

□ Curso Universitario de Medicina Interna –
Clínica Médica



Espondiloartritis

Prof. Dra. Viviana Falasco FACP

*Ex Presidente Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires
Especialista en Medicina Interna y Reumatología*

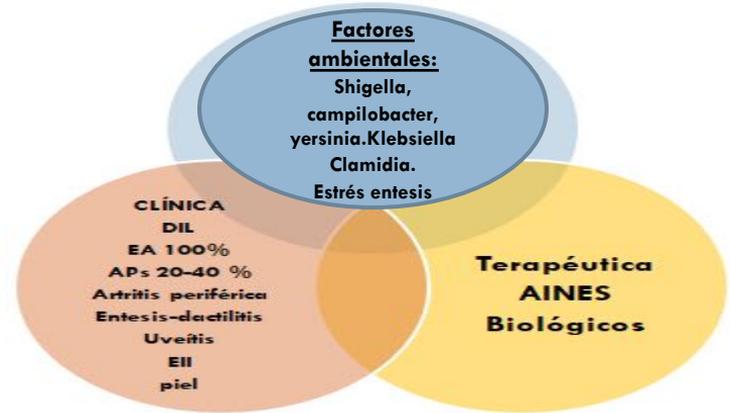
Prof. Titular Medicina Interna Universidad Favaloro .

Prof. Adjunta Medicina Interna Universidad de Buenos Aires

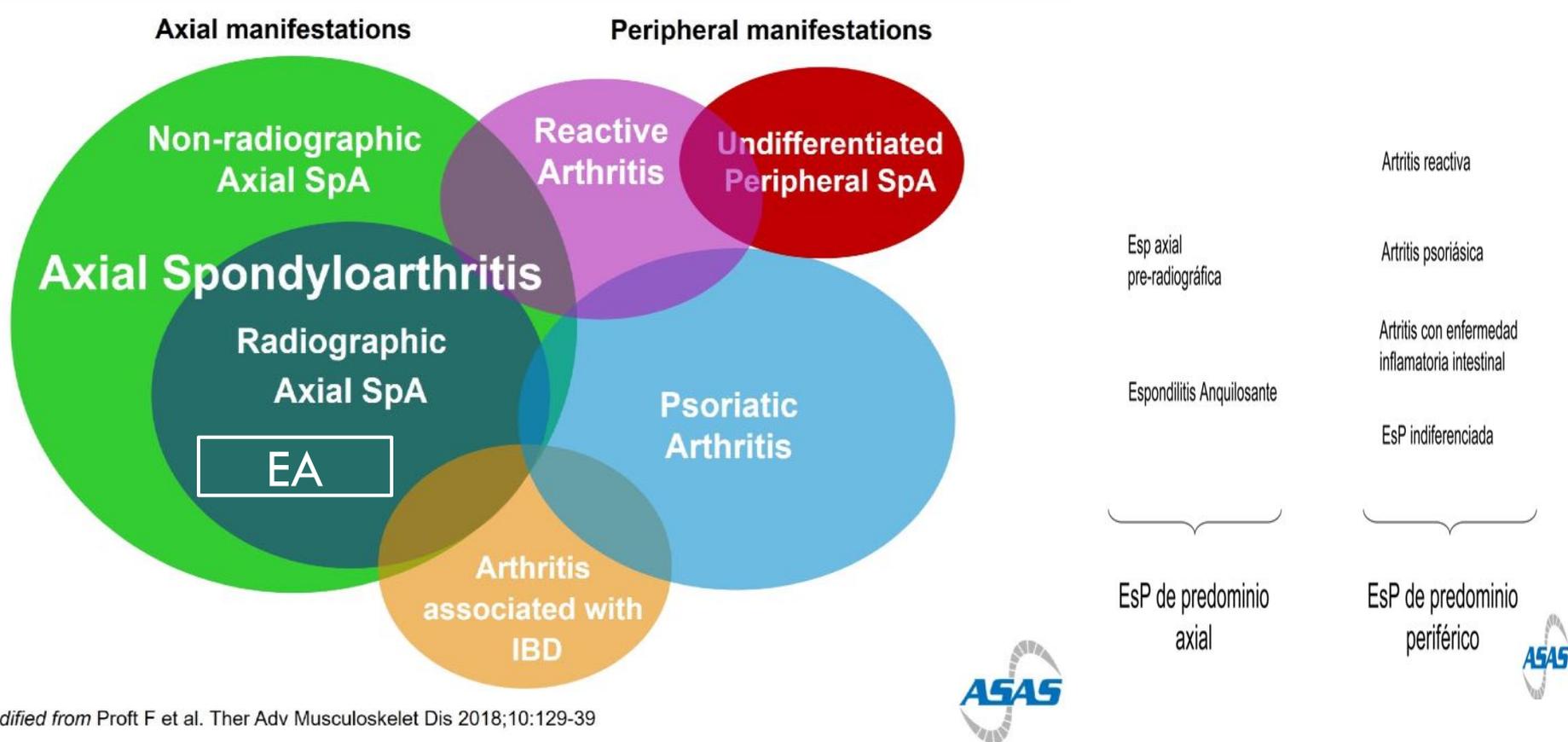
Vocal SOLAMI Argentina Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires

Espondiloartritis

- Espondiloartritis : familia heterogénea de enfermedades interrelacionadas que comparten genética, clínica, y terapéutica
- No hay marcadores bioquímicos específicos
- Atraso en el diagnóstico entre 5 a 9 años
- Incapacidad laboral , deformaciones, mayor morbimortalidad CV
- Cirugías innecesarias
- Criterios ASAS(Assessment spondyloarthritis International Society): el fin lograr diagnóstico temprano y mejorar el enfoque del manejo terapéutico

