

# Espondiloartritis

Grupo de artropatías de etiología desconocida que comparten características clínicas fundamentales: artritis periférica asimétrica, seronegatividad y sacroilitis radiológica en las formas axiales.

REUMATOLOGÍA

MEDICINA INTERNA

## Redactor.

### Wyder Dario Pacce Mallorquin

Médico egresado de la Universidad Nacional del Este (2024).

Especialización en Didáctica Universitaria, Universidad Nacional del Este (2025).

Aprobado en el examen de la CONAREM (2025).

Residente de segundo año (R2) de Medicina Interna - Hospital Tesãi, Ciudad del Este.

## Bibliografía.

Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, eds. Harrison's Principles of Internal Medicine. 26th ed. New York: McGraw-Hill; 2022.

# Características Comunes del Grupo

Todas las espondiloartritis comparten un conjunto de rasgos clínicos que las definen y diferencian de otras artropatías inflamatorias.

## Artritis Periférica

Mono u oligoarticular, asimétrica, con predominio en miembros inferiores.

## Seronegativa

Factor reumatoide negativo. Ausencia de nódulos reumatoides.

## Sacroilitis

Hallazgo radiológico característico en las formas axiales de la enfermedad.

## Entidades Clínicas

- |  |  |
|--|--|
| 01   | 02   |
| <b>Espondilitis Anquilosante</b>                 | <b>Artritis Reactiva (ReA)</b>                     |
| 03   | 04   |
| <b>Artritis y Espondilitis Psoriásicas (PsA)</b> | <b>Artritis y Espondilitis Enteropáticas (IBD)</b> |
| 05   | 06   |
| <b>Espondiloartritis Juvenil</b>                 | <b>SpA Indiferenciada</b>                          |

# Espondiloartritis Axial (axSpA)

Término respaldado por los criterios internacionales de 2009 que agrupa a pacientes con dolor e inflamación axial. El espectro se divide en dos variantes según la visibilidad del daño sacroilíaco en radiografías convencionales.

## **r-axSpA – Radiográfica**

### **Espondilitis Anquilosante (EA / AS)**

Daño en articulaciones sacroilíacas visible en radiografías convencionales.

## **nr-axSpA – No Radiográfica**

**Criterio diagnóstico clave:** Ausencia de daño significativo en radiografías convencionales, pero con evidencia de sacroilitis mediante **Resonancia Magnética.**



# Epidemiología y Datos Clave

⚠️ **Tema muy preguntado en exámenes:** La asociación con HLA-B27 es incluso criterio diagnóstico. ¡No olvidar!

**1.3-2x**

**Prevalencia axSpA**

Más alta que la EA sola.

**75-90%**

**HLA-B27 positivo**

En pacientes con EA confirmada.

**25 años**

**Mediana de inicio**

Final de la adolescencia / juventud temprana.

## Afectación por Género

Una de las **pocas enfermedades reumáticas** que afecta más a hombres que a mujeres.

## Asociación HLA-B27

Estrechamente ligada al antígeno HLA-B27. Su positividad orienta fuertemente al diagnóstico y tiene valor pronóstico para gravedad y cronicidad.

# Patogenia de la Espondilitis Anquilosante

Los mecanismos patogénicos clave se organizan en cuatro ejes principales que explican las manifestaciones clínicas y la progresión de la enfermedad.

## Sacroilitis

**Fase inicial:** Infiltrado de Linfocitos T (CD4+ y CD8+) y macrófagos + **TNF- $\alpha$** .

**Fase avanzada/crónica:** Predomina **TGF- $\beta$**  (mediador de fibrosis y osificación).

## Sinovitis Peritérica



Presencia de neutrófilos, linfocitos B y macrófagos específicos.

## Eje Intestino-Articulación

Disbiosis por HLA-B27 → Proliferación de bacterias mucolíticas → ↑ permeabilidad → Activación de interleucinas → **Inflamación sistémica**.

## Entesitis

Disparada por estrés mecánico.  
Centralizada por el TNF. El reposo mecánico reduce la neoformación ósea.

