



Espondiloartritis

M.C. Castro Villegas^{a,b} y E. Collantes Estévez^{a,c}

^aServicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España. ^bInstituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Córdoba. España. ^cDepartamento de Medicina. Universidad de Córdoba. Córdoba. España.

Palabras Clave:

- Espondiloartritis
- Artritis psoriásica
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Artritis reactiva
- Artritis idiopática juvenil
- Espondiloartritis anquilosante
- Anti-TNF-alfa

Keywords:

- Spondyloarthritis
- Psoriatic arthritis
- Arthritis of inflammatory bowel disease
- Reactive arthritis
- Juvenile idiopathic arthritis
- Ankylosing spondylitis
- Blocking tumor necrosis factor alpha

Resumen

Como espondiloartritis se conoce a un grupo de enfermedades relacionadas pero con diferente expresión clínica: artritis psoriásica, artritis de la enfermedad inflamatoria intestinal, artritis reactiva, un subgrupo de artritis idiopática juvenil y espondiloartritis anquilosante (la prototípica y mejor estudiada). En los últimos 5 años se han producido importantes avances en varias áreas que ayudan a un mejor reconocimiento de las espondiloartritis como entidad nosológica y su clasificación. Una mejor comprensión de los mecanismos fisiopatológicos y genéticos relacionados con la inflamación y daño estructural. Además, nuevos resultados clínicos y de imagen están permitiendo una mejor evaluación de las distintas opciones terapéuticas. Entre ellas siguen destacando las terapias biológicas, muy especialmente los bloqueadores del factor de necrosis tumoral (TNF) alfa, como el gran avance terapéutico, sin embargo el papel exacto de la fisioterapia, el tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos y otros tratamientos biológicos siguen sin ser íntimamente conocidos.

Los principales desafíos con aplicación directa a la práctica clínica para la próxima década son el desarrollo de herramientas para el diagnóstico precoz, de terapéuticas capaces de modular (o inhibir) la progresión del daño estructural y de inducir remisiones a largo plazo, sin tratamiento.

Abstract

Spondyloarthritis

Spondyloarthritis is a group of diseases related but different clinical expression: psoriatic arthritis, arthritis of inflammatory bowel disease, reactive arthritis, a subgroup of juvenile idiopathic arthritis and ankylosing spondylitis (the prototypic and best studied). In the last five years there have been significant advances in several areas to help better recognition of spondyloarthritis as a clinical entity and its classification. A better understanding of the pathophysiological mechanisms and genetic factors related to inflammation and structural damage. In addition, new clinical and imaging results are allowing a better assessment of treatment options. These continue to highlight biological therapies, especially the blocking tumor necrosis factor alpha and therapeutic breakthrough, however the exact role of physiotherapy, treatment with NSAIDs and other biological treatments are still not known intimately.

The main challenges with direct application to clinical practice for the next decade are the development of tools for early diagnosis of treatment can modulate (or inhibit) the progression of structural damage and induce long-term remissions without treatment.

Concepto actual

Tradicionalmente, el término espondiloartropatía o espondiloartritis (EsA) se refiere a un concepto que representa a una familia de enfermedades heterogéneas e interrelacionadas que comparten manifestaciones clínicas distintivas¹. Entre ellas se encuentran la agregación familiar, la asociación con el HLA-B27, un patrón típico de artritis periférica y sacroilitis (SI). Además, los pacientes pueden presentar manifestaciones cutáneas (balanitis circinada, queratodermia blenorragica y eritema nodoso), oftalmológicas (uveítis anterior y conjuntivitis), cardiopulmonares (fibrosis apical, alteraciones valvulares y de la conducción), gastrointestinales (inflamación de la mucosa digestiva) y renales (nefropatía por depósito de amiloide, IgA o por uso de antiinflamatorios no esteroideos [AINE]). Actualmente se utiliza casi exclusivamente el término EsA (por hacer alusión a la afectación inflamatoria axial y la artritis periférica) para designar genéricamente a cualquiera de las enfermedades que componen el grupo de las espondiloartropatías (EsA), y que incluyen actualmente: a) espondilitis anquilosante (EA) considerada el prototipo de las EsA; b) artritis reactiva (ARe) (el término síndrome de Reiter ha caído justificadamente en desuso); c) artritis psoriásica (APs) (conceptualmente sería preferible referirse a EsA psoriásica [EsAPs] dado que no todas las APs pueden ser clasificadas como EsA); d) artritis de las enfermedades inflamatorias intestinales crónicas (EsAEII); e) artritis crónica juvenil (EsAJ) y f) EsA indiferenciadas (EsAInd). Este último grupo se refiere a formas de EsA con características clínicas y radiológicas, pero que no cumplen los criterios diagnósticos de ninguna de las entidades anteriores², aunque recientemente se está revisando la idoneidad de este último término. Las formas más frecuentes son la EA y la EsAInd. Todas las EsA pueden progresar a EA.