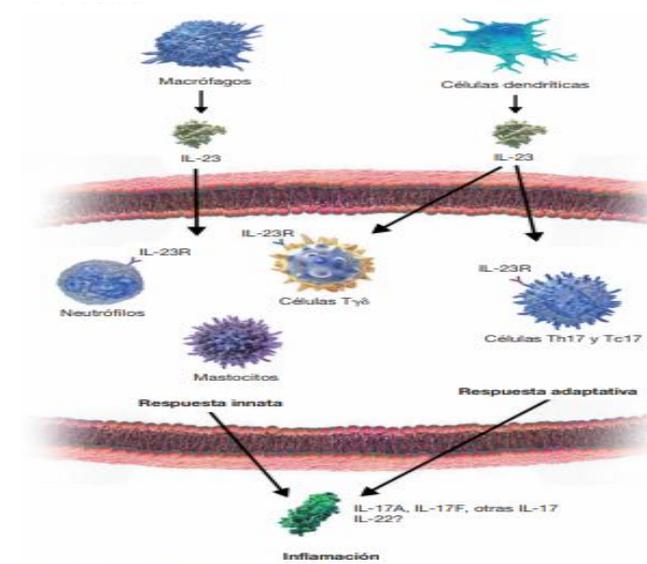


Espondiloartritis (Esp)



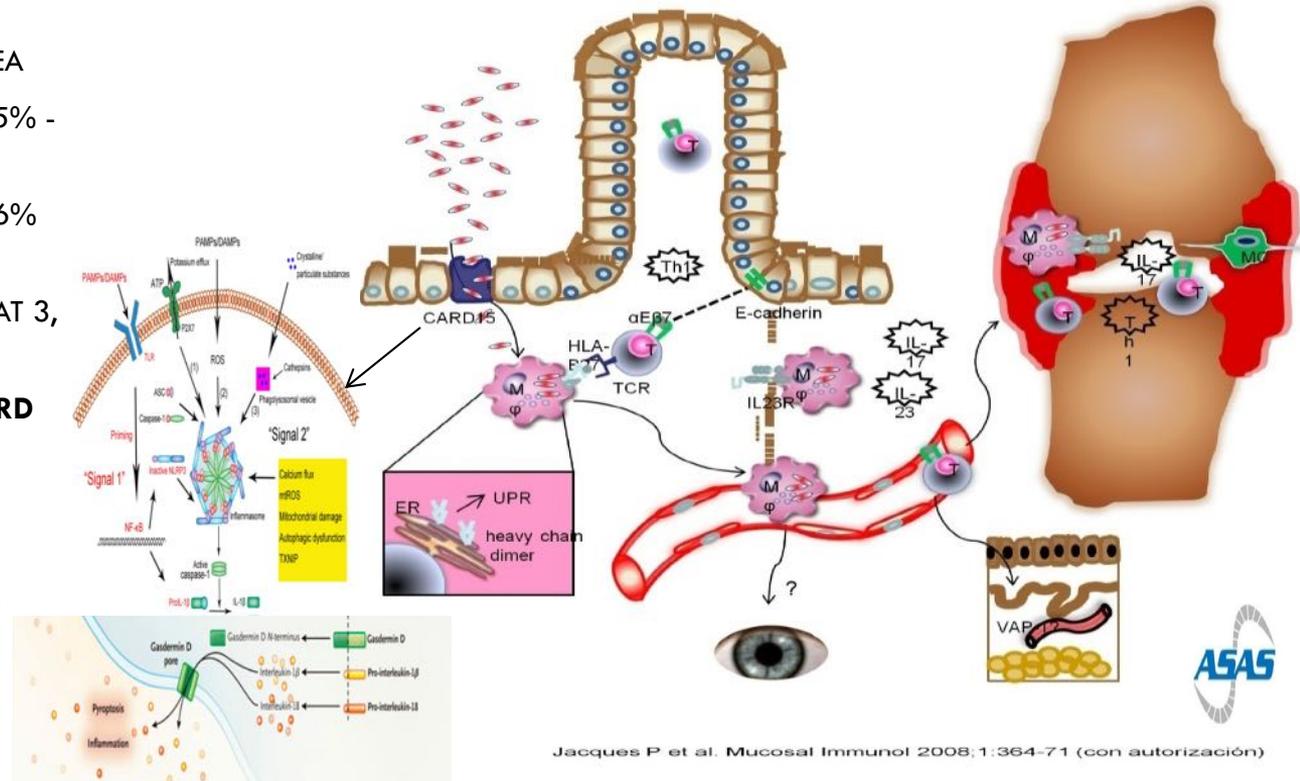
Fisiopatogenia

- Genética: HLA B27 , B60 , 61. ERAP 1
- Eje IL 23-17: Sobreproducción de IL23 y cel. T innatas (gamma/ delta)
- Sitio de inflamación se encuentra en entesis (estrés mecánico). Inflamación -erosión y formación ósea
- Disbiosis de la microbiota intestinal. Pérdida tolerancia
- TLR- CARD- Inflamasoma : inmunidad innata



Enlazando la inflamación intestinal a la artritis

- VCC y biopsias encuentran inflamación subclínica en el 50% de pacientes con EA
- Inflamación intestinal sintomática en el 5% - 10 % de EA
- Sacroileitis y espondilitis ocurre en el 26% de pacientes con EI
- Esp e EI comparten genes similares (STAT 3, IL 12 B , IL23 R)TH17
- **Inmunidad innata no controlada?.CARD**
- **Péptidos bacterianos intestinales artritogénicos. Difusión de microorganismos infecciosos**
- Transporte de determinantes antigénicos
- Trafico intestinal de monocito/linfocito mastocito/ neutrófilo



