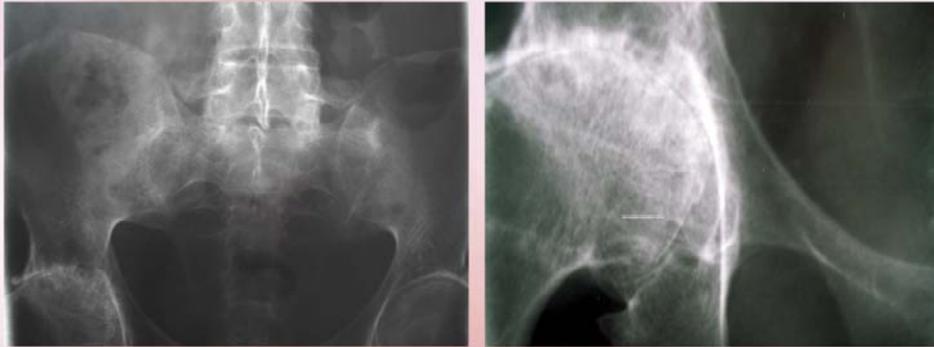
Esperanza



En la columna cervical pueden aparecer signos similares a los descritos en la lumbar. Además, en esta imagen se aprecia la formación de un “bloque cervical” por la fusión de los 3 últimos cuerpos vertebrales.

RX: Cadera

Esperanza



Las lesiones radiológicas de articulaciones periféricas son en general asimétricas, con menor osteoporosis periarticular, más periostitis, mayor tendencia a la anquilosis y menor presencia de deformidades o subluxaciones que en la artritis reumatoide.

En la imagen se aprecia una lesión inflamatoria de la cadera con geodas, pinzamiento de interlínea articular, esclerosis y cierta protusión del acetábulo.

RX: entesis

Esperanza



Otro hallazgo característico de la espondiloartropatía es la afectación de la entesis. La entesitis es una de las lesiones elementales diana de la espondiloartropatía y en las radiografía aparece como calcificaciones/osificaciones en la zona de inserción entre tendón/ligamento y hueso, también podemos observar el engrosamiento de la cortical (esclerosis) en la zona ósea entésica y en la que se pueden observar también en fases precoces la presencia de erosiones.

Otras técnicas de imagen

- **Gammagrafía de sacroiliacas:** indicada para el diagnóstico de pacientes con clínica de sacroileitis pero sin confirmación radiológica (suelen ser pacientes con EA de inicio).
- **TAC de sacroiliacas:** Indicado en afectación radiológica dudosa en un paciente en que necesitamos confirmar el diagnóstico.
- **RMN:** detecta el edema óseo en los cuerpos vertebrales antes de que se produzcan lesiones radiológicas.
- **Ecografía:** Detecta el daño estructural y procesos inflamatorios activos en entesis y articulaciones periféricas con una sensibilidad y especificidad muy superior a la exploración clínica.

Esperanza

Gammagrafía de sacroiliacas: es una técnica sensible para detectar la inflamación pero poco específica. Será también normal en pacientes que no tengan inflamación activa.

TAC de sacroiliacas: detectaría pequeñas erosiones de la articulación sacroiliaca independientemente de que haya o no inflamación activa.

RMN: detecta el edema óseo antes de que se produzcan lesiones radiológicas, sin embargo es una prueba de menor disponibilidad pero que parece ser válida para valorar la actividad de la enfermedad y que se está utilizando en el diagnóstico pre-radiológico de la enfermedad, se encuentra todavía en fase de estudio y validación.

Ecografía: Detecta el daño estructural y procesos inflamatorios activos en entesis y articulaciones periféricas con una sensibilidad y especificidad muy superior a la exploración clínica. Es una técnica todavía en proceso de validación pero que probablemente por su mayor disponibilidad tendrá un desarrollo importante en los próximos años.

RX, RMN, etc



Esperanza

Archivo de imágenes de la Queen's University Belfast (UK)

