



Espondilitis Anquilosante diagnóstico y tratamiento

Ankylosing Spondylitis diagnosis and treatment

Diagnóstico e tratamiento da espondilite anquilosante

Grace Paola Altamirano Salazar ^I
grace.altamirano7@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-0433-4588>

Mishel Estefanía Carrillo Terán ^{II}
stefycar91@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-3576-0128>

Edison Alexander Sánchez Carrasco ^{III}
alexander-heartbreakkid@live.com
<https://orcid.org/0000-0002-1086-9629>

Melany Dayana Estévez Grefa ^{IV}
melanydayana15@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-3339-7273>

Correspondencia: grace.altamirano7@gmail.com

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

* **Recibido:** 23 de septiembre de 2022 * **Aceptado:** 12 de octubre de 2022 * **Publicado:** 1 de noviembre de 2022

- I. Médica, Investigador Independiente, Ambato, Ecuador.
- II. Médico, Investigador Independiente, Ibarra, Ecuador
- III. Médico, Investigador Independiente, Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador.
- IV. Licenciada en Enfermería, Investigador Independiente, Ibarra, Ecuador.

Resumen

Este artículo trata sobre el diagnóstico y tratamiento de la espondilitis anquilosante, ya que a pesar del tiempo que ha transcurrido desde la descripción anatómica encontrada en momias de Egipto, no se ha determinado la etiología de forma clara y su diagnóstico es bastante difícil de instaurar, sin embargo se piensa de que pudiese tener cierto grado de herencia de primer grado, además el tratamiento tampoco ha sido definitivo, ya que este se enfoca en la mejoría clínica del paciente, mas no la cura total del mismo, además de la disminución del dolor y la pérdida de la fortaleza postural. Esta patología tiene tendencia a aparecer en varones más que en mujeres y por lo general en hombres caucásicos en contraste con otras etnias, gracias a la aparición del factor HLA-B27, que se a descrito que aparece con una frecuencia del 90% en los hombres de etnia caucásica en comparación con los hombres de otras etnias, cuya aparición únicamente se ha visto en el 10% de los pacientes que padecieron esta enfermedad.

Palabras Clave: Espondilitis anquilosante; espondilitis; espondiloartritis; tratamiento espondilitis anquilosante; diagnostico espondilitis anquilosante; pronostico espondilitis anquilosante.

Abstract

This article deals with the diagnosis and treatment of ankylosing spondylitis, since despite the time that has passed since the anatomical description found in Egyptian mummies, the etiology has not been clearly determined and its diagnosis is quite difficult to establish, however, it is thought that it could have a certain degree of first-degree inheritance, in addition, the treatment has not been definitive either, since it focuses on the clinical improvement of the patient, but not its total cure, in addition to the reduction of pain. and loss of postural strength. This pathology has a tendency to appear in men more than in women and generally in Caucasian men in contrast to other ethnic groups, thanks to the appearance of the HLA-B27 factor, which has been described as appearing with a frequency of 90% in men. of Caucasian ethnicity compared to men of other ethnicities, whose appearance has only been seen in 10% of patients who suffered from this disease.

Keywords: ankylosing spondylitis; spondylitis; spondyloarthritis; ankylosing spondylitis treatment; diagnosis ankylosing spondylitis; ankylosing spondylitis prognosis.

Resumo

Este artículo trata del diagnóstico y tratamiento de la espondilite anquilosante, ya que a pesar del tiempo transcurrido desde la descripción anatómica encontrada en las momias egipcias, la etiología no ha sido claramente determinada y su diagnóstico es bastante difícil de establecer, sin embargo, se cree que puede tener cierto grado de herencia de primer grado, además de eso, el tratamiento tampoco ha sido definitivo, ya que se centra en la mejoría clínica del paciente, pero no en su curación total, además de la reducción del dolor y la pérdida de fuerza postural. Esta patología tiende a aparecer más en hombres que en mujeres y generalmente en hombres caucásicos en contraste con otros grupos étnicos, gracias al apareamiento del factor HLA-B27, que fue descrito como apareando con una frecuencia de 90% en hombres de etnia caucásica en comparación con hombres de otras etnias, cuya aparición solo fue observada en 10% de los pacientes que sufren de esta enfermedad.