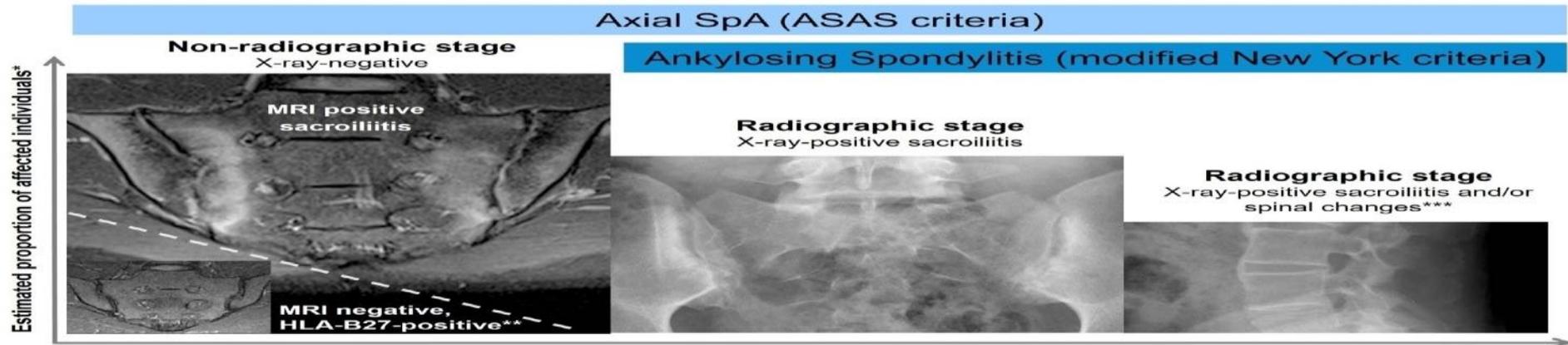
Espectro de las Espondiloartritis Axiales

Pacientes con dolor crónico ≥ 3 meses y edad < 45 años

Rudwaleit M et al. Arthritis Rheum. 2005;52:1000-8 (con autorización).



EA



* Heights reflect an estimate of the proportion of patients in each group
 ** Clinical arm if non-radiographic axial SpA
 *** Radiographic evidence of inflammatory spinal changes including i.e., syndesmophytes, fusion or posterior element involvement

Sieper J et al. Arthritis Rheum 2013;65:543-51 (with permission)



Progresión de las **EspA** **ax** no **RX** a EA GESPIC

Non-radiographic axial SpA



**12%
in 2 years**

**Main predictor:
elevated CRP***

Ankylosing spondylitis



no definite radiographic sacroiliitis (grade 0 at the right side, grade 1 – possible subchondral sclerosis – at the left side)

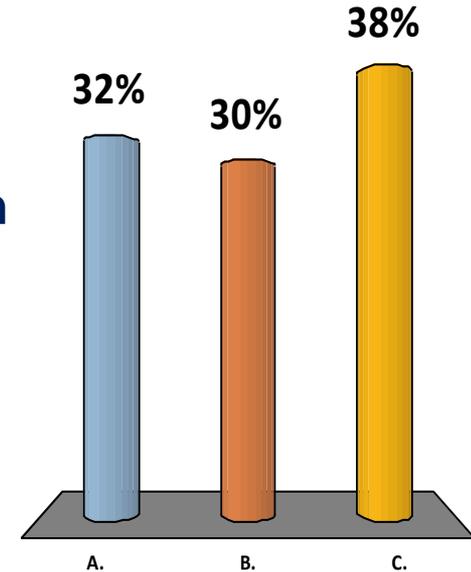
definite radiographic sacroiliitis (grade 2 bilaterally) fulfilling the radiographic criterion of the modified New York criteria

*Odds ratio for progression in patients with elevated serum C-reactive protein level (>6 mg/l) was: 4.11 (95% CI 1.13-14.95).

En referencia al dolor inflamatorio lumbar

Cual es la opción correcta

- A. El dolor alivia con el reposo**
- B. Aumenta o aparece durante la noche en reposo**
- C. Empeora con el ejercicio**



En referencia al dolor inflamatorio lumbar

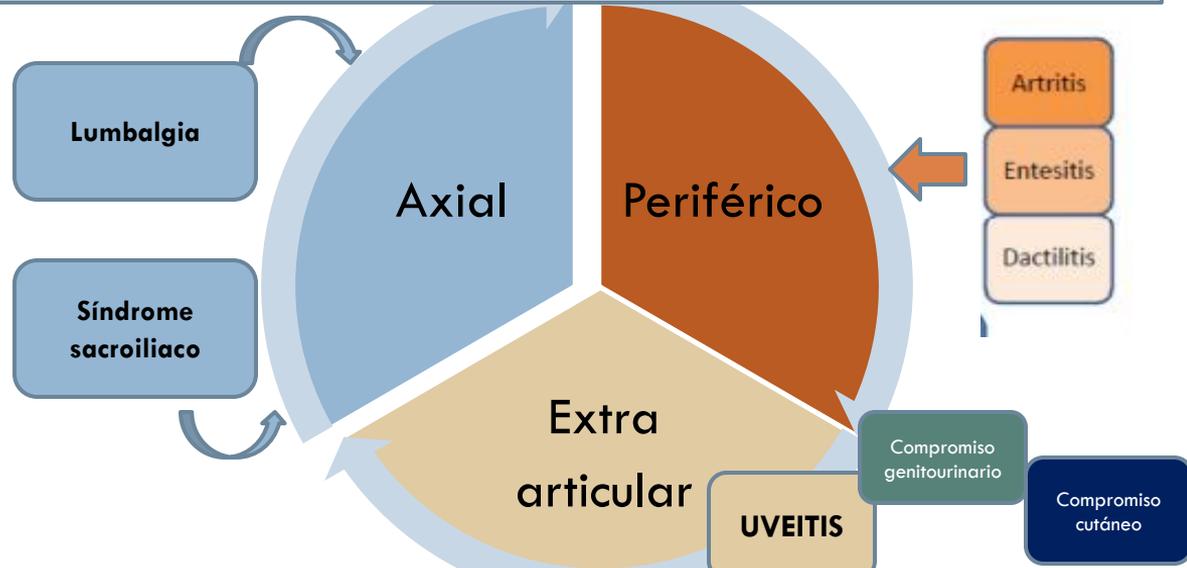
Cual es la opción correcta

- 1- El dolor alivia con el reposo
- **2- Aumenta o aparece durante la noche en reposo**
- 3-Empeora con el ejercicio