TAC: Sacroiliitis

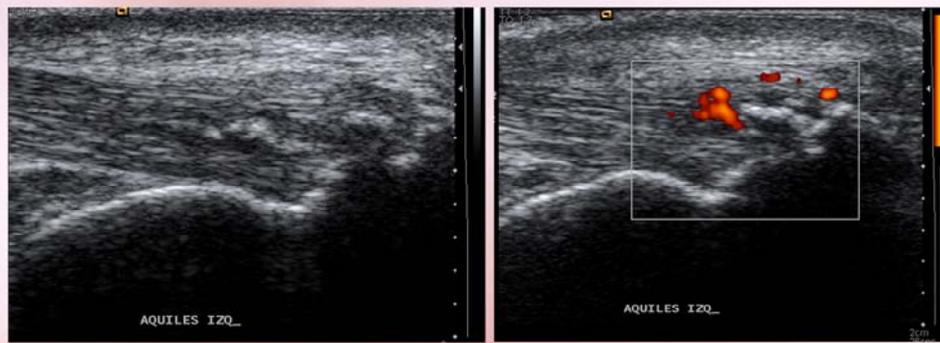
Esperanza



Tomografía axial computadorizada: Sacroiliitis, nótese la presencia de esclerosis marginal en sacro e iliaco, erosiones y geodas en las articulaciones sacroiliacas de este paciente, los hallazgos son más marcados en el lado derecho de la imagen. El TAC de articulaciones sacroiliacas no se usa de forma habitual por la radiación que supone para el paciente, pero ofrece una gran resolución espacial en casos de sospecha de sacroiliitis cuando la radiología simple no la evidencia.

Ecografía: Entesitis

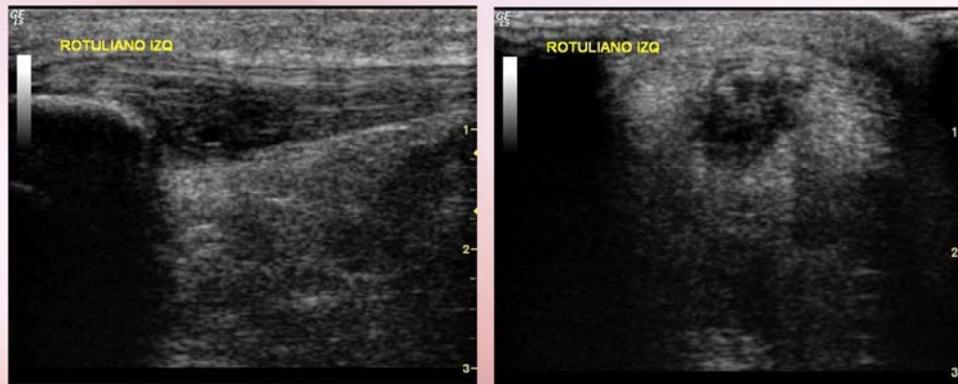
Esperanza



Afectación de la entesis aquilea en escala de grises, imagen de la izquierda y con Power-Doppler imagen de la derecha. Se aprecian calcificaciones en la zona de inserción de la entesis, crecimiento óseo de la cortical del calcáneo. Se aprecia también engrosamiento fusiforme distal del tendón. Mediante señal doppler podemos ver la existencia de incremento del flujo vascular en la entesis propio de las entesitis.

Ecografía: Entesopatía tendón rotuliano proximal

Esperanza



La figura de la izquierda muestra un corte longitudinal ecográfico del tendón rotuliano, en su inserción proximal en rótula en el que se puede apreciar un marcado engrosamiento del tendón (el grosor normal aparece en el margen derecho de la fotografía), con pérdida del patrón fibrilar y aspecto hipoecoico en la zona profunda del mismo próximo a la inserción en rótula. En la imagen pequeña de la derecha se aprecia la lesión hipoecoica focal coincidiendo con la zona de lesión del tendón rotuliano.

Ecografía Fascia plantar

Calcificación tipo entesofito



Engrosamiento fascia plantar



Esperanza

Entesopatía de la fascia plantar, corte longitudinal: En la imagen superior se aprecia crecimiento óseo longitudinal tipo entesofito en la inserción de la fascia plantar en calcáneo. En la imagen inferior se aprecia un engrosamiento de la fascia plantar en su zona de inserción del calcáneo de 5,9 mm (> de una desviación Standard sobre la población normal)

Diagnóstico diferencial

- Lumbalgias mecánicas.
- Otras espondiloartropatías
- Espondiloartrosis
- Hiperostosis anquilosante o enfermedad de Forestier
- Osteítis condensante del ilíaco
- Hernia de disco
- Sacroilitis séptica

Esperanza

Lumbalgia mecánica: dolor lumbar que empeora con la movilización, que cede en reposo, frecuentemente con un desencadenante, historia de episodios previos similares, no dolor nocturno, no fiebre ni síntomas sistémicos asociados.

Otras espondiloartropatías: En todo enfermo con diagnóstico de EA debe investigarse cualquier síntoma intestinal o cutáneo, no sólo al comienzo sino durante toda la evolución de la enfermedad, ya que puede cambiar el diagnóstico.

Espondiloartrosis: enfermos mayores, dolor mecánico, presencia de osteofitos, puede afectarse también la articulación sacroilíaca.

