

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

# Espondiloartritis en el Hospital Pablo Tobón Uribe. Descripción de una cohorte

## Hospital Pablo Tobón Uribe-Spondyloarthropathies. A cohort description

Javier Márquez<sup>1</sup>, Luis F. Pinto<sup>1</sup>, Dora Liliana Candia<sup>2</sup>, Mauricio Restrepo<sup>3</sup>, Eliana Uribe<sup>4</sup>, Olga Rincón<sup>5</sup>, Beatriz Aristizabal<sup>5</sup>, Carlos J. Velásquez<sup>6</sup>

### Resumen

Las espondiloartritis comparten un contexto ambiental, genético y clínico.

**Objetivo.** Conocer y describir el comportamiento demográfico, clínico y radiológico de pacientes con espondiloartritis en el Hospital Pablo Tobón desde el 1 de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2008.

**Materiales y métodos.** Este es un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal. Se empleó estadística descriptiva para las variables demográficas, clínicas, radiológicas y los diversos tipos de tratamiento.

**Resultados.** 71 pacientes fueron identificados. Las características clínicas más importantes fueron: dolor lumbar inflamatorio en el 84% de los pacientes, entesopatía, 67%; artritis periférica, 64% y dolor glúteo alternante, 57%.

Las articulaciones comprometidas con mayor frecuencia fueron: sacroilíacas, 62%; tobillos, 32%; rodillas, 30%; tarso, 14%. El 64% presentó sacroilitis radiológica.

Las manifestaciones extraarticulares más frecuentes fueron: dactilitis, 22%; uveítis, 19%; compromiso renal, 5% y fibrosis pulmonar, 1%.

Los índices de actividad (BASDAI) fueron de 4.82 y la función (BASFI) de 4.

54% y 34% de los pacientes tenían eritrosedimentación y PCR elevada, respectivamente. El HLA B27 + en el 52%.

Los DMARDs (sulfasalazina y metotrexate) fueron los medicamentos más usados en el 68% de los casos. Le siguieron los AINES en el 52% y los medicamentos anti-TNF en el 42% de los pacientes (Infliximab 20%, adalimumab 16% y etanercept 6%).

**Conclusión.** Nuestros pacientes tenían una enfermedad activa y con limitación funcional. Se encontró un alto porcentaje de pacientes con espondiloartritis indiferenciada. La dactilitis fue la manifestación extraarticular más frecuente y el compromiso radiológico fue similar al descrito en la literatura.

**Palabras clave:** espondiloartritis, índices de actividad, dactilitis, entesitis.

1. Reumatólogo. Hospital Pablo Tobón, Medellín.  
2. Reumatóloga. Bogotá.  
3. Reumatólogo. Medellín.  
4. Médico General.  
5. Biología molecular, Hospital Pablo Tobón, Medellín.

6. Reumatólogo Clínica Universitaria Bolivariana. Hospital Pablo Tobón, Medellín.

Recibido: Mayo 2 de 2010  
Aceptado: Mayo 31 de 2010

## Summary

Spondyloarthropathies share a genetic, clinical and environmental context.

**Objective.** To describe demographic, clinical and radiological characteristics of spondyloarthropathies in a tertiary hospital.

**Methods.** Descriptive analysis of a 71 patients. Demographics, clinical, radiological and treatment modalities are shown.

**Results.** A total of 71 patients were identified. Low back pain 84%, entesopathy 67%, peripheral arthritis 64% and alternant buttock pain were often seen.

The most common joint involved were sacroiliac joints 62%, ankles 32%, knees 30%, tarsal joints 14%. Radiological sacroiliacs involvement 64%.

Dactylitis 22%, uveitis 19%, renal and pulmonary involvement were seen 5% and 1% respectively. Activity and functional indexes were (BASDAI) 4.82 and (BASFI) 4.

High ESR and PCR were seen 54% and 34%, while HLA B27+52%.

DMARDs (sulfasalazine and methotrexate) were used 68%. NSAIDs 52%. Anti-TNF blockers 42% (Infliximab 20%, adalimumab 16% and etanercept 6%).

**Conclusion.** Our patients shown an active disease. A high incidence of undifferentiated spondyloarthropathies was found. Dactylitis was the most common extraarticular manifestation and radiological findings were similar to previously reported in the literature.