Palabras-clave: Espondilite anquilosante; espondilite; espondiloartrite; tratamiento de la espondilite anquilosante; diagnóstico de la espondilite anquilosante; pronóstico de la espondilite anquilosante.

Introducción

La espondilitis anquilosante es una enfermedad bastante compleja, degenerante, y debilitante, con una prevalencia a nivel mundial de hasta el 0.9%, a pesar del avance médico y tecnológico, no se han esclarecido ni la etiología ni la patogenia, su diagnóstico hasta el día de hoy resulta complicado, es por esto que el tratamiento y manejo de estos pacientes aún no llegan a ser 100% eficaces, sin embargo, la ciencia intenta de algún modo satisfacer adecuadamente una estrategia terapéutica.(1)

BREVE HISTORIA

El concepto de espondilitis anquilosante se remonta en estudios paleopatológicos en momias egipcias, que sugieren que esta patología ha afligido a la humanidad desde la antigüedad. El primero en describir anatómicamente los hallazgos patológicos de estas momias, fue Realdo Colombo presentando las anomalías típicas de esta patología en 1559, años más tarde Bernard Connor, un médico irlandés, describió un esqueleto humano que fue desenterrado, en el que encontró una marcada curvatura en la columna, del ilion, el sacro y 5 vértebras lumbares, 10 torácicas. Posteriormente a este hallazgo, encontró 5 costillas derechas y 3 izquierdas fusionadas a las que las denominó “las uniones” lo que resultaba en un hueso continuo, por último, se describió las consecuencias de la curvatura espinal en el movimiento y respiración de estos pacientes.(2)

Entre otras descripciones clínicas, varios hallazgos y descripciones similares fueron detalladas en los años 1831 y el año 1879, lastimosamente no se detallaron tratamientos que mejoren la calidad

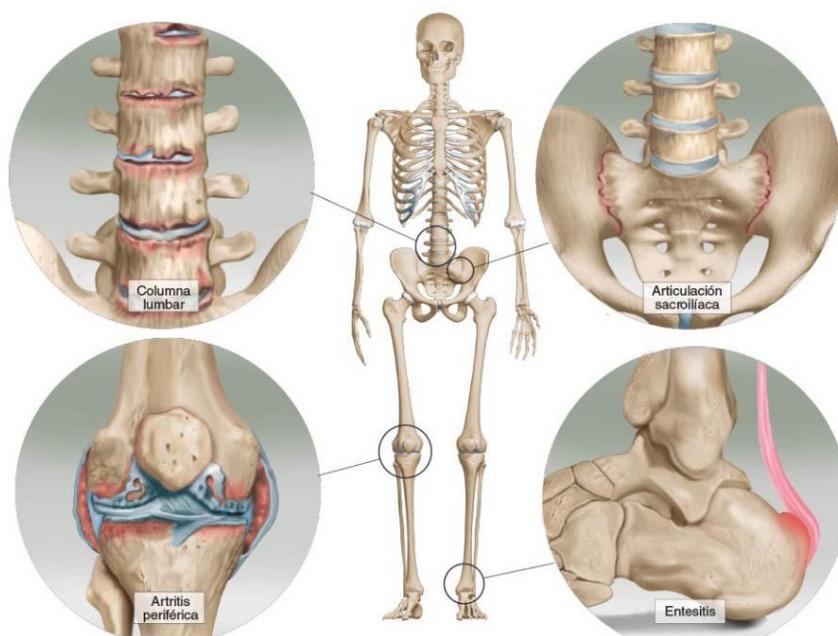
de vida de este tipo de pacientes. Años más tarde en el año 1920 se determinaron las primeras manifestaciones radiográficas con presencia de sacroilitis en enfermedades tempranas y sindesmofitos en enfermedades avanzadas, estas descripciones permitieron dilucidar la clínica de curso y evolución (3)