EA Manifestaciones clínicas Concepto actual

Concepto INTEGRAL: visión integradora con un proceso común de enfermar

- Dolor lumbar **INFLAMATORIO** de por lo menos 3 meses de duración y rigidez matinal
- Dolor glúteo alternante al caminar
- Disminución de la movilidad de la columna lumbar en sus plano frontal y sagital y de la expansión torácica
- Compromiso sacroilíaco



| Calin et al. ¹ | Rudwaleit et al. ² | Expertos ASAS ³ |
|---------------------------------|---|--|
| Edad al inicio < 40 años | Rididez matutina > 30 min | Edad al inicio < 40 años |
| Duración dolor lumbar > 3 meses | Mejoría con el ejercicio, no con el reposo | Inicio insidioso |
| Inicio insidioso | Despertarse en 2ª mitad de la noche por dolor | Mejoría con el ejercicio |
| Rigidez matutina | Dolor en nalgas alternante | No mejoría con el reposo |
| Mejoría tras el ejercicio | | Dolor nocturno (con mejoría al levantarse) |
| 4/5 | 2/4 | 4/5 |

50 % de los pacientes con EA presentan inflamación asintomática del intestino

↓

5 al 10 % → EII

Criterios de Nueva York para el diagnóstico de la EA 1984

Criterios clínicos

1. Disminución de la movilidad de la columna lumbar (en el plano sagital y frontal).
2. Dolor y rigidez lumbar de por lo menos 3 meses de duración que mejora con ejercicio, y no se alivia con reposo
3. Limitación de la expansión torácica respecto de valores para sexo y edad

Criterios radiológicos

- 1-Sacroileítis bilateral \geq grado 2
2. Sacroileítis unilateral grados \geq 3



Valoración Radiológica de Sacroilítis (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** – sacroilítis moderada o avanzada con uno o más de los siguientes: erosiones, esclerosis, ensanchamiento, estrechamiento o anquilosis parcial
- **Grado 4** alteraciones **graves** – anquilosis total

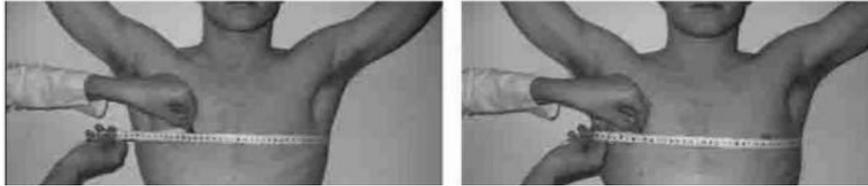
Bennett PH, Burch TA; Amsterdam, Excerpta Medica Foundation: International Congress Series 148, 1966: 455-457



EA definida: cuando el criterio radiológico se asocia al menos un criterio clínico
EA probable: 3 criterios clínicos presentes o criterio radiológico sin criterios clínicos

Semiología

Expansión torácica



Test de Schober



Prueba de Mennell



Flecha de Forestier



Deformidad vertebral con rectificación de columna lumbar, cifosis dorsal marcada y proyección del cuello hacia delante

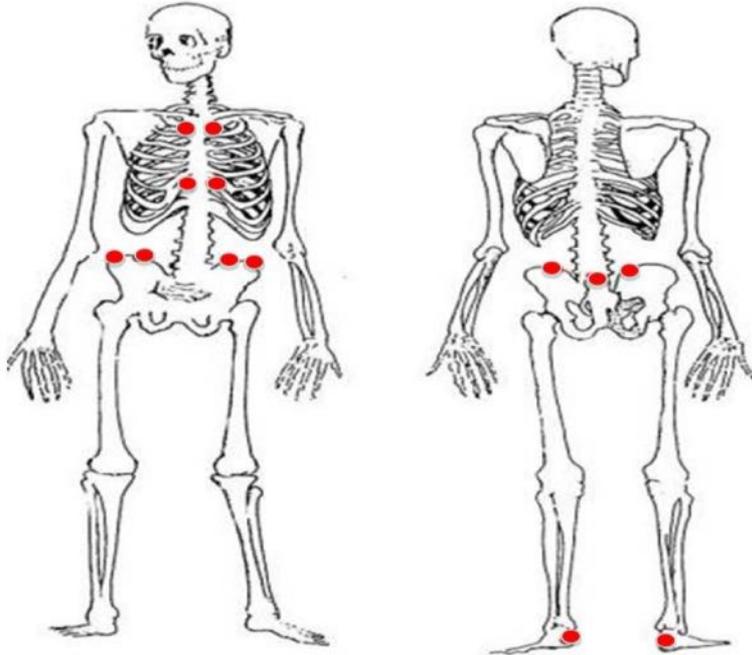


- Tendón de Aquiles
- Disco vertebral
- Articulación costo transversa y costo vertebral
- Rotuliana
- Trocánteres
- Manubrio esternal
- Fascia plantar
- Cresta iliaca



Entesitis MASES

Maastricht Ankylosing spondylitis enthesitis Score



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

1ª Costocondral der/izq

7ª Costocondral der/izq

Espina iliaca antero-superior der/izq

Cresta iliaca der/izq

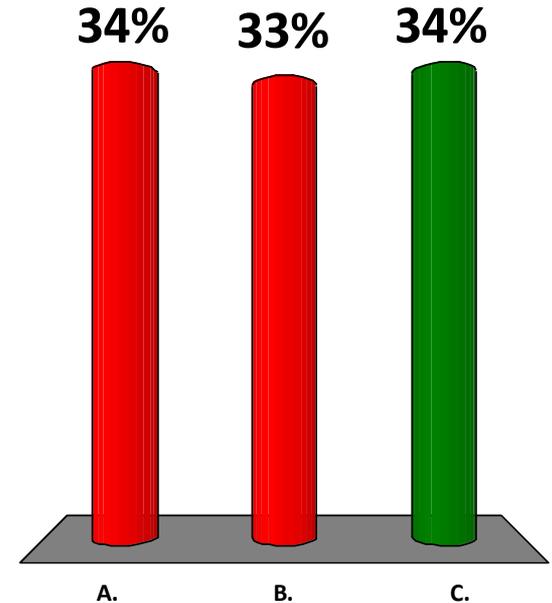
Espina iliaca posterior-superior der/izq

