

Jornadas de
**Reumatología en
Atención Primaria (RAP)**

**Alicante
1 y 2 de octubre
2018**



Espondiloartropatías

Carlos Santos Ramírez

Agradacimientos:

- SVR Y AL DR ESTEBAN SALAS
- GRUPO ASAS

Posible conflicto de interés (conflicto no tengo ninguno):
participación en cursos, congresos, talleres formativos, ensayos clínicos, estudios...



RAP
2018

Abbvie
Amgen
BMS
Lacer
Lilly
MSD
Novartis
Pfizer
Roche
Rovi
UCB



- Concepto
- Clasificación y criterios diagnósticos actuales
- Las consultas colaborativas: oftalmología, digestivo, dermatología
- La actividad de la enfermedad: nociones de metrología. Impacto funcional
- Tipos e indicaciones del tratamiento
- Discusión

Concepto de Espondiloartritis (EsP)



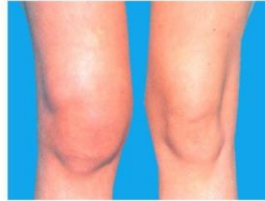
Espondiloartritis: Parámetros Característicos Usados para el Diagnóstico I



RAP
2018

Síntomas

Dolor lumbar
inflamatorio



Imagen



Laboratorio

VSG/PCR

Historia del paciente

Buena respuesta a AINEs

Espondiloartritis: Parámetros Característicos Usados para el Diagnóstico II



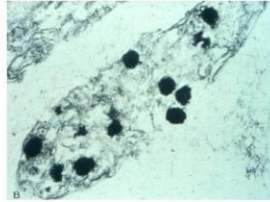
RAP
2018

Genéticos

HLA-B27
positivo

Historia
familiar

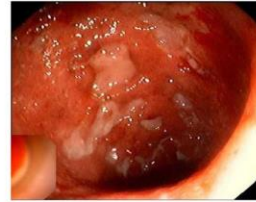
Enfermedades
concomitantes/
predisponentes



Infección*



Psoriasis



Enf. Crohn

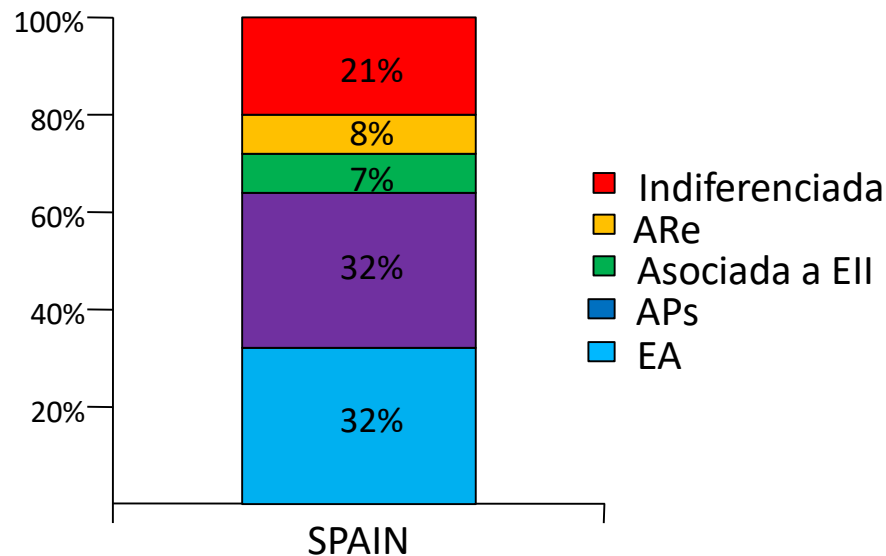
*Tinción positiva para Chlamydia en membrana sinovial¹

Distribución de Pacientes por Patologías



RAP
2018

Distribución de entidades del
Grupo de las espondiloartritis

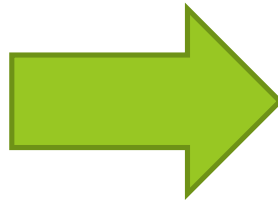


M Dougados, D van der Heijde, J Sieper, P Mease, A Pangan. More Rheumatoid Arthritis or More Spondyloarthritis? Preliminary Results From the SPARK Survey of American and European Clinical Practice. P77 **Presented at the American College of Rheumatology Annual Scientific meeting, October 24-29, 2008, San Francisco**



-Inflamación axial

- Artritis
- Entesitis
- Dactilitis



Periférica



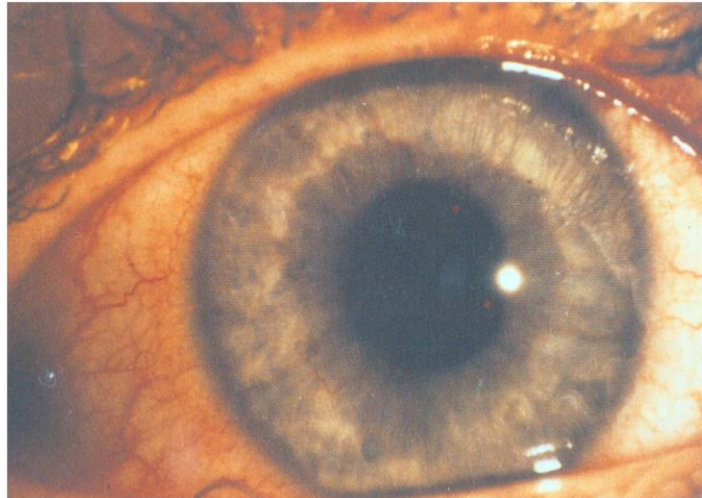
- Cutáneas: Psoriasis
- Oculares: Uveítis aguda recurrente
- Cardiacas: Insuf. aórtica y Trast. Conducción
- Digestivas: Inflamación a colon o íleon
- Pulmonares: Fibrosis apical. Restricción torácica
- Neurológicas: Aracnoiditis, compresion medular,

Ojo: Uveítis Anterior Aguda en Espondiloartritis



RAP
2018

- Inicio agudo
- Unilateral
- Anterior
- Remisión espontánea
- Recurrente
- Asociada al HLA B27



Manifestaciones Cutáneas en Espondiloartritis



RAP
2018

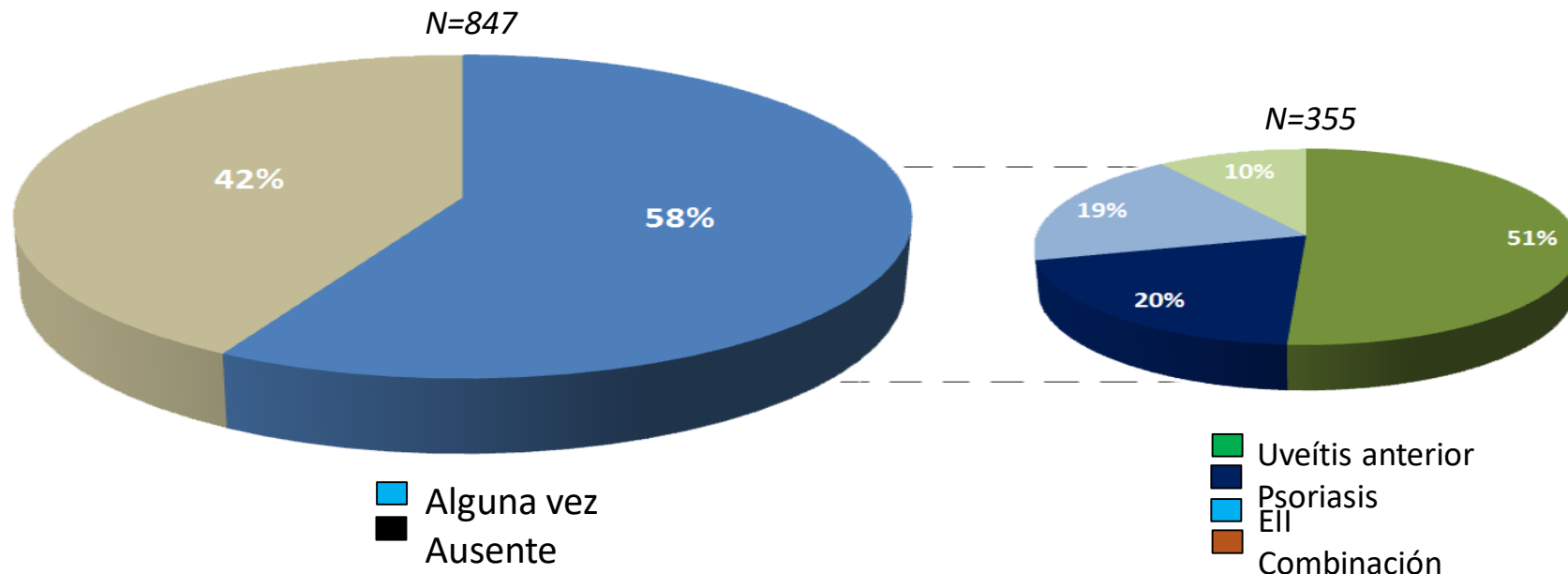
- Psoriasis
- Eritema nodoso
- Pioderma gangrenoso
- Queratodermia blenorragica