A mediados de la década de 1900 los informes radiográficos, epidemiológicos y clínicos tuvieron relevancia y se determinaron varios grados de artritis y artropatías asociadas, es por esto que se describen conceptos de espondilo artropatías como una familia de trastornos interrelacionados que comparten características clínicas y genéticas distinta a las de la artritis reumatoide(4)

CLASIFICACION

La mayoría de los pacientes tienen compromiso predominantemente axial (llamada espondilitis anquilosante axial). Algunos tienen compromiso predominantemente periférico. Entre aquellos con afectación axial, algunos no tienen ninguna evidencia de sacroileítis en las radiografías simples. Por lo tanto, algunos expertos clasifican la espondilitis anquilosante de la siguiente manera:(4)

- Espondilitis anquilosante axial: ¿Tiene un predominio de compromiso axial y hallazgos radiológicos típicos de sacroilitis
- Espondilitis anquilosante no radiológica: clínicamente similar espondilitis anquilosante a la axial, pero sin hallazgos radiológicos típicos de sacroilitis
- Espondilitis anquilosante periférica: espondilitis anquilosante con compromiso a predominio periférica



DIAGNÓSTICO(5)

Entre los exámenes diagnósticos que se pueden solicitar son

- Radiografía de columna lumbosacra y sacroilíaca
- Análisis sanguíneos en los que se verificaran (velocidad de sedimentación globular, antígeno humano leucocitario, hemograma completo y proteína C reactiva
- Criterios clínicos explícitos detallados por la Assessment of Spondyloarthritis international Society)

Se deberá sospechar de espondilitis anquilosante en pacientes jóvenes, entre ellos principalmente hombres, que refieran dolor de espalda al caer la noche, cifosis, disminución de la expansión torácica, tendinitis aquiliana o a nivel de la rótula, uveítis anterior que no ha podido ser explicada.(6) En una primera instancia al presentarse un paciente con estas características o al menos 2 de ellas, deberán hacerse estudios de eritro sedimentación de HBL-B27, proteína C reactiva y el hemograma completo, además se puede añadir estudios de factor reumatoideo y anticuerpos antinucleares, pero únicamente para descartar otras enfermedades.(7)

El alelo HBL-B27 se encuentra presente el 90% de los casos cuando se trata de pacientes de etnia Blanca y únicamente en el 10% de los pacientes de diferente etnia, al momento no existen estudios de laboratorio específicos para la detección de esta patología, sin embargo, los estudios mencionados permitirán el aumento de la sospecha o descartar otras patologías que pudieren ser similares a la espondilitis anquilosante, luego de realizar los estudios se debe realizar una radiografía de la columna lumbosacra, y sacroilíaca, pues se deberá descartar o confirmar la presencia de sacroileítis en la radiografía misma que apoyara el diagnostico. Algunos pacientes incluso pueden requerir de una resonancia magnética pélvica para buscar sacroileítis que pueden pasar desapercibidas en las radiografías. En estos pacientes la resonancia magnética muestra una presencia de osteítis o incluso de erosiones tempranas, y se tomaran en cuenta los criterios de la assessment of spondyloarthritis international society por sus siglas (ASAS) estos son útiles para, diagnosticar a los pacientes más temprano en el proceso de la enfermedad.(7,8)

Dichos criterios se aplican a pacientes que han presentado dolor de espalda de >3 meses de evolución y que tienen < de 45 años de edad. El diagnóstico suele basarse gracias al uso de estos criterios tanto imagenológicos como clínicos. De modo que para cumplir con dichos criterios clínicos los pacientes deberán tener HLA-B27 y al menos 2 características según los criterios que son:(9)

- Dactilitis
- Artritis
- Psoriasis
- Presencia de HLA-B27
- Proteína C reactiva elevada
- Antecedentes familiares de espondilitis anquilosante
- Antecedentes de dolor de espalda inflamatorio
- Respuesta favorable a analgésicos de tipo AINE.