Apófisis espinosa L5

Inserción prox. tendón de Aquiles der/izq

Cual es la opción correcta

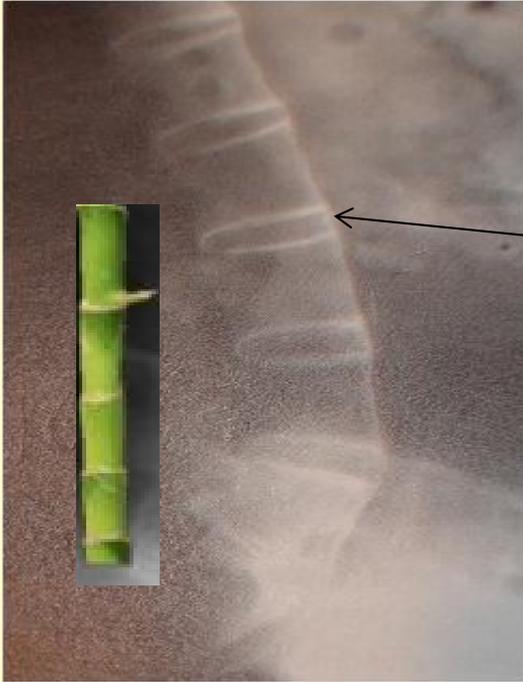
- A. Los sindesmofitos son osificaciones óseas que sobresalen en las vertebrae**
- B. Los sindesmofitos gruesos son los que forman la caña de bambú en EA**
- C. Los sindesmofitos finos son los que aparecen en EA**



Cual es la opción correcta

- 1-Los sindesmofitos son osificaciones óseas que sobresalen en las vertebras
- 2-Los sindesmofitos gruesos son los que forman la caña de bambú en EA
- **3-Los sindesmofitos finos son los que aparecen en EA**

Radiología de columna



Esclerosis en ángulos vertebrales anteriores

Sindesmofitos finos: **calcificación y osificación del anillo fibroso**

Squaring **Signo de Romanus**

Rectificación de la lordosis lumbar
Aumento de la cifosis dorsal



Vértebras dorsales en tonel

Sindesmofitos asimétricos y gruesos en APs



Secuencias de RMN empleadas para EsP

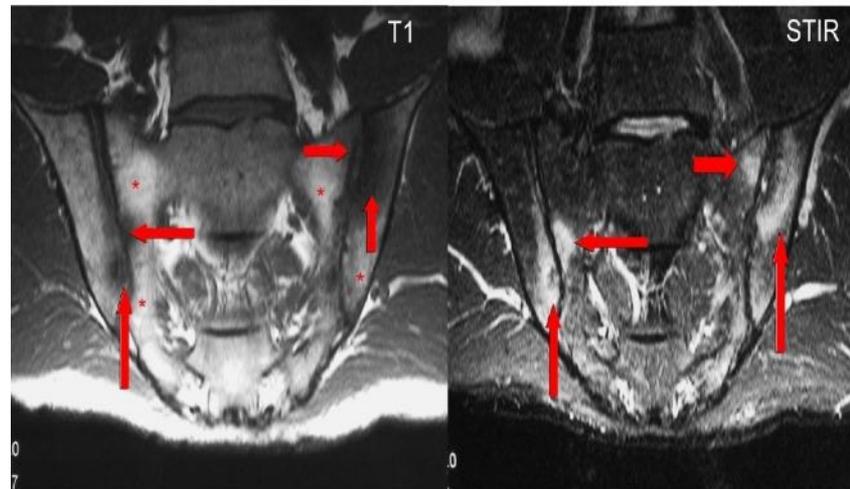
| Secuencia | Líquido cefalorraquídeo (agua) | Disco intervertebral (agua) | Tejido celular subcutáneo | Lesiones inflamatorias activas |
|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| Potenciada en T1* | hipointenso | hipointenso | hiperintenso | hipointenso |
| Potenciada en T2 sin supresión grasa | hiperintenso | hiperintenso | hiperintenso | hiperintenso |
| STIR* | hiperintenso | hiperintenso | hipointenso | hiperintenso |
| Potenciada en T2 con supresión grasa | hiperintenso | hiperintenso | hipointenso | hiperintenso |
| T1-post Gd, supresión grasa | hipointenso | hipointenso | hipointenso | hiperintenso |

*Requerimiento mínimo para la práctica clínica rutinaria

Adaptado de: ASAS handbook, Ann Rheum Dis 2009;68 (Suppl II)



Cambios Crónicos e Inflamatorios Activos de las Articulaciones Sacroilíacas en Espondiloartritis



→ Áreas de edema óseo:
Señal hipointensa

* Depósito de grasa periarticular

→ Áreas de edema óseo:
hiperintensa

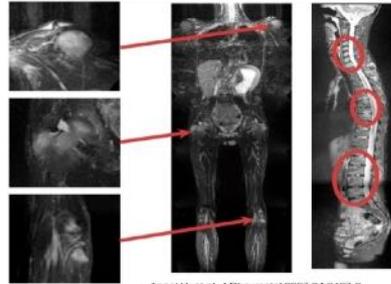


RMN cuerpo entero-Gamagrafía

- 32 canales simultáneamente
- bobinas designadas para cubrir al paciente entero
- movimiento de mesa monitorizado
- fusión de imagen automática
- imágenes paralelas



RM de Cuerpo Entero (Secuencia STIR)



Entesitis multilocular en entesis periféricas y columna
Paciente de 23 años con EA

Appel H, et al. J Rheumatol 2007;34:2497-8



Entesitis de la Fascia Plantar en RM



Inflamación aguda de ambos talones y articulaciones MTF I+II del pie izquierdo mostrada por gammagrafía

Talón derecho: Entesitis del tendón de Aquiles

Talón izquierdo: Entesitis de la fascia plantar

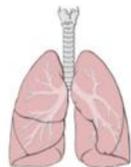
Manifestaciones extrarticulares EA



- ▶ Aortitis ascendente
- ▶ Cardiomegalia
- ▶ Pericarditis.
- ▶ Insuficiencia aórtica
- ▶ Alteraciones de conducción
- ▶ Más común en los que tienen afección periférica.