Manifestaciones Extraarticulares de la Espondilitis Anquilosante



RAP
2018



Vander Cruyssen B et al. Ann Rheum Dis 2007;66:1072-7

Criterios ASAS de Clasificación para la Espondiloartritis (EsP)



RAP
2018

En pacientes con dolor lumbar ≥ 3 meses y edad al inicio < 45 años

En pacientes SÓLO con síntomas periféricos

Sacroilitis en Imagen y
 ≥ 1 ctca de EsP

O

HLA-B27 y
 ≥ 2 otras ctcas de EsP

Artritis o entesitis o dactilitis
y

Características de EsP

- dolor lumbar inflamatorio
- artritis
- entesitis (talón)
- uveítis
- dactilitis
- psoriasis
- enf. Crohn/colitis ulcerosa
- buena respuesta a AINEs
- historia familiar de SpA
- HLA-B27
- PCR elevada

≥ 1 característica de EsP

- uveítis
- psoriasis
- enf. Crohn/colitis
- infección previa
- HLA-B27
- sacroilitis en imagen

O

≥ 2 otras ctcas de EsP

- artritis
- entesitis
- dactilitis
- DLI (alguna vez)
- historia familiar de EsP

Sensitivity: 79.5%, Specificity: 83.3%; n=975

Especificación de Variables Empleadas para los Criterios ASAS de Clasificación para Espondiloartritis Axial I

Manifestación clínica de EsP axial	Definición
Dolor lumbar inflamatorio (DLI)	DLI según expertos: 4 de los 5 siguientes parámetros presentes: 1. edad de inicio < 40 años 2. inicio insidioso 3. mejoría con el ejercicio 4. no mejoría con el reposo 5. dolor nocturno (con mejoría al levantarse)
Buena respuesta a AINE	A las 24-48 horas tras administrar dosis máxima de un antiinflamatorio no esteroideo (AINE), el dolor lumbar desaparece o mejora mucho

Especificación de Variables Empleadas para los Criterios ASAS de Clasificación para Espondiloartritis Axial II

Manifestación clínica de EsP axial	Definición
Artritis	Sinovitis pasada o presente diagnosticada por un médico
Dactilitis	Presencia o historia de dactilitis diagnosticada por un médico
Entesitis	Entesitis de talón: presencia o historia de dolor espontáneo o tumefacción a la exploración en el lugar de inserción del tendón de Aquiles o fascia plantar en el calcáneo
Psoriasis	Presencia o historia de psoriasis diagnosticada por un médico
Enfermedad inflamatoria intestinal	Presencia o historia de enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa diagnosticada por un médico
Uveítis anterior	Presencia o historia de uveítis anterior, confirmada por un oftalmólogo

Especificación de Variables Empleadas para los Criterios ASAS de Clasificación para Espondiloartritis Axial III

Manifestación clínica de EsP axial	Definición
Historia familiar	Presencia en familiar de primer o segundo grado de alguno de los siguientes: (a) espondilitis anquilosante (b) psoriasis (c) uveítis aguda (d) artritis reactiva (e) enfermedad inflamatoria intestinal
HLA-B27	Resultado positivo según las técnicas de laboratorio estándares
PCR elevada	Proteína C reactiva por encima del valor normal en presencia de dolor lumbar, tras exclusión de otras causas que aumenten la concentración de PCR



Especificación de Variables Empleadas para los Criterios ASAS de Clasificación para Espondiloartritis Axial IV

Manifestación de imagen de EsP axial	Definición
Sacroilitis en Rx	Grados 2-4 bilateral o grados 3-4 unilateral, según los criterios de Nueva York modificados
Sacroilitis en RM	Imágenes de lesión inflamatoria activa en articulaciones sacroilíacas con claro edema óseo/osteítis sugestivos de sacroilitis asociada a espondiloartritis

Especificación de Variables Empleadas para los Criterios ASAS de Clasificación para Espondiloartritis Periférica I



RAP
2018

Criterio de entrada	Definición
Artritis	Artritis periférica presente compatible con EsP (generalmente asimétrica y/o afectación predominante de miembros inferiores), diagnosticada clínicamente por un médico.
Entesitis	Presencia de entesitis, diagnosticada clínicamente por un médico.
Dactilitis	Presencia de dactilitis, diagnosticada clínicamente por un médico.



Especificación de Variables Empleadas para los Criterios ASAS de Clasificación para Espondiloartritis Periférica II

Manifestaciones de EsP periférica	Definición
Dolor lumbar inflamatorio (DLI) en el pasado	DLI en el pasado acorde al juicio del reumatólogo. Aquí, sólo se considera el DLI en el pasado. En pacientes con DLI actual (y manifestaciones periféricas concomitantes), deberían emplearse los criterios ASAS de clasificación para EsP periférica.
Artritis	Artritis periférica presente o pasada compatible con EsP (generalmente asimétrica y/o afectación predominante de miembros inferiores), diagnosticada clínicamente por un médico.
Entesitis	Entesitis: dolor espontáneo presente o pasado a la exploración de una entesis. Cualquier localización de entesitis puede estar afectada, mientras que en los criterios ASAS de clasificación para EsP axial sólo es considerada la entesitis en talón.

Especificación de Variables Empleadas para los Criterios ASAS de Clasificación para Espondiloartritis Periférica III



RAP

2018

Manifestaciones de EsP periférica	Definición
Uveitis	Uveitis anterior presente o pasada, confirmada por un oftalmólogo.
Dactilitis	Dactilitis presente o pasada, diagnosticada por un médico.
Psoriasis	Psoriasis presente o pasada, diagnosticada por un médico.
Enfermedad inflamatoria intestinal	Enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa presente o pasada, diagnosticada por un médico.
Infección precedente	Uretritis / cervicitis o diarrea en el mes previo a la aparición de artritis / entesitis / dactilitis.





Paciente de 24 años que acude por dolor lumbar desde hace 3 semanas. ¿Qué cree más adecuado?

- Le pido un HLA B 27 y una Rx de sacroiliacas
- Le pido una RM lumbar
- Le pido una RM de sacroiliacas y una colonoscopia para valorar EII
- De momento es suficiente con la anamnesis y una exploración física



Paciente de 24 años que acude por dolor lumbar desde hace 3 semanas. ¿Qué cree más adecuado?

- Le pido un HLA B 27 y una Rx de sacroiliacas
- Le pido una RM lumbar
- Le pido una RM de sacroiliacas y una colonoscopia para valorar EII
- **De momento es suficiente con la anamnesis y una exploración física**

Criterios ASAS de Clasificación para la Espondiloartritis (EsP)



RAP
2018

En pacientes con dolor lumbar ≥ 3 meses y edad al inicio < 45 años

En pacientes SÓLO con síntomas periféricos

Sacroilitis en Imagen y
 ≥ 1 ctca de EsP

O

HLA-B27 y
 ≥ 2 otras ctcas de EsP

Artritis o entesitis o dactilitis
y

Características de EsP

- dolor lumbar inflamatorio
- artritis
- entesitis (talón)
- uveítis
- dactilitis
- psoriasis
- enf. Crohn/colitis ulcerosa
- buena respuesta a AINEs
- historia familiar de SpA
- HLA-B27
- PCR elevada

≥ 1 característica de EsP

- uveítis
- psoriasis
- enf. Crohn/colitis
- infección previa
- HLA-B27
- sacroilitis en imagen

O

≥ 2 otras ctcas de EsP

- artritis
- entesitis
- dactilitis
- DLI (alguna vez)
- historia familiar de EsP

Sensitivity: 79.5%, Specificity: 83.3%; n=975



Mujer de 43 años con psoriasis y dolor en un dedo de la mano desde hace unas semanas



* Lesiones psoriásicas en placas



1. Es suficiente para diagnosticarla de artritis psoriásica
2. Le pido una HLA B 27 y si fuera positivo, entonces sí
3. Se trata de una artrosis de manos en una paciente con psoriasis, ya que es lo más probable
4. Le pido una Rx de sacroiliacas y un HLA-B 27, que es lo que necesitaré para su diagnóstico
5. Su diagnóstico dependerá de la PCR



1. Es suficiente para diagnosticarla de artritis psoriásica
2. Le pido una HLA B 27 y si fuera positivo, entonces sí
3. Se trata de una artrosis de manos en una paciente con psoriasis, ya que es lo más probable
4. Le pido una Rx de sacroiliacas y un HLA-B 27, que es lo que necesitaré para su diagnóstico
5. Su diagnóstico dependerá de la PCR

Criterios ASAS de Clasificación para la Espondiloartritis (EsP)



RAP
2018

En pacientes con dolor lumbar ≥ 3 meses y edad al inicio < 45 años

En pacientes SÓLO con síntomas periféricos

Sacroilitis en Imagen y ≥ 1 ctca de EsP

O

HLA-B27 y ≥ 2 otras ctcas de EsP

Artritis o entesitis o dactilitis y

Características de EsP

- dolor lumbar inflamatorio
- artritis
- entesitis (talón)
- uveítis
- dactilitis
- psoriasis
- enf. Crohn/colitis ulcerosa
- buena respuesta a AINEs
- historia familiar de SpA
- HLA-B27
- PCR elevada