Es importante la anamnesis en todo tipo de paciente, ya que permitirán distinguir un dolor de espalda inflamatorio de uno no inflamatorio, ya que el dolor inflamatorio inicia a los 40 años de edad o incluso antes, con un inicio gradual, rigidez matinal, con mejoría a la actividad y un tiempo de duración de > de 3 meses antes de la primera consulta médica. En aquellos pacientes con espondilitis anquilosante activa en fases tempranas la eritrosedimentación y otros reactantes de fase aguda no siempre están elevados por ejemplo la PCR, los resultados de anticuerpos antinucleares aparecen negativos, el marcador genético HLA-B27 no suele ser útil debido a que los valores predictivos positivos y negativos son bajos. Las primeras anomalías radiológicas son pseudo ensanchamientos por erosión subcondral, seguido de una esclerosis o estrechamiento tardío, y finalmente una fusión de las articulaciones sacroilíacas, es importante tener en consideración que los cambios son simétricos, al inicio las vértebras lumbares adoptan una forma cuadrada, con presencia de esclerosis en los extremos, y se observara calcificación ligamentosa puntiforme y la presencia de sindesmofitos.(2,9,10) Posterior a este hallazgo se producen cambios de columna de bambú, causado porque los sindesmofitos son prominentes, se da una calcificación ligamentosa paravertebral difusa y osteoporosis, estos cambios aparecen en algunos pacientes en los primeros 10 años.(2,9,10)

En muchos casos algunos cambios típicos de la espondilitis anquilosante no son visibles en la radiografía simple durante años. La resonancia magnética suele mostrar cambios antes, sin

embargo, no existe aún un consenso respecto a su papel en el diagnóstico sistemático, debido a la falta de datos prospectivos, la resonancia magnética pélvica debe indicarse si el índice de sospecha es alto, o si existe la necesidad de descartar otras causas que pudiesen explicar la sintomatología del paciente. Una hernia del disco intervertebral puede causar dolor de espalda o una radiculopatía similar a la espondilitis anquilosante, pero este dolor se va a limitar a la columna y alas raíces nerviosas, los síntomas por lo general son más bruscos y no suelen existir manifestaciones sistémicas ni tampoco se encuentran anomalías en estudios de laboratorio, en caso de ser necesario la tomografía o la resonancia pueden diferenciarla de una espondilitis anquilosante. La afectación de una única articulación sacroilíaca sugiere una espondiloartropatía diferente, como por ejemplo una espondilitis tuberculosa que puede simular bastante a la espondilitis anquilosante.(11,12)

PRONOSTICO

La espondilitis anquilosante se caracteriza por presentar brotes que pueden ir de leves a moderados causando una inflamación activa que se alternan con periodos de poca o ninguna inflamación, en la gran mayoría de los pacientes, con el tratamiento adecuado la discapacidad tiende a ser mínima o nula, y pueden llevar una vida plena y productiva a pesar de la rigidez de la espalda, a veces la evolución es grave y progresiva ya que puede producir deformaciones bastante marcadas, hasta el punto de ser incapacitantes.(13–15)

TRATAMIENTO(16)(17) (18)

Para el tratamiento de la espondilitis anquilosante se incluye el uso de:

- Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos
- Sulfasalizina, metrotexato, antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa o antagonistas de las interleuquinas como el secukinumab.
- Ejercicios y medidas de apoyo