- Prevalencia incrementada de fracturas osteoporóticas.
- Valoración de densidad difícil por la presencia de sindesmofitos.

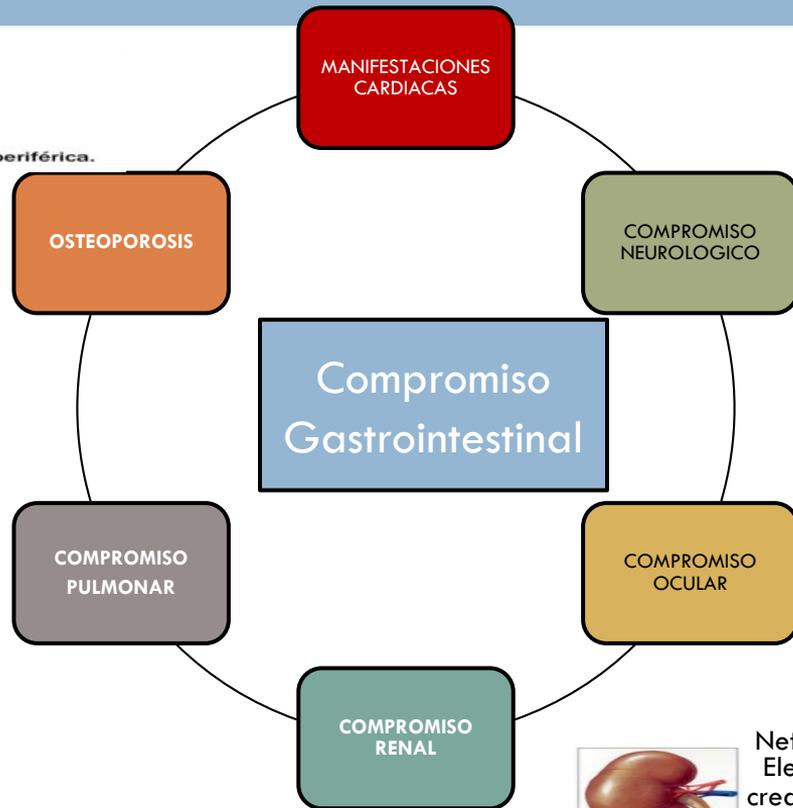


20 años de evolución

- Fibrosis progresiva vértices pulmonares.

Quistes secundarios (Aspergillus).

- Restricción de movilidad pulmonar: Reducción de la capacidad pulmonar



Compromiso medular o radicular por inestabilidad
Inflamación, compresión o fracturas en columna vertebral. (C5-C7).

Subluxación atloaxoidea: más frecuente en afección periférica.

- Síndrome de cola de caballo

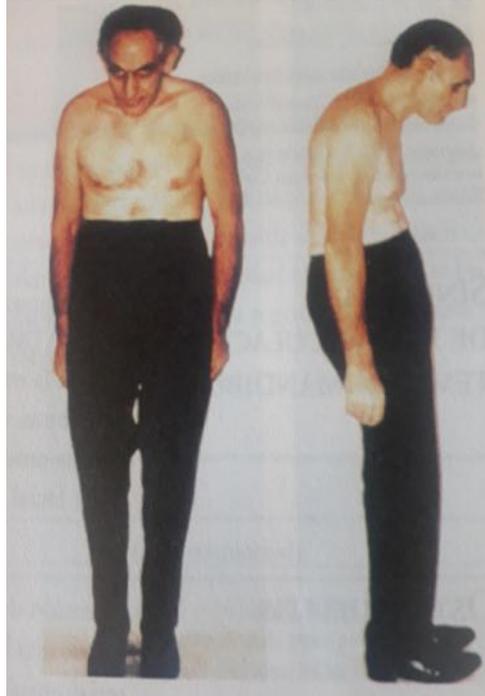


Uveítis anterior aguda iridociclitis
Unilateral
Relación con HLA B27



Nefropatía IgA:
Elevación de IgA, elevación de urea - creatinina.
Amiloidosis secundaria:

Dos caras de una misma enfermedad

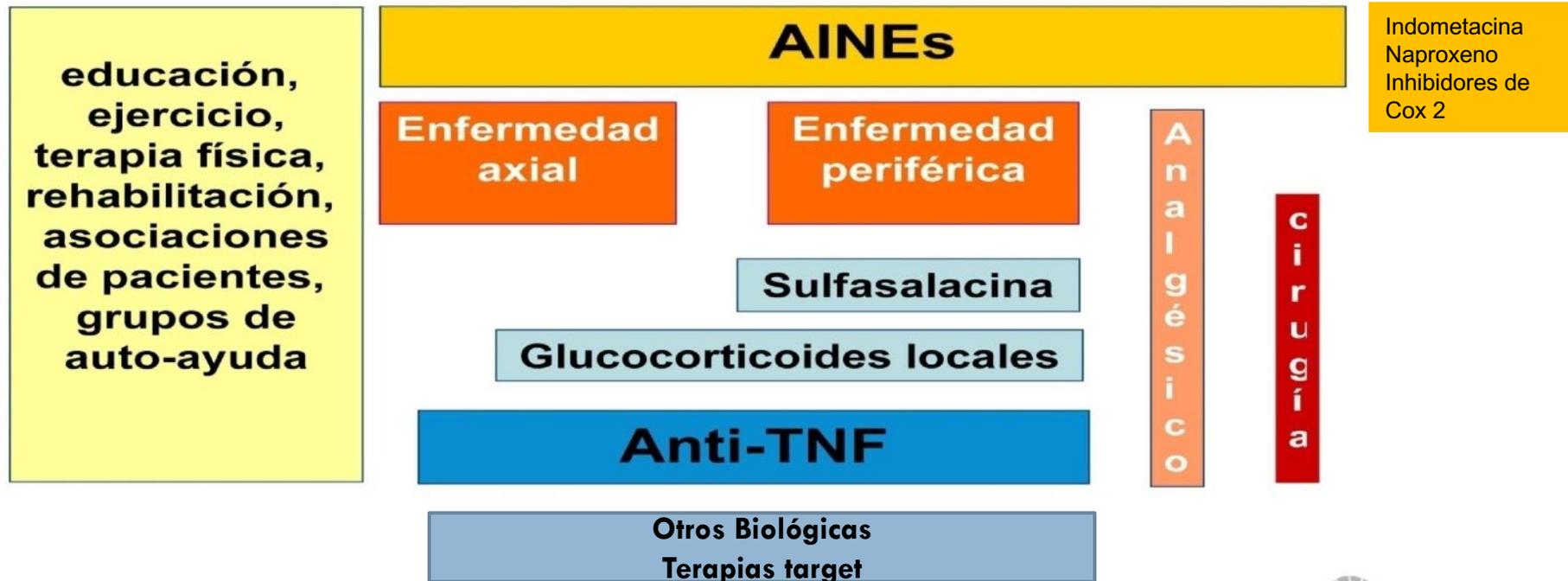


Manual de exploración física 3º edición
Henry M Seidel et al

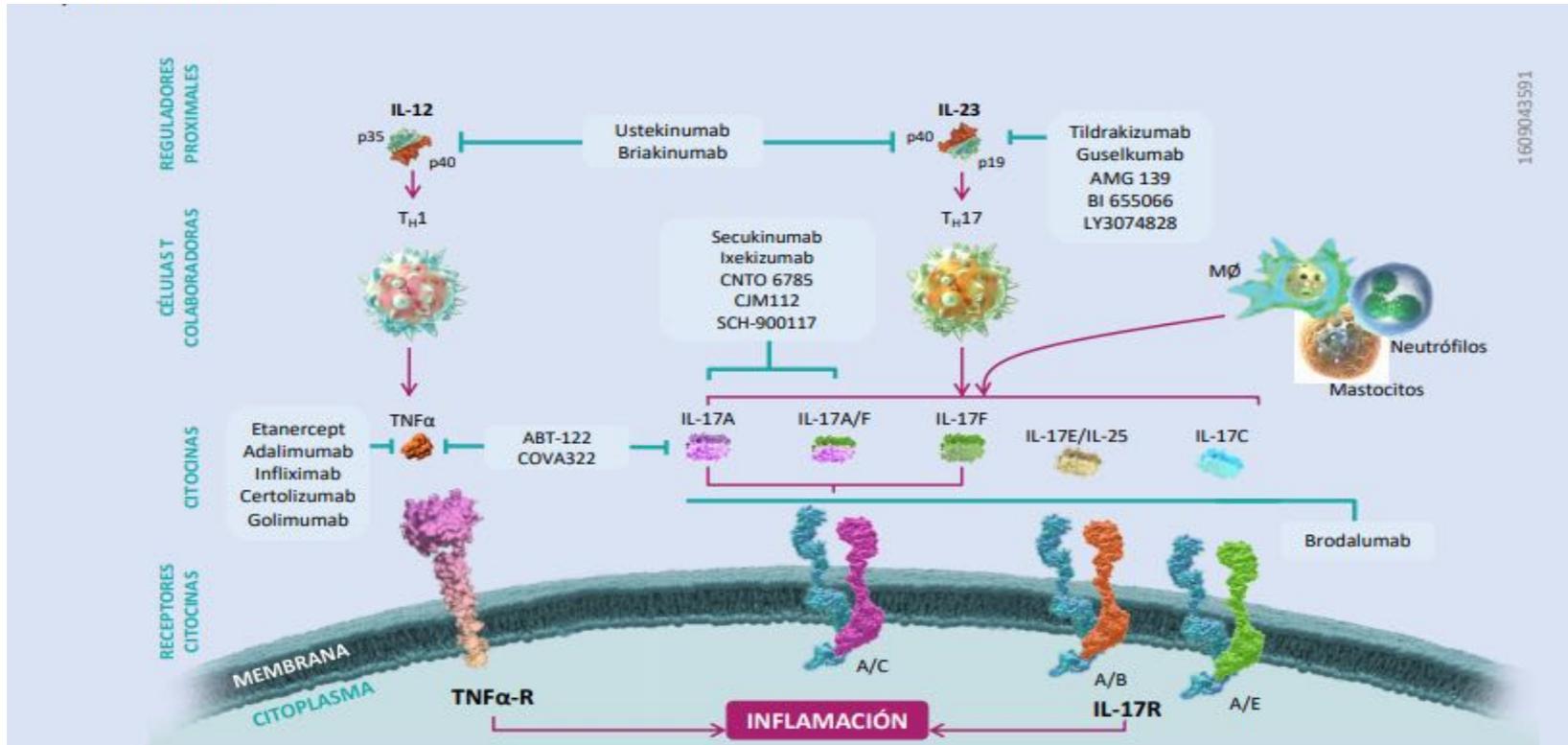


MADRID, 9 Ago. (EUROPA PRESS) -

Recomendaciones ASAS/EULAR para tratamiento de la EA



Vía IL 23/17 constituye una diana terapéutica clave en tratamiento de Esp



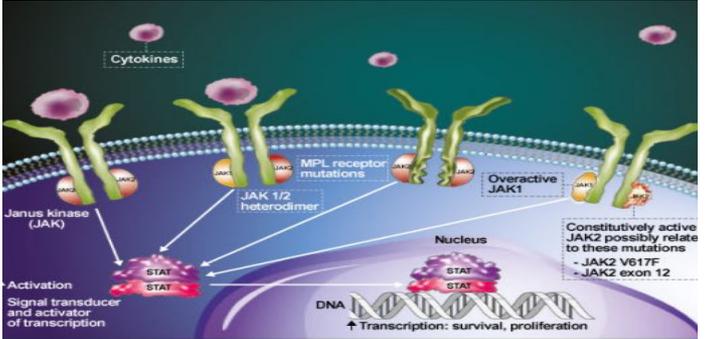
Vías de señalización janus-Kinasa o Jak/Stat

Utilidad del bloqueo de la vía JAK en SpA.