**Key words:** spondyloarthropathies, activity indexes, dactylitis, enthesitis.

## Introducción

Las espondiloartritis son un grupo de enfermedades que comparten un contexto ambiental, genético y clínico<sup>1</sup>. En la última década se han presentado importantes avances con relación a su diagnóstico temprano y tratamiento eficaz<sup>2</sup>. El grupo ASAS ha realizado, a manera de consenso, una propuesta novedosa, modificando los criterios de clasificación diagnóstica y facilitando la identificación temprana de los pacientes con una alta sensibilidad y especificidad<sup>3</sup>.

La nueva propuesta incluye un diagnóstico basado en hallazgos por imágenes: sacroilitis demostrada por radiografía o por RM (resonancia magnética) más la presencia de una manifestación clínica. Otra forma basada en manifestaciones clínicas requiere:

La presencia de HLA B27 y dos hallazgos clínicos.

La sensibilidad de 82.9% y especificidad de 84.4% para estos nuevos son mucho mejores que los criterios del Grupo Europeo de Estudio de las Espondiloartropatías (ESSG por sus siglas en ingles, modificados para RM) que tienen una sensibilidad de 85.1%, una especificidad de 65.1%<sup>3</sup> y

son ligeramente mejores que los criterios modificados de AMOR (sensibilidad de 82.9%, especificidad de 77.5%)<sup>4</sup>.

La tecnología ha jugado también un papel importante identificando precozmente el compromiso articular; las imágenes obtenidas por resonancia magnética, especialmente con STIR, predicen el edema óseo como marcador temprano del proceso inflamatorio<sup>5</sup>.

Se ha logrado un nuevo dinamismo en la forma de evaluar de manera objetiva las espondiloartritis mediante instrumentos como el BASMI, el BASFI y el BASDAI, los cuales permiten conocer la evolución de la enfermedad al comparar estos resultados a través del tiempo y nos ayudan a tomar decisiones terapéuticas más acertadas<sup>6</sup>.

Entre los diversos subtipos de espondiloartritis llaman la atención entidades como la espondiloartritis indiferenciada, la cual es considerada una forma frustrada de la espondilitis anquilosante por algunos autores; o la interrelación que existe entre el aparato digestivo y la artritis, como ocurre en las espondiloartropatías asociadas a enfermedad inflamatoria intestinal o el papel que cumplen sensores de procesos infecciosos en la piel

como los receptores tipo toll en la artritis psoriásica<sup>7,8</sup>.

En nuestro país hay información limitada respecto a este grupo de enfermedades; sólo existe un estudio previo de Londoño y colaboradores<sup>9</sup>. Estos autores describieron un grupo de 139 pacientes con espondiloartritis en el Hospital Militar Central en Bogotá. El deseo de conocer el comportamiento de la enfermedad en nuestros pacientes con espondiloartropatías nos incentivó a realizar un estudio en el Hospital Pablo Tobón Uribe, en la ciudad de Medellín y en esta primera entrega analizaremos las características demográficas, clínicas y radiológicas.

### Objetivo

Conocer y describir el comportamiento demográfico, clínico y radiológico de pacientes con espondiloartritis en el Hospital Pablo Tobón Uribe de la ciudad de Medellín.

### Materiales y métodos

Se seleccionaron todos los pacientes mayores de 18 años con el diagnóstico de Espondiloartritis, de acuerdo a los criterios del Grupo Europeo de Estudio de las Espondiloartropatías, atendidos en la consulta externa o en el servicio de hospitalización desde el 1 de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2008.

Los pacientes fueron identificados en el departamento de informática, mediante los códigos diagnósticos (CIE) espondilitis anquilosante, artritis reactiva, espondilitis indiferenciada, artritis o artropatía psoriásica, espondilitis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal.

Previa aprobación del protocolo por el comité de ética de nuestra institución, se incluyeron todos los pacientes que se encontraran regularmente asistiendo a la consulta externa; se contactaron telefónicamente y se citaron en forma consecutiva.