≥ 1 característica de EsP

- uveítis
- psoriasis
- enf. Crohn/colitis
- infección previa
- HLA-B27
- sacroilitis en imagen

O

≥ 2 otras ctcas de EsP

- artritis
- entesitis
- dactilitis
- DLI (alguna vez)
- historia familiar de EsP

Sensitivity: 79.5%, Specificity: 83.3%; n=975



Valoración Radiológica de Sacroilitis (1966)

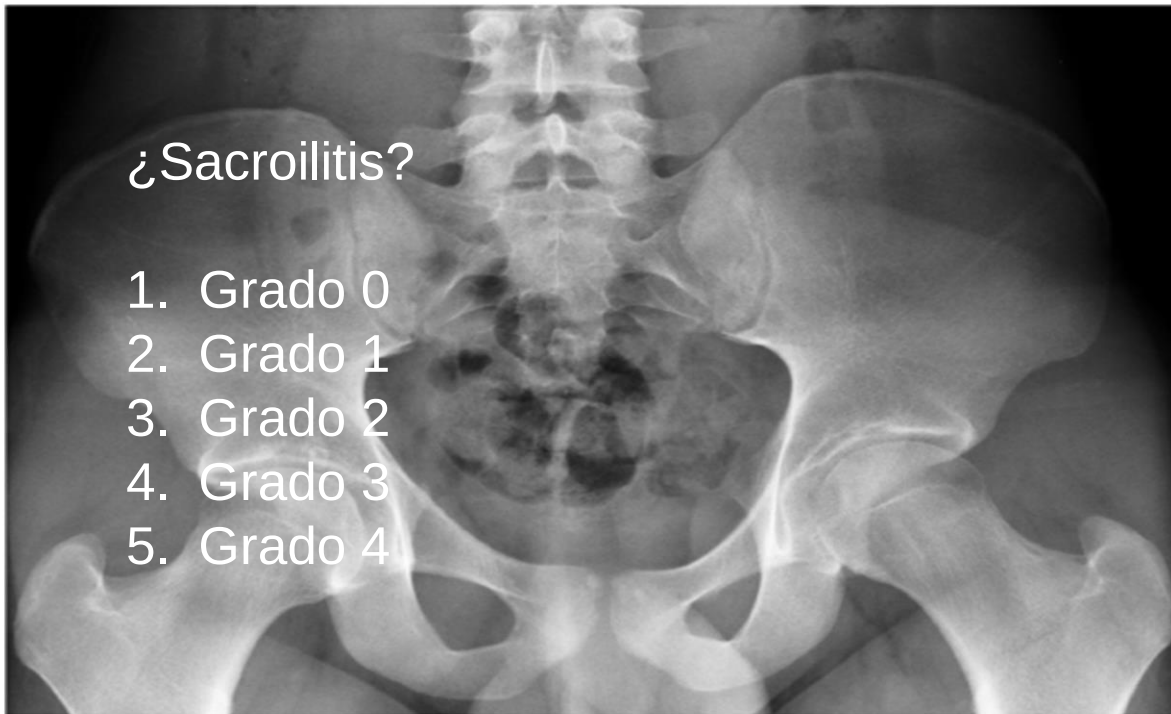
- **Grado 0** normal
- **Grado 1** cambios sospechosos
- **Grado 2** mínimos cambios – áreas pequeñas localizadas con erosión o esclerosis, sin alteración de la amplitud articular
- **Grado 3** alteraciones inequívocas – sacroilitis moderada o avanzada con uno o más de los siguientes: erosiones, esclerosis, ensanchamiento, estrechamiento o anquilosis parcial
- **Grado 4** alteraciones graves – anquilosis total





¿Sacroilitis?

1. Grado 0
2. Grado 1
3. Grado 2
4. Grado 3
5. Grado 4



Sacroilitis Grado 0 (Normal)







¿Sacroilitis?

1. Grado 0
2. Grado 1
3. Grado 2
4. Grado 3
5. Grado 4



Sacroilitis Grado 2 Derecha, Grado 1 Izquierda

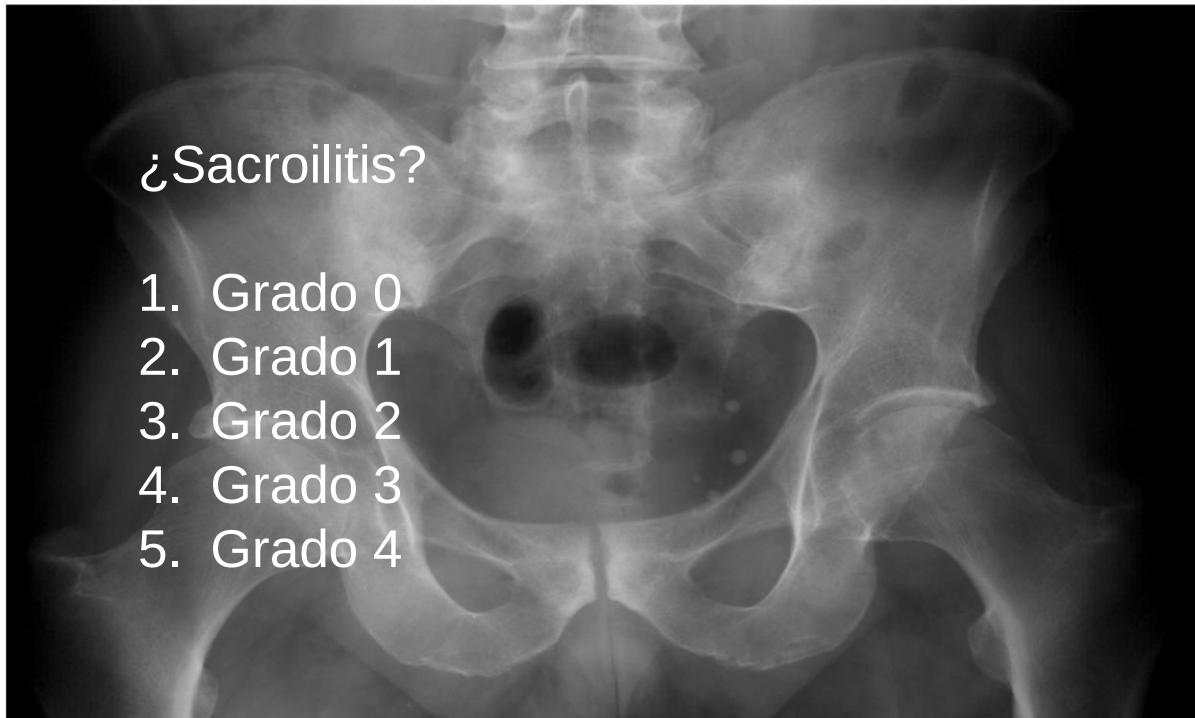






¿Sacroilitis?

1. Grado 0
2. Grado 1
3. Grado 2
4. Grado 3
5. Grado 4



Sacroilitis Grado 3 Bilateral







¿Sacroilitis?

1. Grado 0
2. Grado 1
3. Grado 2
4. Grado 3
5. Grado 4

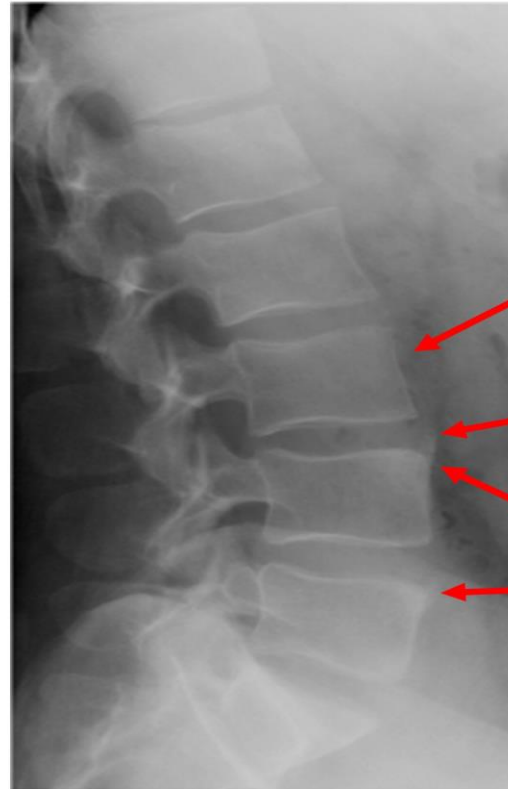


Sacroilitis Grado 4 Bilateral



Cambios Rx Típicos en Columna en Espondilitis Anquilosante

**Varón de 37 años
y EA de 5 años**



Cuadratura

Sindesmofito

**Lesión de Romanus
"ángulo brillante"**

Paciente con EA sin Flexibilidad de la Columna Lumbar a la Flexión Anterior (Espalda plana)