La sulfasalazina forma parte de la familia de las sulfonamidas, puede ayudar a reducir los síntomas de la inflamación articular periférica y además puede ayudar a disminuir los valores de los marcadores de inflamación en estudios de laboratorio, se debe iniciar una dosis de 500 mg/día y posterior se debe aumentar en 500 mg/día a intervalos de 1 semana hasta tener una dosis de mantenimiento de 1 gr a 1.5 o 2gr 2 veces al día. Se debe tener en cuenta el riesgo de neutropenia aguda, por lo que se debe controlar al paciente con hemogramas tanto al inicio como el tratamiento

como 1 semana posterior al aumento del medicamento. Los síntomas articulares periféricos también tienden a ser aliviados con metotrexato, pero los síntomas vertebrales no desaparecen, ni mejoran, los antagonistas del TNF-alfa como por ejemplo etanercept o inflicimab, adalimumab, certolizumab son a menudo bastante efectivos para el tratamiento del dolor de espalda inflamatorio. El secukinumab al ser un antagonista de Il-17 también es eficaz reduciendo la inflamación y los síntomas articulares, y puede administrarse a una dosis de 150mg por vía subcutánea en las semanas 0-1-2-3 y 4, y luego cada 4 semanas, los efectos secundarios suelen ser urticaria, infección de la vía aérea superior, o infecciones micóticas por candida, diarrea, herpes zoster, y enfermedad inflamatoria intestinal, el ixekizumab también es inhibidor de la IL-17 y puede administrarse para la espondilitis anquilosante activa en una inyección de 80mg/ml para pacientes adultos cada 4 semanas después de una dosis de carga de 160 mg es decir 2 inyecciones de 80mg, en la semana 0 seguido de 80mg en las semanas 2-4-6-8-10 y 12. Puede administrarse como monoterapia o combinado con un AINE.(15,16,19)

Es importante tener en cuenta que los corticoides sistémicos, y en su mayoría los fármacos antirreumáticos no han demostrado beneficios en la espondilitis anquilosante y por este motivo no deben usarse. Para mantener una postura adecuada y la plenitud del movimiento articular, es importante realizar un plan de ejercicios diarios, y otras medidas de apoyo ya sea por parte de ejercicios guiados por fisioterapia, o ejercicios guiados al plan postural o terapéutico, mismos que serán vitales para fortificar grupos musculares que se oponen a la dirección de las deformaciones potenciales (los músculos extensores en lugar de los flexores).(8)(20)

Discusión

La espondilitis anquilosante forma parte de las espondilo artritis, sin embargo esta aún no presenta una etiología clara, o un tratamiento definitivo, la ciencia ha mejorado la calidad de vida de los pacientes que han sido afectados por esta patología, con ayuda de medicamentos, como de fisioterapia, es necesario realizar seguimiento y mantener controlados a los pacientes que padecen esta patología y están siendo tratados, puesto a los efectos secundarios que produce el tratamiento y las complicaciones que los mismos pudiesen a tener en el paciente.

Conclusiones

- La espondilitis anquilosante afecta principalmente a hombres y de estos, en su mayoría a aquellos que forman parte de la etnia caucásica, ya que se ha visto el marcador HLA-B27

en el 90% de los pacientes que padecen esta patología y únicamente en el 10% de los pacientes que padecen la enfermedad pero que son de otra etnia.

- El tratamiento se enfoca en disminuir los factores inflamatorios, disminuir el dolor, y mejorar sustancialmente la calidad de vida de los pacientes

El tratamiento farmacológico deberá ir de la mano con el tratamiento deportivo, de modo que el paciente se mantenga activo, y los músculos extensores se fortifiquen más que los flexores, permitiendo al paciente mantener una postura adecuada, y evitando posturas insidiosas que pudiesen empeorar el cuadro.

Referencias

1. Sarobe M, Arrondo A, Ibarrondo O, Mar J. Health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis treated with certolizumab pegol. *Farm Hosp.* 2022;46(1):27–30.
2. Cornell T. Ankylosing spondylitis: an overview. *Prof Nurse.* 2019;19(8):431–2.
3. Golder V, Schachna L. Ankylosing spondylitis: An update. *Aust Fam Physician.* 2020;42(11):780–4.
4. Mulero Mendoza J. Diagnóstico precoz de espondiloartritis. *Reumatol Clin.* 2019;3(EXTRA.2):15–8.