  **Pronóstico por RMN:** Las lesiones vertebrales con metaplasia grasa (hiperintensidad en T1) son las que más progresan a sindesmofitos. La única ventana para frenarlo es el uso temprano de **anti-TNF**.

# Manifestaciones Articulares y Exploración Física

El inicio de síntomas ocurre al final de la adolescencia o juventud temprana (mediana: 25 años). La sintomatología es característica y progresiva.

## Sintomatología Típica

- Dolor sordo e insidioso en región lumbar baja o glútea
- Rigidez matinal de varias horas (mejora con actividad, empeora con reposo)
- El dolor se vuelve bilateral en meses
- Exacerbación nocturna (obliga a ponerse de pie y caminar)

## Hallazgo Más Específico

Pérdida de la movilidad raquídea con limitación de la flexión anterior, lateral y extensión de la columna lumbar, más reducción de la expansión torácica.

## Pruebas de Exploración Física

1

### Prueba de Schober Modificada

Se marca la unión lumbosacra y 10 cm por encima. Al flexionar al máximo, la distancia debe aumentar  $\geq 2$  cm.

2

### Expansión Torácica

Medido en el 4° espacio intercostal (varones) o submamario (mujeres). Normal:  $\geq 2.5$  cm entre inspiración y espiración máxima.

3

### Flexión Lateral de Columna

Desplazamiento del dedo medio hacia la pierna. Normal:  $> 10$  cm.

# Evolución, Manifestaciones Extraarticulares y Exámenes Complementarios

Sin tratamiento, la espondilitis progresa hacia deformidades características e irreversibles. Las manifestaciones extraarticulares son frecuentes y pueden preceder a la artritis.

## Evolución Sin Tratamiento

- Obliteración de la lordosis lumbar
- Atrofia de glúteos e intensificación de la cifosis torácica
- Desplazamiento del cuello hacia adelante (postura agachadiza)
- Contracturas en flexión de caderas compensadas por flexión de rodilla
- **Complicación más grave:** Fractura de la columna

## Manifestaciones Extraarticulares

1. **Uveítis Anterior Aguda** (hasta 50%): Unilateral, recurrente, con dolor, fotofobia y epífora. Suele aparecer antes que la espondilitis.
2. **Afectación Intestinal:** 60% con inflamación histológica asintomática; 5-10% desarrolla EII.
3. **Cutáneas:** Relacionadas al síndrome SAPHO (acné fulminans o hidradenitis supurativa).

## Exámenes Complementarios

### Laboratorio

- HLA-B27 (+) en 75-90%
- ↑ Fosfatasa Alcalina en enfermedad intensa
- CD8+ bajos
- MMP-3 sérica correlaciona con actividad
- Espirometría: patrón restrictivo

### Radiografía

- Primera solicitud ante sospecha de EA
- Sacroilitis simétrica: borramiento → erosiones → esclerosis
- Cuerpos vertebrales cuadrados o "en barril"
- Sindesmofitos marginales: "columna en caña de bambú"

### Resonancia Magnética

- Herramienta más útil para diagnóstico oportuno de axSpA temprana
- Detecta sacroilitis antes que la radiografía
- Lesiones con metaplasia grasa (T1 hiperintenso) predicen progresión

# Diagnóstico de axSpA y Criterios de Dolor Inflamatorio

❗ Es fundamental confirmar el diagnóstico de axSpA **antes** de que ocurran deformidades irreversibles.

La dorsalgia crónica (que persiste  $\geq$  **3 meses**) debe poseer cuatro o más de los signos característicos para orientar al diagnóstico de dolor inflamatorio de espalda (IBP):

- 1** Inicio antes de los 40 años
- 2** Inicio insidioso
- 3** Mejoría con el ejercicio
- 4** No mejora con el reposo
- 5** Dolor nocturno con mejoría al ponerse de pie
- 6** Rigidez matinal > 30 minutos
- 7** Despertar por dorsalgia en la segunda mitad de la noche
- 8** Dolor alternante en la nalga

✔  **2 o más criterios:** Sospecha de IBP. **4 o más criterios:** Puede considerarse diagnóstico.