RAP
2018



Entesitis (Inserción del Tendón de Aquiles en el Calcáneo) Talón Derecho



RAP
2018



Dolor Lumbar Inflamatorio (DLI) Según Diferentes Criterios



RAP
2018

Calin et al.¹

- edad al inicio < 40 años
- duración dolor lumbar > 3 meses
- inicio insidioso
- rigidez matutina
- mejoría tras el ejercicio

**DLI si 4 / 5 están
presentes.**

Rudwaleit et al.²

- rigidez matutina > 30 min
- mejoría con el ejercicio, no con el reposo
- despertarse en la 2ª mitad de la noche por el dolor
- dolor en nalgas alternante

**DLI si 2 / 4 están
presentes.**

Expertos DLI (ASAS)³

- edad al inicio < 40 años
- inicio insidioso
- mejoría con el ejercicio
- no mejoría con el reposo
- dolor nocturno
(con mejoría al levantarse)

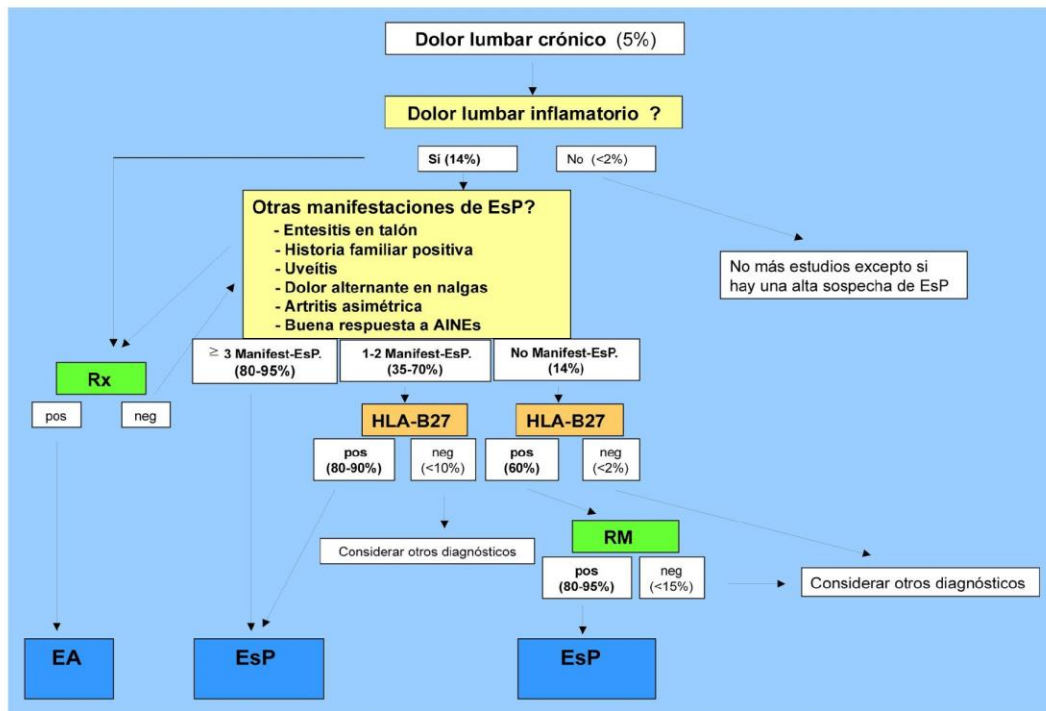
**DLI si 4 / 5 están
presentes.**

1 Calin A et al. JAMA 1977;237:261; 2 Rudwaleit M et al. Arthritis Rheum 2006;54:569-78;
3 Sieper J et al. Ann Rheum Dis. 2009;68:784-788

Algoritmo Diagnóstico de Espondiloartritis Axial:



RAP
2018

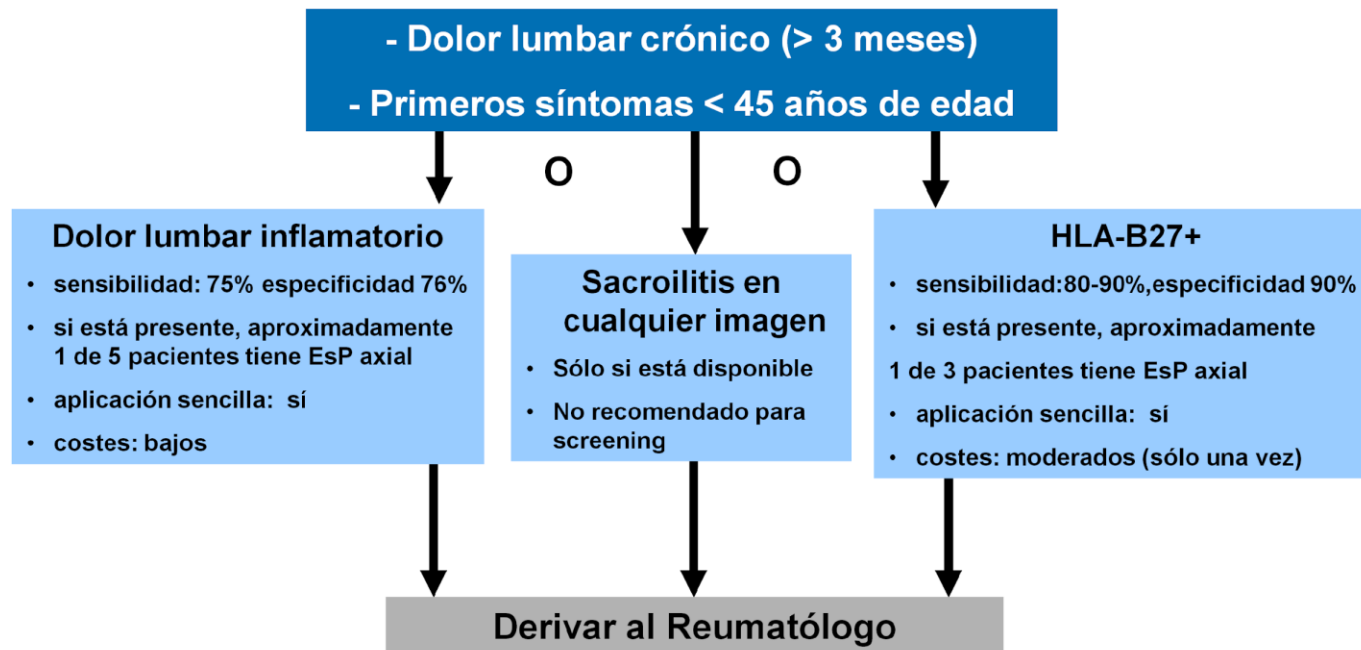


Los porcentajes indican la probabilidad de tener la enfermedad.

Posible Algoritmo de Cribado para EsP Axial en Pacientes con Dolor Lumbar Crónico

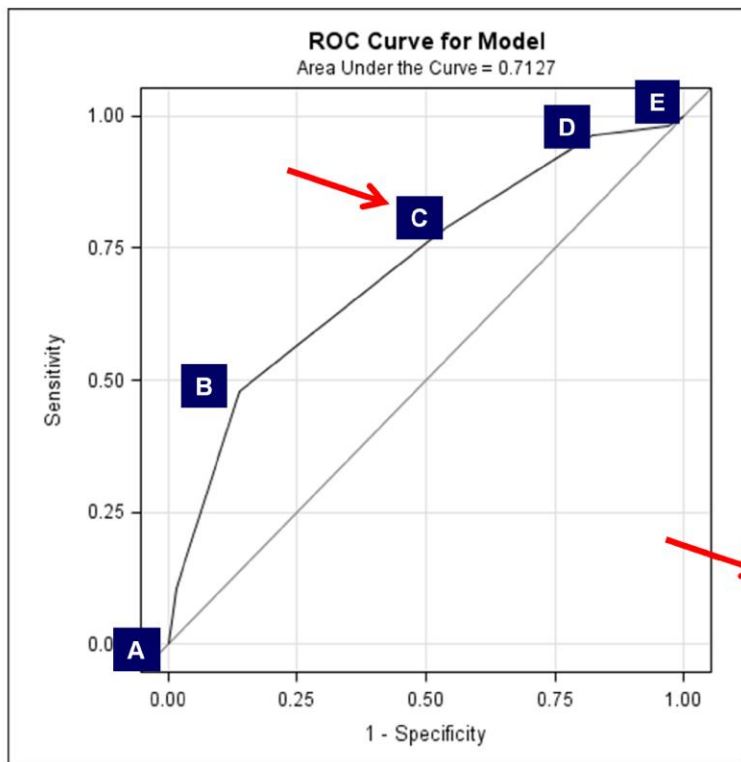


RAP
2018





Sensibilidad y especificidad para combinaciones de criterios clínicos para identificar EsP axial en atención primaria



Números de pacientes en base al diagnóstico del reumatólogo: EsP axial (n=113) vs. Dolor lumbar sin EsP (n=209)