Hiperostosis anquilosante: Típica de ancianos. Osificación de los ligamentos vertebrales sobre todo el ligamento vertebral anterior, que cursa prácticamente sin síntomas pero con limitación de la movilidad vertebral. No suele haber sacroilitis radiológica aunque la calcificación que a veces se produce en el ligamento sacroiliaco produciría una imagen falsa de sacroilitis grado IV. Si tiene interés, se podría diferenciar mediante un TAC de sacroiliacas de una verdadera sacroileítis.

Radiológicamente, la osificación del ligamento vertebral anterior deja un espacio radiolúcido entre éste y la vértebra, a diferencia del sindesmofito, que está conectado con el cuerpo vertebral.

Osteítis condensante: esclerosis asintomática del hueso ilíaco en mujeres multíparas, que puede confundirse con una sacroilitis.

Hernia de disco: dolor mecánico, alivio con el reposo y compromiso neurológico.

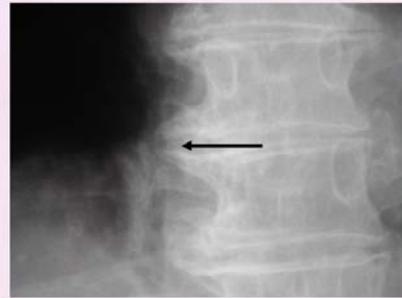
Sacroilitis séptica: proceso agudo con fiebre y malestar general, más frecuente en ADVP, puede dejar secuelas en la articulación.

Diagnóstico diferencial: osteofito, sindesmofito, hiperóstosis.

Esperanza



OSTEOFITO



HIPEROSTOSIS



SINDESMOFITO

OSTEOFITO: formación de hueso nuevo a partir de los bordes óseos vertebrales, como reacción proliferativa secundaria a la degeneración del disco intervertebral, o al cartílago articular. Propio de la artrosis.

SINDESMOFITO: osificación de los tejidos entésicos. En columna tienden a configurar puentes intervertebrales, sindesmofitos formados por calcificación de las fibras externas del disco intervertebral y de los ligamentos intervertebrales. Cuando los que se calcifican son inserciones ligamento/tendón/cápsula con el hueso, hablamos de entesofitos. Los sindesmofitos en último término, bloquean la función articular. Forman puentes osteos completos, tienen una disposición lineal, lo que contrasta con la disposición mucho más transversal de osteofitos.

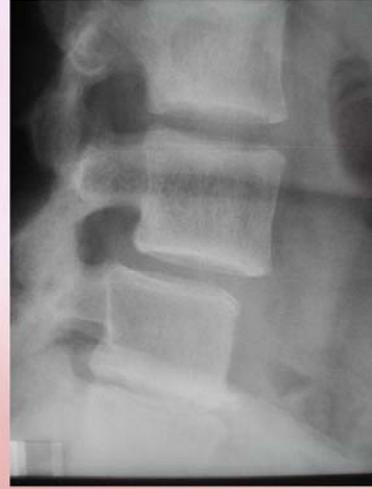
HIPEROSTOSIS: Se produce una calcificación del ligamento vertebral que radiológicamente se distingue del sindesmofito por ser de aspecto mucho más proliferativo y menos lineal que éste. En la hiperóstosis, a diferencia del osteofito de la espondiloartrosis, la calcificación del ligamento suele dejar un espacio radiolúcido entre ésta y los cuerpos vertebrales (FLECHA).

Diagnóstico Diferencial

Esperanza



Contractura cervical sin
daño estructural



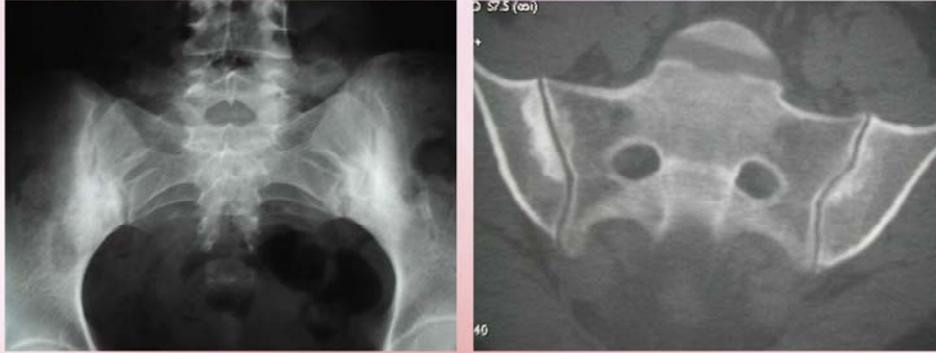
Lumbalgia mecánica:
Espondilolistesis.

Dentro del diagnóstico diferencial del dolor de columna son frecuentes las contracturas de la musculatura paravertebral, en la imagen de la izquierda se puede apreciar una inversión de la lordosis fisiológica como causa posible del dolor, sin apreciarse sindesmofitos u otros daños estructurales que nos hagan pensar en una espondiloartropatía.