# Tratamiento de la Espondilitis Anquilosante

1

## Primera Línea

**AINEs (NSAID)** a dosis altas y continuas. Disminuyen el dolor y ralentizan la evolución radiográfica en pacientes de alto riesgo.

2

## Segunda Línea – Biológicos Anti-TNF $\alpha$

Indicados si no hay respuesta a AINEs. El **50%** de los pacientes logra respuesta.

- Infliximab
- Etanercept
- Adalimumab
- Golimumab
- Certolizumab pegol

## Tratamiento de la Uveítis

Glucocorticoides locales + midriáticos. Si falla: sistémicos o anti-TNF. **Excepción:** Etanercept es menos eficaz para prevenir brotes oculares.

## Cirugía

La indicación más común es la **artroplastia total de cadera** por artrosis coxofemoral grave. También corrección quirúrgica de cifosis extrema o subluxación atlantoaxoidea.

# Artritis Reactiva (ReA)

Artritis aguda no purulenta que complica una infección en cualquier zona del cuerpo, predominantemente tras infecciones intestinales o urogenitales.

⚠️ **Para el examen:** La tríada clásica (Síndrome de Reiter) representa una mínima parte del espectro clínico. La mayoría de los pacientes NO la presenta completa.

## Tríada Clásica – Síndrome de Reiter

**Artritis + Uretritis + Conjuntivitis** (+ lesiones mucocutáneas)

## Epidemiología

- Edad: 18 a 40 años (raro en niños y adultos mayores)
- Post-infección entérica: relación 1:1 (Varón:Mujer)
- Post-infección venérea: predominio franco en varones

## Asociación HLA-B27

- 30-50% positivos en general
- Sube al 60-85% en casos graves por Shigella, Yersinia o Chlamydia

## Etiología – Bacterias Artritógenas



### Chlamydia trachomatis

Patógeno más común a nivel mundial. Origen urogenital.



### Shigella / Yersinia

S. flexneri y S. sonnei. Yersinia con mayor potencial artritógeno en Europa y países escandinavos.



### Salmonella y Campylobacter

Patógenos entéricos frecuentes desencadenantes de ReA.



### BCG Intravesical

Inductor no infeccioso directo. Tratamiento intravesical para cáncer de vejiga.

# Manifestaciones Clínicas de la Artritis Reactiva

## Artritis

Asimétrica y aditiva (se suman articulaciones en días a 2 semanas). Muy dolorosa, con derrames tensores frecuentes en la rodilla.

**Signo característico — Dactilitis:** Hinchazón difusa de un solo dedo (mano o pie). "Dedo en salchicha".

## Entesitis

Inflamación en sitios de inserción. Sitios típicos:

**Tendón de Aquiles y Aponeurosis plantar.**

## Manifestaciones Urogenitales

Prostatitis (varones); Cervicitis o salpingitis (mujeres). Pueden ser el foco infeccioso primario o un proceso reactivo estéril.

## Oculares

Desde conjuntivitis transitoria hasta uveítis anterior aguda.

📄 **Diagnósticos diferenciales de dactilitis:** ReA, Artritis Psoriásica (PsA), Gota poliarticular y Sarcoidosis.

## Lesiones Mucocutáneas – ★ Tema de Examen

### Úlceras Orales

Superficiales, transitorias y típicamente **asintomáticas**.

### Queratodermia Blenorragica

Vesículas/pústulas que se vuelven hiperqueratósicas. **En VIH:** muy graves, extensas y dominan el cuadro.

### Balanitis Circinada

En el glande. Vesículas que se rompen dejando erosiones superficiales indoloras. En circuncidados forman costras similares a la queratodermia.

## Evolución Cronológica

La forma aguda dura **3 a 5 meses**. La cronicidad articular ocurre en el **15%** de los pacientes en general (hasta 60% en series hospitalarias).

## Diagnóstico y Tratamiento

ReA es un **diagnóstico clínico**. No hay métodos confirmatorios. Cultivos generalmente negativos al inicio de la artritis. El HLA-B27 tiene alto valor pronóstico pero escaso valor predictivo negativo.

**Tratamiento crónico:** Sulfasalazina, Metotrexato o Azatioprina. En VIH con queratodermia extensa: **antirretrovirales (ARV)**.