Criterios para reconocer EsP axial

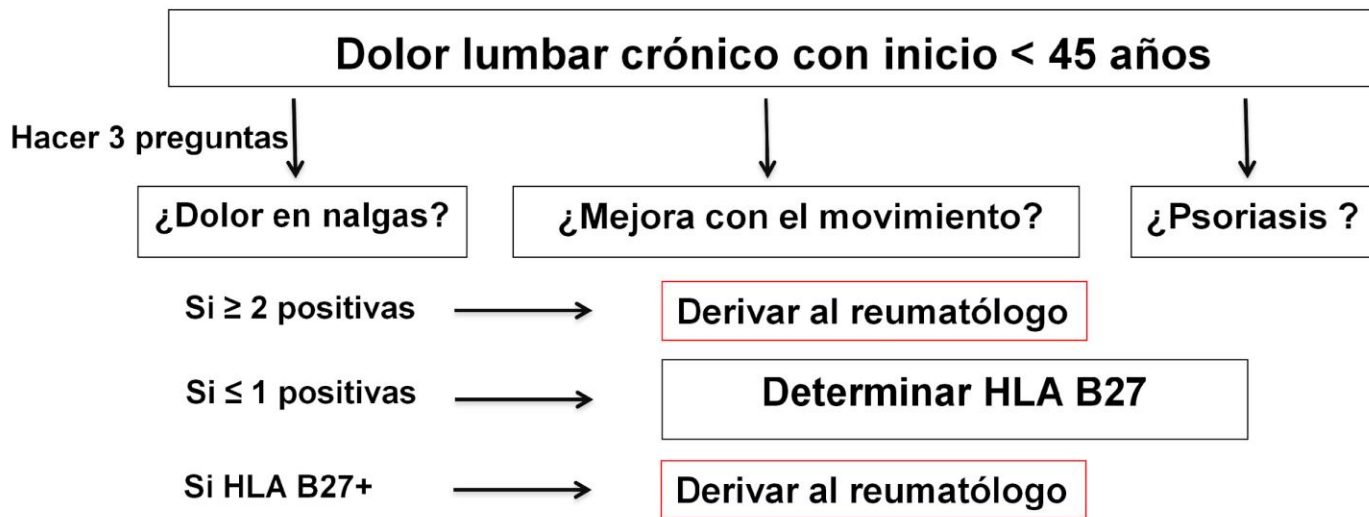
- edad al inicio ≤ 35 años
- despertarse en la segunda mitad de la noche
- dolor alternante en nalgas
- mejoría con el movimiento, no con el reposo
- mejoría con AINE en 48 horas

	Sensibilidad	Especificidad
A = 5 criterios	11%	96%
B ≥ 4 criterios	48%	86%
C ≥ 3 criterios	79%	46%
D ≥ 2 criterios	97%	18%
E ≥ 1 criterio	98%	3%

Tras la exclusión del HLA B27

Una posible estrategia de derivación de 2 fases

En atención primaria



Re-análisis y diseño de los datos del estudio
basado en la inclusión del HLA-B27

Sensibilidad 80.4%
Especificidad 75.4%

Recomendaciones ASAS para la derivación precoz de pacientes con sospecha de espondiloartritis axial



RAP
2018

Los pacientes con **dolor lumbar crónico (duración ≥ 3 meses)** e **inicio del dolor lumbar antes de los 45 años de edad** deberían derivarse al reumatólogo si al menos una de las siguientes características está presente:

- Dolor lumbar inflamatorio;
- HLA-B27 positivo;
- Sacroilitis en imagen si está disponible (radiografía o resonancia magnética);
- Manifestaciones periféricas (artritis, entesitis, dactilitis);
- Manifestaciones extra-articulares (psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal, uveítis);
- Antecedentes familiares de EsP;
- Buena respuesta a anti-inflamatorios no esteroideos;
- Reactantes de fase aguda elevados.

Paciente con EA con Enfermedad Avanzada y Contracturas en Flexión de Caderas y Rodillas



RAP
2018



• ¿Qué le pido?



RAP
2018

1. Lo que dependiendo de su resultado cambie algo
2. Lo que pueda ayudar al reumatólogo, agilizar la valoración...
3. ¿Qué le pregunto? ¿Qué le exploro?

- Caso clínico



Paciente de 28 años con lumbalgia inflamatoria desde hace 1 año. ¿Qué información es más relevante?

1. Pedirle un TC lumbar
2. Pedirle una ecografía lumbar
3. Le pido una HLA B 27, una RM de sacroiliacas, un TC torácico y una DXA. Porque cuanto más datos tengamos... mejor. Además de una anamnesis completa que incluya historial de vacunaciones y viajes tropicales
4. Saber si tiene psoriasis, artritis o dactilitis. Le pido una As con PCR y prescribo AINEs para ver respuesta
5. Le pido un HLA B 27 y una Rx de sacroiliacas
6. Las 2 últimas podrían ser válidas

- Caso clínico



Paciente de 28 años con lumbalgia inflamatoria desde hace 1 año. ¿Qué información es más relevante?

1. Pedirle un TC lumbar
2. Pedirle una ecografía lumbar
3. Le pido una HLA B 27, una RM de sacroiliacas, un TC torácico y una DXA. Porque cuanto más datos tengamos... mejor. Además de una anamnesis completa que incluya historial de vacunaciones y viajes tropicales
4. Saber si tiene psoriasis, artritis o dactilitis. Le pido una As con PCR y prescribo AINEs para ver respuesta
5. Le pido un HLA B 27 y una Rx de sacroiliacas
6. Las 2 últimas podrían ser válidas

¿Cuál es el Riesgo de Tener Espondilitis Anquilosante si Algún Familiar Tiene la Enfermedad?



RAP
2018

- El riesgo de desarrollar EA en los familiares de primer grado de un paciente con EA es del 8%.
- En familiares de segundo y tercer grado, el riesgo es mucho menor ($\leq 1\%$).
- En familiares de primer grado B27-positivos, el riesgo es del 12%, mientras que en los familiares B27-negativos, el riesgo es muy bajo ($\leq 1\%$).

¿Cuál es el Papel del HLA-B27 en la Herencia de la Espondilitis Anquilosante?



RAP
2018

- Sólo aprox. el 5% de los individuos HLA-B27 positivos desarrollan EA.
- La EA raramente ocurre en familias no asociadas al HLA-B27, o en miembros B27-negativos de familias con EA.¹
- Los estudios familiares y en gemelos sugieren que aprox. la mitad del riesgo de desarrollar EA es debida al HLA-B27.^{1,2}
- Por tanto, el B27 es esencial en la herencia de la EA, pero otros genes determinan qué individuos B27-positivos desarrollan la enfermedad.

1. Laval SH, et al. Am J Hum Genet 2001;68:918-26
2. Brown MA, et al. Arthritis Rheum 1997;40:1823-8

Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI)



RAP
2018

Ítems para ser evaluados por el paciente:

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

Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index = BASFI (1)



RAP
2018

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.

Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index = BASFI (2)



RAP
2018

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 sólo el cuello (sin girar el cuerpo).
9. Realizar actividades que supongan un esfuerzo físico, como ejercicios de rehabilitación, trabajos de jardinería o deportes.
10. Realizar actividades que requieran dedicación plena durante todo el día (en casa o en el trabajo).

El BASFI es el promedio de las puntuaciones de las 10 preguntas contestadas en escala ordinal.

Escala ordinal (NRS)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Fácil

De forma alternativa, también puede emplearse una EVA entre 0 y 10 cm o 0 y 100 mm. ASAS prefiere usar una escala ordinal.

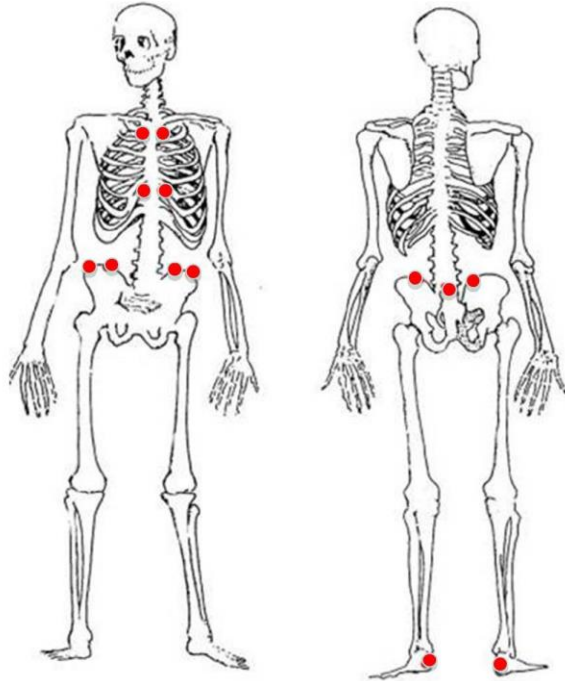
Imposible



MASES: Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score



RAP
2018



- 13 regiones
- Fácil de localizar
- Sin graduación
- Puntuación del 0 al 13

1ª Costocondral der/izq

7ª Costocondral der/izq

Espina ilíaca antero-superior der/izq

Cresta ilíaca der/izq

Espina ilíaca posterior-superior der/izq

Apófisis espinosa L5

Inserción prox. tendón de Aquiles der/izq



- Expansión torácica #
- Distancia occipucio-pared #
- Distancia trago-pared*
- Rotación cervical # *
- Flexión lateral de columna # *
- Schober modificado # *
- Distancia intermaleolar*
- BASMI #

incluido en las medidas de desenlace ASAS

* Incluido en BASMI



Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI)



RAP
2018

Recogida de 5 medidas clínicas que reflejan la movilidad de columna:

- ❶ Flexión lateral de columna,
- ❷ Distancia trago-pared,
- ❸ Flexión lumbar (Schober modificado),
- ❹ Distancia intermaleolar máxima,
- ❺ Ángulo de rotación cervical.