### Evaluación clínica

Posterior a la firma del consentimiento informado, se realizó la evaluación clínica. Se consideraron las características demográficas de

nuestros pacientes, la distribución por edad, género, el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico, así como también el tiempo de evolución de la enfermedad. Se clasificaron los pacientes de acuerdo al tipo de espondiloartritis.

También se realizaron evaluaciones de la actividad de la enfermedad mediante el BASDAI y la parte funcional mediante el BASFI.

Se buscó clínicamente de manera intencionada la presencia de manifestaciones extraarticulares, dactilitis y sacroilitis y se cuantificó la presencia de entesitis por el índice de MASES.

### Laboratorios

Se evaluaron los reactantes de fase aguda PCR (valores mayores de 0.5 mg/dl) y velocidad de sedimentación globular (valores de VSG por técnica de Westergreen mayores de 25 mm/h en mujeres y mayores de 20 mm/h en hombres).

También se documentó la presencia de HLA B27.

### Evaluación radiológica

Se revisó el compromiso axial en radiografías simples AP de pelvis mediante la clasificación radiológica de New York<sup>10</sup>.

### Estadística

Este es un estudio de tipo descriptivo, observacional y de corte transversal. En su evaluación incluimos un aspecto retrospectivo y otro prospectivo. Se documentó la información en Microsoft Office Excel 2007 y ésta fue evaluada y depurada minuciosamente por un revisor externo (MR). Los análisis estadísticos se hicieron con el paquete SPSS (Statistical Program for Social Science) versión 14 para Windows. Se empleó estadística descriptiva para las variables demográficas, clínicas, radiológicas y los diversos tipos de tratamiento.

### Resultados

La población estudiada fue de 71 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

### Características demográficas

Las principales características demográficas se pueden observar en la Tabla 1. Con respecto al género, hubo predominio masculino: 45 (63%) fueron hombres y 26 (37%) mujeres; la edad promedio fue 42 años, el tiempo de evolución de la enfermedad en promedio fue de 5 años y desde el inicio de los síntomas hasta establecer el diagnóstico hubo un periodo de 5.7 años.

**Tabla 1. Datos demográficos. Espondiloartritis HPTU enero de 2005 a diciembre de 2008.**

Variable	N (%) o X ± DE
Hombres	45 (63.4)
Mujeres	26 (36.6)
Edad promedio	42.79 años ± 12.73
Tiempo de evolución	5 años ± 5.435
Inicio de síntomas hasta dx	5.761 ± 8.649
EA	31 (43.66%)
USpA	20 (29.6%)
PsA	13 (18.3%)
Are	4 (5.6%)
EII	3 (4.2%)

EA: espondilitis anquilosante; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; PsA: artritis psoriática; ARe: artritis reactiva.

### Tipo de espondiloartritis

La distribución de los pacientes con respecto al tipo de espondiloartritis fue de la siguiente manera: 31 (43%) espondilitis anquilosante, 20 (29%) espondiloartropatía indiferenciada, 13 (18%) artritis psoriática, 4 (5%) artritis reactiva y 3 (4%) espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal.

### Características clínicas

Las características clínicas más importantes fueron: dolor lumbar inflamatorio en 60 pacientes (84%), entesopatía en 47 (67%), artritis periférica en 46 (64%) y dolor glúteo alternante en 44 (57.7%). Las articulaciones comprometidas con mayor frecuencia fueron: sacroilíacas, 44 (62%); tobillos, 23 (32%); rodillas, 22 (30%); caderas, 8 (11%); hombros, 7 (10%) y codos (8%). El Índice de Mases en promedio fue de 4 (Tabla 2).

**Tabla 2. Características clínicas.**

Variable	N (%)
Dolor lumbar inflamatorio	60 (84.50%)
Dolor glúteo alternante	44 (57.7%)
Artritis periférica	46 (64.78%)
Entesopatía	47 (67%)
Índice de MASES	4 (0-13)

DLI: Dolor lumbar inflamatorio; DGA: dolor glúteo alternante; Rx: radiográfica.

La sacroilitis se pudo evidenciar clínicamente en el 63% de los pacientes y desde el punto de vista radiológico en el 64%; fue mayor el compromiso bilateral y el 80% de los pacientes se clasificaron grado II o III de New York.