# Artritis Psoriásica (AP)

Enfermedad musculoesquelética inflamatoria con componentes autoinmunitarios y autoinflamatorios. Afecta característicamente a individuos con psoriasis. Hasta el **30%** de los pacientes con psoriasis desarrolla artritis psoriásica.

## 30%

**Pacientes con psoriasis**

Que desarrollan artritis psoriásica.

## 37 años

**Edad promedio de inicio**

Cuarto o quinto decenio de la vida.

## 50-70%

**HLA-B27 positivo**

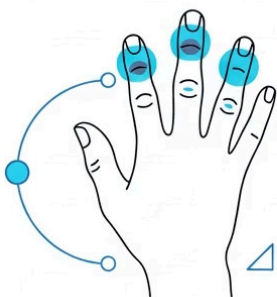
En pacientes con enfermedad axial (espondilitis psoriásica).

## 70%

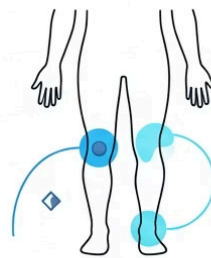
**Psoriasis primero**

Las manifestaciones cutáneas anteceden a la artropatía.

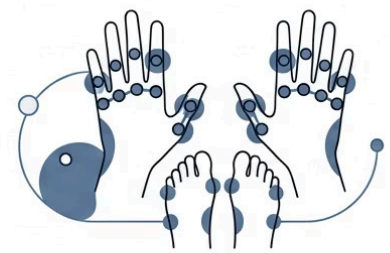
## Patrones de Afectación Articular



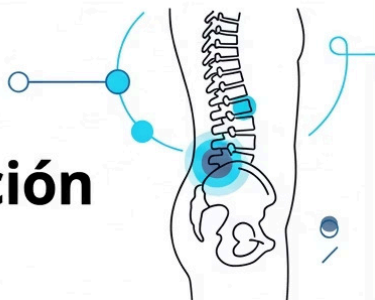
**1. Artritis DIP**



**2. Oligoartritis asimétrica**



**3. Poliartritis simétrica**



**4. Afectación axial**



**5. Artritis mutilante**

# Signos Distintivos, Diagnóstico y Tratamiento de la AP

## Dactilitis

Presente en más del **30%** de los pacientes. Factor diferenciador clave frente a otros trastornos articulares.

## Distribución en Rayo

El compromiso articular afecta a **todas las articulaciones de un mismo dedo**, dejando los dedos adyacentes completamente intactos.

## Afectación Ungueal

Significativamente más frecuente en AP que en psoriasis sin artritis. Existen 6 variantes identificadas.

## Artritis Mutilante

Dedos "en telescopio" por osteólisis. Coexiste con anquilosis y contracturas.

## Uveítis en AP

A diferencia de la EA, en la AP la uveítis suele ser **bilateral, crónica y posterior**.

## Hallazgos Radiográficos Diferenciales

Tipo	Hallazgos Característicos	Diferencia Clave
AP Periférica	Afectación DIP; deformidad "lápiz en recipiente"; erosiones marginales con proliferación ósea; anquilosis de articulaciones pequeñas; osteólisis de falanges	Se diferencia de AR por afectación DIP, proliferación ósea y anquilosis
AP Axial	Sacroilitis asimétrica; sindesmofitos no marginales en "coma"; hiperperiostosis esponjosa anterior; compromiso cervical grave	Sindesmofitos menos numerosos, menos simétricos y no marginales vs. EA idiopática

## Tratamiento

### FAME Tradicionales

- **Metotrexato:** Fármaco de elección sin indicación de biológicos. Eficacia moderada para psoriasis cutánea.
- **Leflunomida:** Inhibidor de pirimidina sintetasa. Beneficio modesto para lesiones cutáneas.

### Terapias Biológicas – Anti-TNF

Han facilitado enormemente el tratamiento conjunto piel-articulaciones.

⚠️ **Efecto paradójico:** Los anti-TNF pueden exacerbar la psoriasis o inducirla de novo, afectando típicamente la variedad pustulosa palmoplantar.