Se han publicado tres definiciones diferentes :

- 1) la definición de 2 fases (Jenkinson TR et al., J Rheumatol 1994;21:1694-1698)
- 2) la definición de 10 fases (Jones SD et al., J Rheumatol. 1995;22:1609)
- 3) la definición lineal (van der Heijde D et al., Ann Rheum Dis 2008;67:489–493)

ASAS recomienda la definición de 10 fases o la lineal.



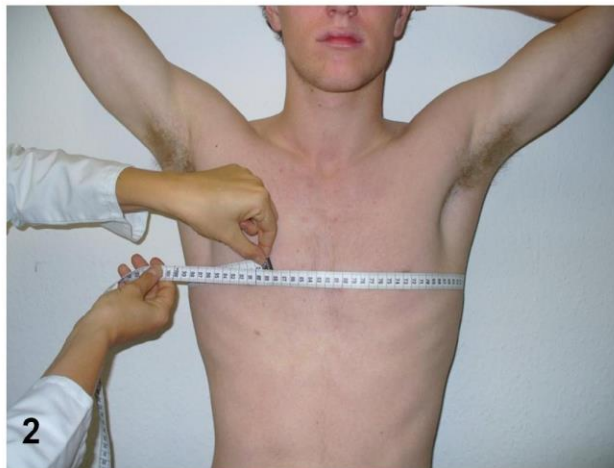
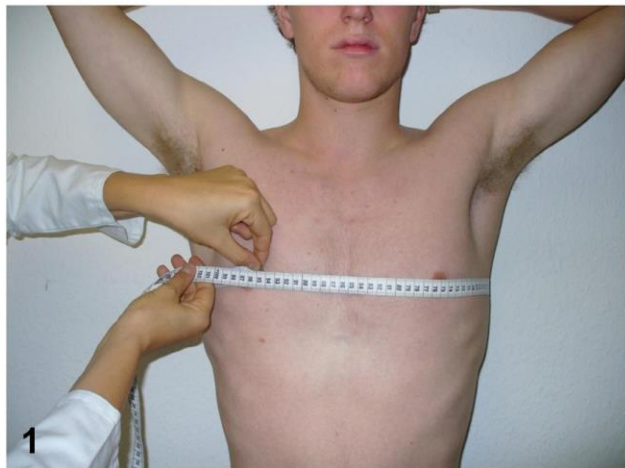
BASMI – Definición de 2 fases

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

La puntuación del BASMI es la suma de las puntuaciones de los 5 componentes, con un rango de 0 a 10

Movilidad Espinal-Expansión Torácica

RAP
2018



- Manos descansando o detrás de la cabeza.
- Medir a nivel anterior del 4° espacio intercostal.
- Se registra la diferencia entre la inspiración máxima (1) y espiración (2) en cm (ej. 4.3 cm).
- Seleccionar el mejor de dos intentos.

Movilidad Espinal – Schober Modificado



RAP
2018



- Paciente de pie.
- Marcar en la línea imaginaria que conecta ambas espinas ilíacas postero-superiores (cerca de los hoyuelos de Venus) (1).
- Hacer una segunda marca 10 cm arriba (2).
- Con el paciente en inclinación máxima hacia delante, medir la diferencia entre las dos marcas (3)
- Anotar el incremento (en cm, incluyendo decimales).
- Se selecciona el mejor de dos intentos.

ASAS handbook, Ann Rheum Dis 2009; 68 (Suppl II) (con autorización)



Movilidad Espinal – Flexión Lateral



- Talones y espalda pegados a la pared. No flexionar las rodillas ni inclinarse hacia delante.
- Hacer una marca en el muslo (1), inclinarse hacia ese lado sin doblar las rodillas ni levantar los talones (2), y sin mover los hombros o caderas, hacer una segunda marca y anotar la diferencia con la anterior (3).
- Se selecciona el mejor de dos intentos para izquierda y derecha por separado.
- Finalmente, se calcula la media entre lado izquierdo y derecho (en cm, incluyendo decimales).

Movilidad Espinal – Flexión Lateral (Medición Alternativa)



RAP
2018



- Talones y espalda pegados a la pared. No flexionar las rodillas ni inclinarse hacia delante.
- Medir la distancia entre la punta del tercer dedo y el suelo antes y después de inclinarse hacia ese lado (2), y anotar la diferencia.
- Se selecciona el mejor de dos intentos para izquierda y derecha por separado.
- Se calcula la media entre lado izquierdo y derecho (en cm, incluyendo decimales).

ASAS handbook, Ann Rheum Dis 2009; 68 (Suppl II) (con autorización)



Movilidad Espinal – Occipucio-Pared (flecha negra) y Trago-Pared (flecha blanca)



RAP
2018



- Talones y espalda contra la pared
- Barbilla a la altura habitual
- Esfuerzo máximo para pegar la cabeza (occipucio) a la pared
- Seleccionar el mejor de dos intentos (en cm) para la distancia occipucio-pared y la media de izquierda y derecha para la distancia trago-pared.

Movilidad Espinal – Rotación Cervical



- Paciente sentado recto en la silla, barbilla a la altura habitual, manos sobre las rodillas.
- El examinador sitúa el goniómetro encima de la cabeza, alineado con la con la nariz (1).
- Se le pide al paciente que gire la cabeza todo lo que pueda a la izquierda, siguiéndolo con el goniómetro, y se anota el ángulo entre el plano sagital y el nuevo plano tras la rotación (2).
- Se repite una segunda vez, y se selecciona la mejor puntuación de las dos para el lado izquierdo.
- El procedimiento se repite en el lado derecho.
- Se anota la media en grados (0-90°) de ambos lados.

Distancia Intermaleolar



- Paciente en decúbito supino con las piernas separadas al máximo (A), las rodillas extendidas y los dedos de los pies mirando hacia arriba (método preferido).
- Otra forma es con el paciente de pie (B) y separando las piernas al máximo.
- Se mide la distancia entre los maleolos mediales.



Patología articular (inflamación articular periférica, vertebral o de las entesis) y:

- Psoriasis: Actual: 2 puntos, Historia propia: 1 punto, Historia familiar (1º o 2º grado): 1 punto.
 - Distrofia ungueal: 1 punto.
 - Factor Reumatoide negativo: 1 punto.
 - Dactilitis: Actual: 1 punto, Historia: (por reumatólogo) 1 punto.
 - Radiografías (pie o mano) con formación de hueso nuevo yuxtaarticular (no osteofitos): 1 punto.
- Clasificación criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR 2006)
patología articular + ≥ 3 puntos del resto de categorías

Objetivos y Resultados de la Terapia en Espondilitis Anquilosante



RAP
2018

- **Signos y síntomas**

- actividad de la enfermedad
- dolor
- rigidez matutina
- fatiga

- **Función**

- movilidad espinal
- participación y actividad
- productividad

- **Daño estructural**

- cambios osteoproliferativos y osteodestructivos en el esqueleto axial, articulaciones periféricas y entesitis.

- **Calidad de vida**

- **Factores socioeconómicos**

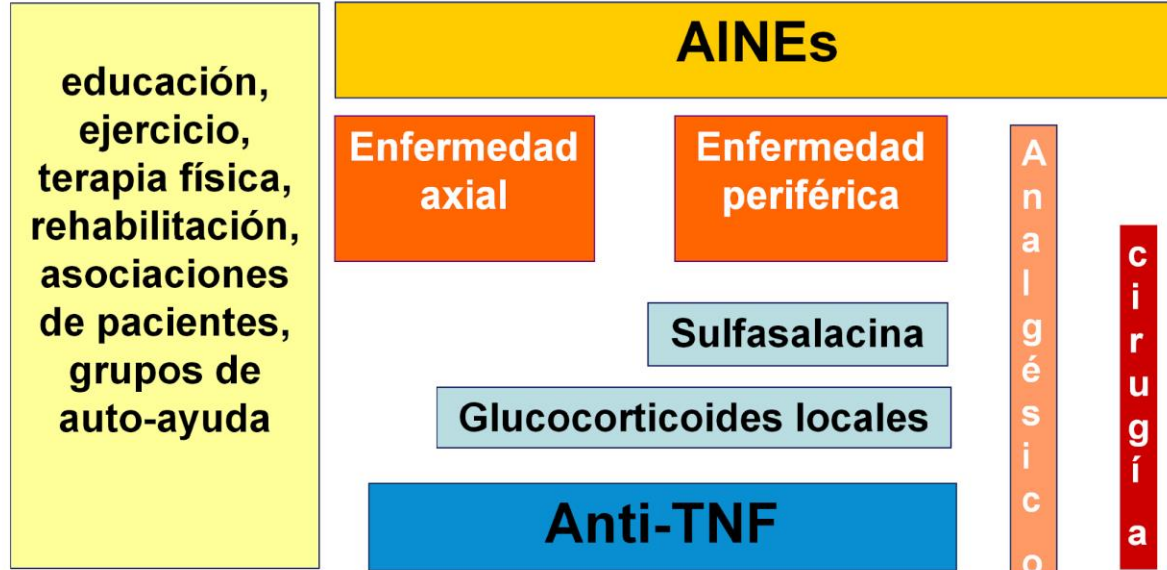
- trabajo remunerado, baja por enfermedad, asistencia y absentismo, jubilación.