Las manifestaciones extraarticulares más frecuentes fueron: dactilitis, 16 (22%); uveítis, 14 (19%); compromiso renal, 4 (5%) y fibrosis pulmonar, 1 (1%).

No se reportaron pacientes con compromiso cardíaco.

### Índices de la enfermedad

Fue medida mediante índices de actividad (BASDAI) y función (BASFI), obteniéndose valores promedio de 4.82 y 4.29 respectivamente, lo que representa pacientes con enfermedad activa y limitados funcionalmente.

### Laboratorios

La eritrosedimentación se encontraba elevada en el 54% de nuestros pacientes, mientras que la PCR alta se evidenció en el 34% y la anemia en el 15%.

El HLA B27 fue positivo en 13 (18%) de los pacientes; sin embargo, sólo la mitad de los pacientes tenían reportado este resultado en la historia clínica.

### Tipos de tratamiento

Los DMARDs fueron los medicamentos más utilizados en nuestros pacientes con espondiloartropatías en el 68% de los casos; la sulfasalazina fue ligeramente más frecuentemente usada que

el metotrexato. Le siguieron los AINES en el 52% y los medicamentos inhibidores del factor de necrosis tumoral (TFN) en el 42% de los pacientes. El infliximab fue el bloqueador de FNT más usado, en 14 pacientes (20%), seguido por adalimumab en 11 (16%) y etanercept en 4 (6%).

### Discusión

Con excepción del trabajo de Londoño et al.<sup>9</sup>, existe muy poca información acerca del comportamiento de las espondiloartritis en Colombia. Nuestro interés es demostrar que son enfermedades que revisten igual o mayor importancia que otras como la artritis reumatoide o el lupus. En esta investigación podemos ver cómo en un centro de tercer nivel como el Hospital Pablo Tobón existe una población significativa de pacientes con espondiloartritis y es nuestra responsabilidad como reumatólogos conocer las manifestaciones más comunes de nuestros pacientes y contrastarlas con las cohortes existentes<sup>11</sup>. De igual manera, debemos servir de apoyo a otras áreas médicas para la detección temprana de las SpA e instaurar un manejo temprano con la finalidad de prevenir secuelas y limitar la incapacidad laboral en la población vulnerable<sup>12</sup>.

Al igual que en el estudio de Londoño, el dolor lumbar inflamatorio fue la característica clínica más notoria en nuestra cohorte; sin embargo, el objetivo de ese trabajo era diferente: los autores estaban determinando los factores de mal pronóstico en la población estudiada, encontrando la edad al inicio de los síntomas, la duración del primer episodio de la enfermedad y la presencia de uveítis anterior como los responsables de una enfermedad más agresiva.

No cabe duda de que los esfuerzos de los grupos internacionales encargados de estudiar estas enfermedades están dando frutos; mediante sus publicaciones han facilitado el conocer y diagnosticar tempranamente las espondiloartritis, acercándonos al tiempo que transcurre en cohortes internacionales desde el inicio de los síntomas hasta el establecimiento del diagnóstico definitivo, periodo que en nuestros pacientes fue de 5 a 8 años<sup>13</sup>. Por otra parte, vale la pena resaltar el papel que juegan

las imágenes de resonancia magnética y están incluidas como uno de los pilares diagnósticos del grupo ASAS, aunque en los pacientes reportados en este trabajo no fueron incluidas porque no estaban disponibles en la gran mayoría de los pacientes<sup>14</sup>.

Es de llamar la atención en nuestra cohorte la presencia de dactilitis como la manifestación extraarticular más importante, incluso más frecuente que la uveítis. En nuestros enfermos encontramos una alta frecuencia de pacientes con espondiloartritis indiferenciada. Al igual que lo reportado en otros estudios, los reactantes de fase aguda sólo se encuentran elevados en aproximadamente la mitad de los pacientes con enfermedad activa; sin embargo, en este trabajo, contrario a lo reportado, la eritrosedimentación elevada fue un marcador de actividad más frecuente que la proteína C reactiva. Un grupo importante de nuestros pacientes presentaban enfermedad activa (BASDAI 4.82).

Por último, los DMARDs continúan siendo la piedra angular del manejo seguidos por los AINES y los bloqueadores del factor de necrosis tumoral<sup>15</sup>.