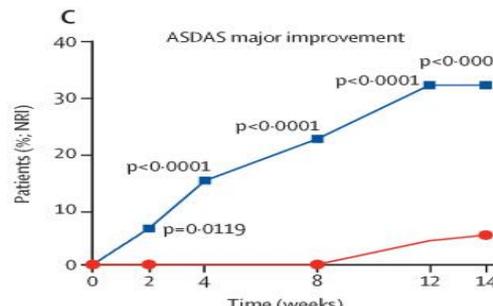
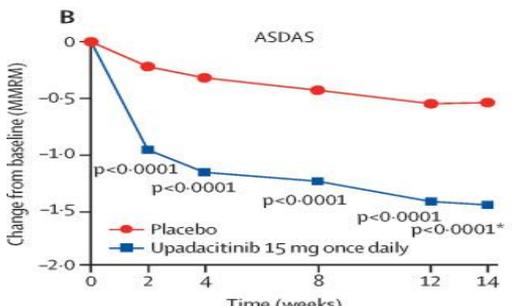
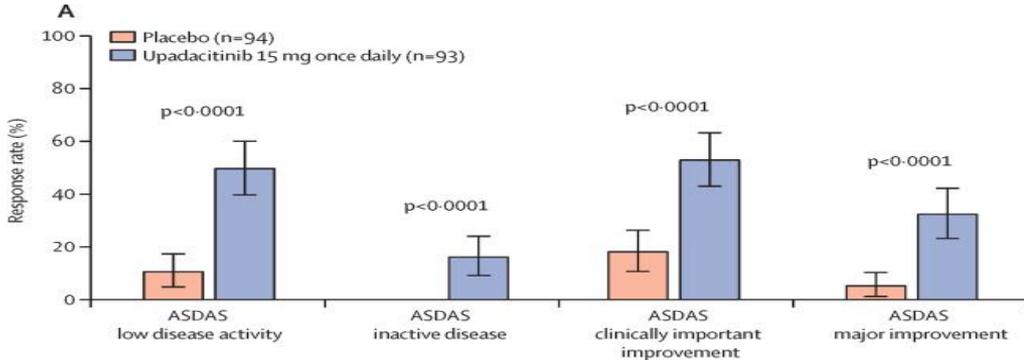
HIGHLIGHTS EULAR 2020

□ . Tofacitinib, Filgotinib y Upadacitinib

En pacientes con fallo a DMARDs a inhibidores de TNF



Select- Axis
 Upadacitinib a 30 mg demostró superioridad frente a adalimumab en ACR 20 ,50 y 70.
 Upadacitinib mejoro entesitis y progresión radiográfica en pacientes con fallo a DMARDs
 Los tres fármacos fueron superiores a placebo en pacientes con espondiloartritis axial con fallo a AINES, mostrando además disminución de inflamación espinal por RNM .



Artritis reactivas

Artritis de compromiso oligoarticular producidas en pacientes HLA B27 en respuesta a una infección bacteriana 4 a 6 semanas previas (Salmonella typhimurium, enteritidis, sholeraesius, Shygeia Flexneri, Yersinia entertocolítica, Campilobacter yeyuni, Clamidia Trachomatis y ureaplasma urealyticun)

- **Artritis (predominante en M.Inf)**
- **Uretritis (prostatitis y hematuria)**
- **Conjuntivitis (más raramente uveítis)**

Manifestaciones cutáneas

Queratodermia palmo plantar (llamada blenorragica)

Balanitis circinada

Lesiones mucosas

Cambios ungueales

Úlceras orales



Queratosis e hiperqueratosis palmo plantar .Se observa en el 15% de los pacientes Ocasionalmente pueden encontrarse estas lesiones en el pene, escroto, tronco, cuero cabelludo y extremidades.



Enfermedad Inflamatoria Intestinal



- Enfermedad de Crohn

Compromiso axial
15% en EC
10% en pacientes con CU.

- Colitis Ulcerosa

Compromiso periférico
15 -20% en la EC
10 - 15% en la CU.

- Colitis indeterminada

Compromiso axial

- **La intensidad de los síntomas no varía en relación a la actividad de la enfermedad intestinal, por lo que la evolución de las manifestaciones axiales y de las digestivas *ES INDEPENDIENTE***
- **Los síntomas pueden presentarse muchos años antes que la EI o persistir incluso después de la remisión.**

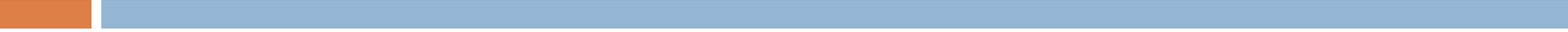
- Asociación con el antígeno HLA B27 (50 - 70%)

- Mayor frecuencia de manifestaciones oculares

- La uveítis se observa entre un 3 y 11% manifestándose con súbito enrojecimiento de un ojo, dolor y a veces visión borrosa.

Artritis Periférica en EII

- Se presenta con una frecuencia similar en hombres y mujeres.
- La artritis no suele producir lesiones permanentes en las articulaciones y **NO** se asocia a HLA B 27
- Afecta a pocas articulaciones –menos de cinco– y de forma preferente a las de las extremidades inferiores.
- Las caderas se afectan en menos del 20% de los casos.
- **Los síntomas articulares periféricos SUELEN COINCIDIR en el tiempo con los síntomas intestinales** , más para la CU que para la EC.



□ Muchas Gracias