Formas clínicas

En los últimos años se ha producido un considerable progreso en el diagnóstico y tratamiento de las EsA, y estamos asistiendo a cambios en la definición de la enfermedad, debido a que disponemos de herramientas diagnósticas para realizar el diagnóstico en estadios precoces, momento en el que podríamos ser capaces de controlar el proceso inflamatorio y mejorar la calidad de vida del paciente. Recientemente, el grupo ASAS (*Assessment of Spondyloarthritis International Society*) ha propuesto dividir a los pacientes con EsA en 2 subgrupos de acuerdo con la forma de presentación clínica: *EsA predominantemente axial* (que incluiría a la EA y a las formas iniciales, actualmente denominadas EsA axial no radiográfica) y *EsA predominantemente periférica* (incluye la ARe, la APs, la EsAEII y la EsAInd³).

El concepto actual de las EsA es integral y supone un proceso común de enfermar, esta visión integradora de las EsA conlleva también un tratamiento integral en el que, por encima del diagnóstico de una enfermedad concreta, prima la identificación de la forma predominante de expresión de la EsA (axial, periférica o entesítica) y de la presen-

cia o no de manifestaciones extraarticulares (oculares, intestinales, dérmicas). Estamos asistiendo, pues, a una revisión y un cambio en el concepto y el abordaje de este grupo de enfermedades, derivado de un mejor conocimiento de la enfermedad.

Un nuevo concepto: espondiloartropatía prerradiológica

Recientemente se ha acuñado el término de *espondiloartropatía axial prerradiográfica o espondiloartritis axial/periférica no radiográfica* que se refiere a pacientes con EsA predominantemente axial, en los que no se detecta daño estructural radiográfico en las articulaciones sacroilíacas y que, por tanto, no podrían ser diagnosticados de EA⁴ aunque clínicamente son indistinguibles de ellos (generalmente son formas precoces). Los pacientes con EsA en estadio prerradiológico y radiológico representan una única enfermedad en distintos estadios evolutivos, ya que el término EA implica un evidente daño estructural que supone que la anquilosis ya se ha producido, este término no puede ser aplicado a todos los pacientes con EsA de larga evolución⁵.

Considerando el espectro completo de los pacientes, el término de EsA axial parece preferible, ya que define la afectación predominante de sacroilíacas y columna, pero no implica la presencia de cambios radiológicos o anquilosis. El término EA debe reservarse para pacientes que cumplan criterios radiológicos de anquilosis. Además, la aplicación reciente de técnicas de resonancia magnética (RM) ha evidenciado que la ausencia de cambios radiológicos al inicio de la enfermedad no implica que no haya cambios inflamatorios en sacroilíacas y/o columna. El hecho de tener o no SI radiológica no determina el impacto de la enfermedad en los primeros estadios, es decir, el hecho de no tener manifestaciones radiológicas no implica menor gravedad de la enfermedad. Por tanto, la EsA axial debe considerarse la misma entidad que la EA, independientemente de la ausencia o presencia de SI.

Epidemiología

La prevalencia de las EsA no está definitivamente establecida, debido a que hasta hace relativamente poco tiempo no se les ha prestado la misma atención que a otras enfermedades reumáticas como la artritis reumatoide o la osteoporosis. El problema principal del estudio epidemiológico de las EsA ha sido la ausencia de criterios diagnósticos, ya que los criterios de clasificación presentan una alta especificidad, pero tienen baja sensibilidad, sobre todo en formas precoces o poco sintomáticas, lo cual supone una infraestimación de la incidencia y prevalencia de la enfermedad, sobre todo en enfermedades que no son frecuentes. La repercusión evidente de esta ausencia de definición es la dificultad para establecer comparaciones entre estudios.

Las EsA tienen una distribución universal, variando su prevalencia en función de la etnia, localización geográfica y, sobre todo, de la frecuencia del HLA-B27 en la población

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3808903>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3808903>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)