En la imagen de la izquierda podemos ver una espondilolistesis lumbar desplazamiento anterior de L3 sobre L4, y pinzamiento de L4-L5 con esclerosis y osteofitos anteriores. Ambos hallazgos son posibles causas de patología mecánica en columna.

Diagnóstico Diferencial: Osteitis Condensante del Iliaco

Esperanza



En la osteitis condensante del iliaco existe una esclerosis del hueso iliaco en su reborde articular con el sacro, la imagen es de aspecto triangular y dada la configuración espacial oblicua de la articulación sacroiliaca la imagen parece superponerse levemente con el reborde sacro. Suele acontecer en mujeres y generalmente múltiparas. La imagen de la derecha muestra una tomografía axial computadorizada del mismo caso en la que se puede ver la afectación esclerosada del iliaco sin afectación del espacio articular ni irregularidades de la interlínea articular a diferencia de la esclerosis a ambos lados de la articulación con erosiones de los márgenes articulares propios de la sacroilitis.

Medidas de desenlace: Valoración de la actividad y del daño estructural en las espondiloartritis

TABLA 1. Conjunto básico de medidas recomendado en la práctica clínica

BASDAI

Evaluación de la actividad de la enfermedad por el paciente (EVA)

Dolor raquídeo (EVA)

Reactantes de fase aguda (VSG, PCR)

Exploración movilidad: Schober modificado, expansión torácica, distancia occipucio-pared, flexión lateral columna

Número de articulaciones inflamadas (recuento 44 articulaciones)

Estudio radiográfico (pelvis y columna lumbar y cervical)

BASFI

BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Activity Index; EVA: escala visual analógica; VSG: velocidad de sedimentación globular; PCR: proteína C reactiva; BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index.

Zarco P. Reumatol Clin 2005, 1 supl 1: S16-20.

Esperanza

En la actualidad las medidas de desenlace son fundamentales para valorar la actividad (lo que implica decidir que fármacos utilizar en cada momento concreto de la enfermedad del paciente) y el daño estructural (esto es importante para prevenir la progresión y poderse adelantar al desarrollo de la incapacidad). Estas medidas de desenlace todavía no del todo desarrolladas en las espondiloartritis son fundamentales para evitar la variabilidad en el tratamiento y para conseguir el mejor tratamiento posible para nuestros pacientes.

Los grupos ASAS y OMERACT siguen trabajando en este campo y las medidas actuales propuestas, que son las mejores que tenemos hasta la actualidad es previsible que evolucionen en los próximos años mejorando el cuidado de nuestros pacientes.

Valoración de la actividad en la E.A.

BASDAI: (Bath AS Disease Activity Index):

- Es una prueba autoaplicada por el paciente en la que tiene que contestar a 6 cuestiones referentes al estado de la actividad de su enfermedad mediante una marca en seis escalas analógico-visuales de 100 mm.
- Las dos últimas preguntas se refieren a la valoración de la rigidez matutina y a su duración por lo que se hace un promedio entre el resultado de ambas.
- El resultado final será un número entre 0 y 100 (ó entre 0 y 10 si se miden las escalas en cm.) que expresará la media de 5 resultados: la media de las dos preguntas sobre rigidez (5ª y 6ª del BASDAI) y los 4 restantes.
- Validado para población española.

Valoración funcional de la EA

BASFI (Bath A.S. Functional index)

- Mide la capacidad funcional de la enfermedad.
- Es otra prueba autoaplicada por el paciente que esta vez contesta a 10 preguntas acerca de su capacidad funcional mediante 10 marcas en otras tantas escalas analógico visuales de 100 mm.
- El resultado final es la media de las 10 medidas que expresa un valor de 0 a 100 si se mide en mm o de 0 a 10 si se mide en cm.
- Validado para población española.

Valoración de la capacidad funcional en la EA

HAQEA (Health Assesment Questionary EA)

- Mide también la capacidad funcional en la EA.
- Es una prueba autoaplicada por el enfermo similar al HAQ de la AR. A las preguntas habituales de éste se suman 8 más distribuídas en tres categorías (en total son 11 categorías con una suma de 27 cuestiones).
- Como en el caso de la AR, en cada categoría se da la máxima puntuación que haya marcado el paciente con los correspondientes factores de corrección. La suma total se divide entre 11 en vez de entre 8 como se hace en la AR.
- De esa manera, el resultado total es de 0 a 3, siendo 0 la mejor capacidad funcional y 3 la peor.
- Validado para población española

Fuente: Linares et al; Rev Esp Reumatol 1995; 22:303-10.