Recomendaciones ASAS/EULAR para el Tratamiento de la Espondilitis Anquilosante



RAP
2018



MUCHAS GRACIAS



Recomendaciones ASAS/EULAR para el Manejo de EA: Principios Globales



RAP
2018

1. La EA es una enfermedad potencialmente grave con diversas manifestaciones que generalmente requieren tratamiento multidisciplinar coordinado por el reumatólogo.
2. El objetivo principal del tratamiento del paciente con EA es maximizar la calidad de vida relacionada con la salud a largo plazo mediante el control de los síntomas y la inflamación, la prevención del daño estructural progresivo y la normalización/mantenimiento de la función y participación social .
3. El tratamiento de la EA debería aspirar a la mejor atención y debe basarse en una decisión compartida entre el paciente y el reumatólogo.
4. El manejo óptimo de pacientes con EA requiere una combinación de las modalidades no farmacológica y farmacológica.

Recomendaciones ASAS/EULAR para el Tratamiento de la Espondilitis Anquilosante (1/11)



RAP
2018

1. El tratamiento de la EA debería adaptarse a:

- las manifestaciones actuales de la enfermedad (axial, periférica, entesítica, síntomas y signos extraarticulares).
- el nivel de síntomas actuales, hallazgos clínicos, indicadores pronósticos.
- el estado clínico general (edad, sexo, comorbilidad, medicación concomitante, factores psicosociales).



2. El seguimiento de la enfermedad en pacientes con EA debería incluir:

- historia clínica (ej. cuestionarios)
- parámetros clínicos
- pruebas de laboratorio
- imagen,

todo de acuerdo a la presentación clínica y al conjunto de medidas ASAS.

La frecuencia de la monitorización debería decidirse individualmente para cada paciente, dependiendo de los síntomas, gravedad y tratamiento.



3. La terapia no farmacológica

- La piedra angular de la terapia no farmacológica en pacientes con EA es la educación y el ejercicio regular.
- Los ejercicios en casa son eficaces. La terapia física con ejercicios supervisados, en agua o superficie, individual o en grupo, es más eficaz y se prefiere a los ejercicios en casa.
- Las asociaciones de pacientes y grupos de autoayuda pueden ser útiles.



4. Manifestaciones extra-articulares y comorbilidades

- Las manifestaciones frecuentemente observadas, por ejemplo, psoriasis, uveítis y EII, deberían manejarse en colaboración con los respectivos especialistas.
- Los reumatólogos deberían ser conscientes del aumento de riesgo de enfermedad cardiovascular y osteoporosis.



5. Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)

- Los AINE, incluyendo Coxibs, están recomendados como fármacos de primera línea en pacientes con EA con dolor y rigidez.
- El tratamiento continuo con AINE se prefiere en pacientes con enfermedad sintomática persistentemente activa.
- Los riesgos cardiovascular, gastrointestinal y renal deberían tenerse en cuenta a la hora de prescribir AINE.



6. Analgésicos

- Los analgésicos, tales como paracetamol y opioides, pueden considerarse para el control del dolor residual tras el fallo, contraindicación y/o falta de tolerancia de los tratamientos previamente recomendados.



7. Glucocorticoides

- Puede considerarse la infiltración local de glucocorticoides en el sitio de inflamación músculo-esquelética.
- No existe evidencia para el empleo de corticoides sistémicos en la enfermedad axial.



8. Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad

- No existe evidencia para utilizar FAME en el tratamiento de la enfermedad axial, incluidos sulfasalacina y metotrexato.
- La sulfasalacina puede considerarse en pacientes con artritis periférica.



9. Terapia anti-TNF

- La terapia anti-TNF debería administrarse a pacientes con elevada actividad de la enfermedad de forma persistente y fallo a otros tratamientos, según las recomendaciones ASAS.
- En pacientes con enfermedad axial, no hay evidencia para el empleo obligado de FAME antes de o concomitante con la terapia anti-TNF.
- No hay evidencia para respaldar diferencias en eficacia de los diferentes inhibidores del TNF en las manifestaciones axial y articular/entesítica de la enfermedad, pero en presencia de EII, debe tenerse en cuenta una diferente eficacia gastrointestinal.
- El cambio a un segundo anti-TNF puede ser beneficioso, especialmente en pacientes con pérdida de respuesta.
- No hay evidencia para respaldar el uso de otros agentes biológicos diferentes a los inhibidores de TNF en EA.



10. Cirugía

- La artroplastia total de cadera debe considerarse en pacientes con evidencia radiográfica de afectación grave de cadera que tienen dolor refractario o incapacidad, independientemente de la edad.
- La osteotomía correctiva de columna puede considerarse en pacientes con deformidad incapacitante grave.
- En pacientes con EA y fractura aguda de columna debería consultarse con un cirujano de columna.



11. Cambios en el curso de la enfermedad

- Si ocurre un cambio significativo en el curso de la enfermedad, deberían considerarse otras causas diferentes a la inflamación tales como una fractura de columna y debería realizarse una evaluación apropiada incluyendo técnicas de imagen.

Recomendaciones ASAS Para el Uso de Agentes Anti-TNF en Pacientes con Espondiloartritis Axial



RAP
2018

Diagnóstico: cumplimiento de los criterios de Nueva York mod. para EA o los criterios ASAS para EsP axial

Manifestaciones de predominio axial



Fallo a tratamiento estándar:

- al menos 2 AINE más de 4 semanas (en total)
- si indicado, infiltración local de CTs
- normalmente, un ensayo terapéutico de un FAME, preferiblemente sulfasalazina (no obligatorio)



Manifestaciones de predominio periférico

Actividad enferm. elevada: BASDAI ≥ 4

y

Opinión experta a favor basada en los parámetros:

- PCR/VSG elevada
- RM positiva
- Progresión radiológica
- Examen clínico

Recomendaciones EULAR para el Manejo de Artritis Psoriásica: Principios Globales



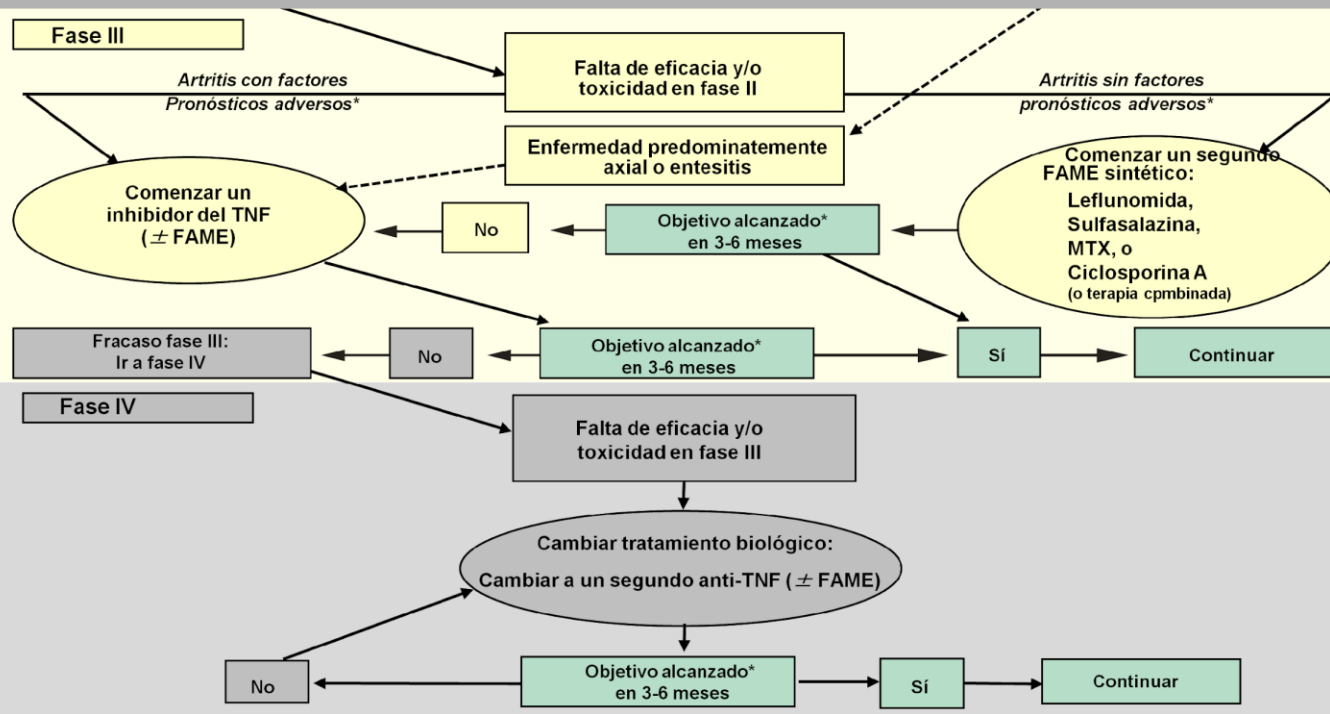
RAP
2018

- A. La artritis psoriásica es una enfermedad heterogénea y potencialmente grave que puede requerir tratamiento multidisciplinar.
- B. El tratamiento de los pacientes con artritis psoriásica debería aspirar al mejor cuidado y debe estar basado en una decisión compartida entre el paciente y el reumatólogo.
- C. Los reumatólogos son los especialistas que deberían cuidar principalmente de las manifestaciones musculoesqueléticas de los pacientes con artritis psoriásica. En presencia de afectación cutánea clínicamente significativa, un reumatólogo y un dermatólogo deberían colaborar en el diagnóstico y manejo.
- D. El objetivo principal de tratar pacientes con artritis psoriásica es maximizar la calidad de vida relacionada con la salud a largo plazo mediante el control de síntomas, la prevención del daño estructural progresivo y la normalización/mantenimiento de la función y participación social. La abolición de la inflamación, cuya meta es la remisión, es un componente importante para alcanzar estos objetivos.
- E. Los pacientes deberían monitorizarse con frecuencia y el tratamiento debería ajustarse de manera apropiada.

Recomendaciones EULAR para el Manejo de Artritis Psoriásica (2/2)*



RAP
2018



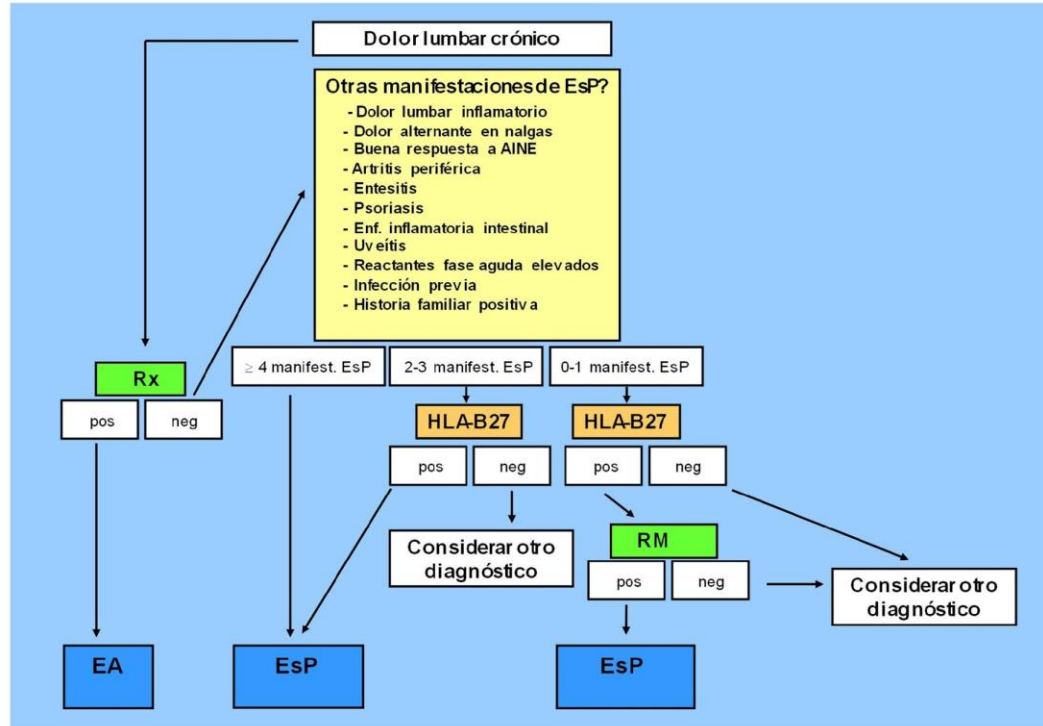
* Para información detallada, consultar texto completo



Modificación ASAS del Algoritmo de Berlín* para Diagnosticar Espondiloartritis Axial:



RAP
2018



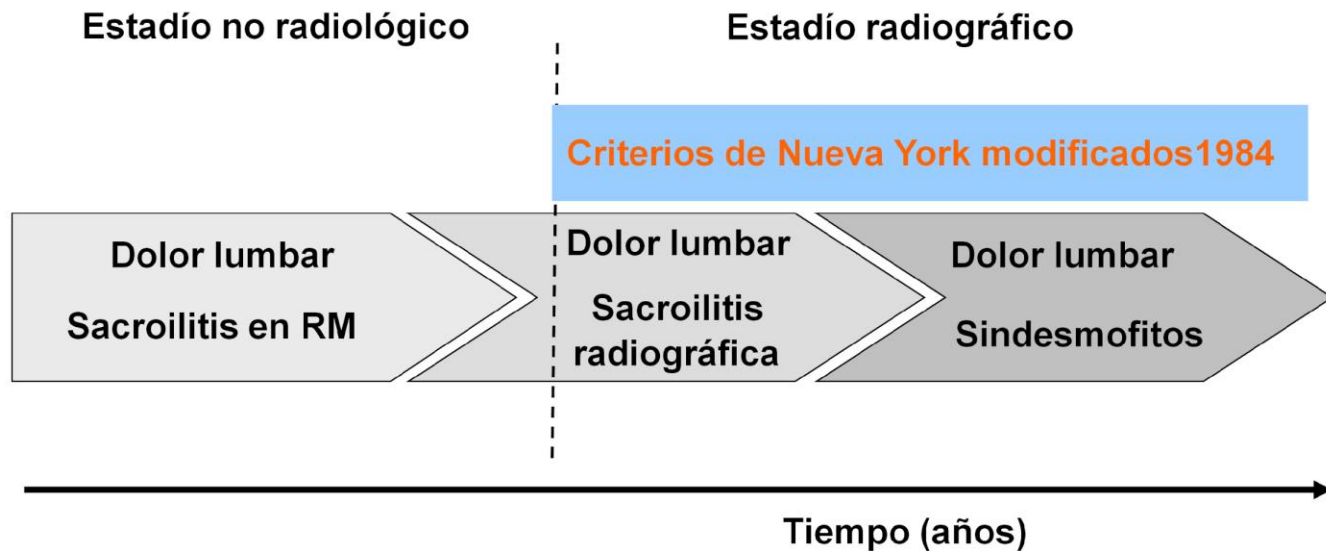
Adaptado de: van den Berg R et al. Ann Rheum Dis 2013;72:1646-53 (con autorización)

*Rudwaleit M et al. Ann Rheum Dis 2004;63:535-43



Espondiloartritis Axial

RAP
2018



¿Cómo Contribuye el HLA-B27 a la Susceptibilidad para Espondilitis Anquilosante?



RAP
2018

Hipótesis canónicas:

- La hipótesis de “autoinmunidad” del péptido artrítico
 - la enfermedad se produce como resultado de la habilidad del HLA-B27 para unirse a un único péptido o a un conjunto de péptidos antigénicos.
- La hipótesis de “inmunodeficiencia”
 - HLA-B27 es menos capaz de eliminar infecciones, produciendo la estimulación inmune crónica

Hipótesis no canónicas:

- Formación del homodímero HLA-B27
 - Dependiente del residuo Cys67 (único para HLA-B27) en el dominio extracelular alfa 1.
 - Las cadenas pesadas HLA-B27 se pliegan de forma anómala en el retículo endoplásmico (RE) y desencadenan la respuesta proinflamatoria de proteínas no plegadas.
 - Los homodímeros HLA-B27 se expresan en la superficie celular y son ligandos para varios receptores de superficie de células natural Killer y otras células relacionadas.
- HLA-B27 como un autoantígeno
 - Presentado por HLA-clase II (DR, DQ y DP) a los linfocitos T CD4 positivos



El Papel de los Genes en la Espondilitis Anquilosante



RAP
2018

- Los estudios en gemelos muestran concordancia para EA > 90%.¹
 - Casi todo el riesgo de desarrollar EA está determinado por los genes.
 - El desencadenante ambiental en la mayoría de EA parece ser algo muy común.
- La gravedad de la EA, incluido el grado de anquilosis, está principalmente determinada por los genes.²
 - La capacidad de heredar la gravedad radiológica es del 62%.

1. Brown MA et al. Arthritis Rheum 1997;40:1823-8

2. Brophy S et al. J Rheumatol 2004;31:1775-8