### Conclusión

Las espondiloartropatías son enfermedades a tener muy presentes en el diagnóstico diferencial del dolor lumbar inflamatorio en un hospital de tercer nivel en Antioquia. Es fundamental conocer el comportamiento de estas entidades para una detección temprana. Las espondiloartropatías indiferenciadas están ocupando un renglón muy importante dentro del espectro clínico de la enfermedad.

Conflicto de interés: ninguno.

### Referencias

1. Sieper J, Rudwaleit M, Khan, Barun J. Concepts and epidemiology of spondyloarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006;20:401-417.
2. Flores D, Márquez J, Garza M, Espiniza LR. Reactive arthritis: Newer developments. *Rheum Dis Clin North Am* 2003;29:37-59.
3. Rudwaleit M, Van der Heijde D, Landewe R, Listing J, Akkoc N, Valle Onate R, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part

- II): validation and final selection). *Ann Rheum* 2009;68(6):777-783.
4. Amor B, Dougados M, Mijiyama M. Critères de clasificacion des spondylarthropaties. *Rev Rheum Mat Ost* 1990;54:85-89.
  5. Madsen KB, Egund N, Jurik AG. Grading of Inflammatory Disease Activity in the Sacroiliac Joints with Magnetic Resonance Imaging: Comparison Between Short-tau Inversion Recovery and Gadolinium Contrast-enhanced Sequences. *J Rheumatol* 2010;37(2):393-400.
  6. Pedersen SJ, Soresen IJ, Hermann KG, Madsen OR, Tvede N, Hansen M, Thamsborg G. Responsiveness of the Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS), and clinical and magnetic resonance imaging measures of disease activity in a 1 year follow-up study of patients with axial spondyloarthritis treated with TNF- $\alpha$  inhibitors. *Ann Rheum Dis* 2009;68:1117-1126.
  7. Candia L, Marquez J, Hernandez C, Zea AH, Espinoza R. Toll-like receptor-2 expression is upregulated in antigen-presenting cells from patients with psoriatic arthritis: a pathogenic role for innate immunity?. *J Rheumatol* 2007;34(2):374-379.
  8. Flores D, Márquez J, Garza M, Espinoza LR. Reactive arthritis: Newer developments. *Rheum Dis Clin N Am* 2003;29:37-59.
  9. Londono JD, Gonzalez LA, Ramirez LA, Santos AM, Santos P, Valle RR, et al. Caracterización de las espondiloartropatías y determinación de factores de mal pronóstico en una población de pacientes colombianos. *Rev Col Reum* 2005;12:195-207.
  10. Baraliakos X, Hermann K-G A, Landewe R, Listing J, Golder W, Braun J, et al. Assessment of acute spinal inflammation in patients with ankylosing spondylitis by MRI: a comparison between contrast enhanced T1 and short tau inversion recovery (STIR) sequences. *Ann Rheum Dis* 2005;64:1141-1144.
  11. Rojas-Vargas M, Muñoz-Gomariz E, Escudero A, Font P, Zarco P, Almodovar R, et al. First signs and symptoms of spondyloarthritis-data from an inception cohort with a disease course of two years or less (REGISPONSE-EARLY). *Rheumatology* 2009;48:404-409.
  12. Braun J, Zochling J, Baraliakos X, Alten R, Burmester G, Tony HP, et al. Efficacy of sulfasalazine in patients with inflammatory back pain due to undifferentiated spondyloarthritis and early ankylosing spondylitis: a multicenter randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis* 2006;65:1147-1153.
  13. Heuft-Dorenbosch L, Landewe R, Weijers R, Houben H, van der Linden S, Jacobs P, et al. Performance of various criteria sets in patients with inflammatory back pain of short duration; the Maastrich Early Spondyloarthritis Clinic. *Ann Rheum Dis* 2007;66:92-98.
  14. Goupille P, Pham T, Claudepierre P, Wendling D. A plea for reason in using magnetic resonance imaging for the diagnostic and therapeutic management of spondyloarthropathies. *Joint Bone Spine* 2009;76(2):123-125.
  15. Ehrenfeld M. Geoepidemiology: the environment and spondyloarthropathies. *Autoimmun Rev* 2010;9(5) A:325-329.