5. Health TN. How can this booklet help? Indegene Aust Pty. 2018;5.
6. Nacional E. Barómetro Impacto y abordaje de las espondiloartritis en España. Barometro [Internet]. 2021;3:20. Available from: https://eaceade.es/wp-content/uploads/2022/01/20211221_INFORME-APS-Y-ESP.pdf
7. Arthritis Research UK. Ankylosing spondylitis and related conditions. 2017;1-43. Available from: [https://www.arthritisresearchuk.org/~media/Files/Arthritis-information/Conditions/2001Ankylosing Spondylitis 15-1.ashx](https://www.arthritisresearchuk.org/~media/Files/Arthritis-information/Conditions/2001AnkylosingSpondylitis15-1.ashx)
8. Ward MM, Deodhar A, Gensler LS, Dubreuil M, Yu D, Khan MA, et al. 2019 Update of the American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network Recommendations for

- the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis. *Arthritis Rheumatol.* 2019;71(10):1599–613.
9. Mulero Mendoza J, Sanz Sanz J, Campos Esteban J. Espondilitis anquilosante. *Medicine (Baltimore).* 2018;10(30):1994–2000.
10. Pa BY. *Global Rheumatology. Glob Rheumatol.* 2022;3:26.
11. Evaluaci NDE, Tecnolog DE, Salud ASDE. Adalimumab para Espondilitis Anquilosante. 2022; Available from: <https://www.argentina.gob.ar/conetec/informes-de-ets>
12. AEMPS. Informe de Posicionamiento Terapéutico de Secukinumab (Cosentyx®) en Espondiloartritis no radiográfica. 2022;1–6.
13. Hospital W. Standard of Care : Ankylosing Spondylitis Standard of Care : Ankylosing Spondylitis Standard of Care :

- Ankylosing Spondylitis.
2020;1–13.
14. Fondo Nacional de Recursos Uruguay. Normativa de Cobertura. 2017; Available from:
http://www.fnr.gub.uy/tratamientos_con_medicamentos
15. Zhu W, He X, Cheng K, Zhang L, Chen D, Wang X, et al. Ankylosing spondylitis: etiology, pathogenesis, and treatments. *Bone Res* [Internet]. 2019;7(1). Available from:
<http://dx.doi.org/10.1038/s41413-019-0057-8>
16. Sanhueza Z. A, Prieto R. JC, Weisz C. J, Leiter Herrán F, Soto F. S, Chiang O. F, et al. Espondiloartritis anquilosante: revisión de hallazgos imagenológicos en la columna. *Rev Chil Radiol*. 2020;22(4):171–83.
17. Teneud Caster LM, Fuente Barranco CD La, Donaire Jiménez EM. Espondilitis anquilosante. *FMC Form*

18. Medica Contin en Aten Primaria. 2019;21(7):581–5.
Sanhueza Z. A, Prieto R. JC, Weisz C. J, Leiter Herrán F, Soto F. S, Chiang O. F, et al. Ankylosing spondyloarthritis: Review of spinal imaging findings [Espondiloartritis anquilosante: revisión de hallazgos imagenológicos en la columna]. Rev Chil Radiol [Internet]. 2018;22(4):171–83. Available from:
<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85007574955&doi=10.1016%2Fj.rchira.2016.11.004&partnerID=40&md5=fb19a9cb58eff7c6c4c44b44fc9fcea8>
19. Filosa MF. What is ankylosing spondylitis? Wellness Options [Internet]. 2018;(28):34–7. Available from:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=23270344&lang=es&site=ehost-live>

20.

Bohórquez Heras C, Movasat Hadjkan A, Turrión Nieves A, Pérez A. Espondiloartritis. Espondilitis anquilosante. Med [Internet]. 2019;12(26):1485–97. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2017.01.010>

© 2022 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).