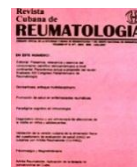


Revista Cubana de Reumatología



Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen 21, Número 3; 2019 ISSN: 1817-5996
www.revreumatologia.sld.cu

ARTÍCULO DE OPINIÓN Y ANÁLISIS

Abordaje práctico de la espondiloartritis

Practical approach to spondyloarthritis

Jonathan Adrián Velasco Bustamante ¹, Dagmar Lizbeth Velasco Bustamante ², Galo Alejandro Baquero Vallejo ³, Jessica Lizeth Gómez Valverde ⁴, Marco Andrés Villacres Pinza ⁵, Karina Alejandra Jinez Coca ⁶

¹ Médico General. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Médico General en Funciones Hospitalarias. Pichincha, Ecuador.*

² Médico General. Ministerio de Salud Pública. Médico General. Pichincha, Ecuador.

³ Médico General. Ministerio de Salud Pública. Médico General en Primer Nivel de Atención. Pichincha, Ecuador.

⁴ Médico General en Funciones Hospitalarias. Hospital Provincial Docente Ambato. Tungurahua, Ecuador.

⁵ Médico Cirujano. Hospital Básico Machachi. Pichincha, Ecuador.

⁶ Médico Residente. Hospital Básico San Cayetano. Tungurahua, Ecuador.

* Autor para la correspondencia: Dr. Jonathan Adrián Velasco Bustamante. E-mail: jonavelascobustamante@gmail.com

RESUMEN

Introducción: la espondiloartritis, es una forma de artritis inflamatoria que, generalmente comienza entre los 17 y los 45 años. La inflamación sistémica es una característica clave que ayuda a distinguirla de otros tipos de artritis, incluida la artritis por desgaste y desgarró, como la osteoartritis.

Objetivo: brindar información sobre el abordaje práctico de la espondiloartritis para contribuir a

esclarecer puntos que, a juicio de los autores de este trabajo, son importantes para el manejo de la misma.

Desarrollo: en poco tiempo han tenido lugar inusitados avances que abarcan todos los aspectos de su manejo, incluidos el diagnóstico y el seguimiento, pero sobre todo en su tratamiento. Algunas presentaciones engañosas son propias del comienzo retardado, como la espondiloartritis periférica de inicio tardío (LOPS), que se caracteriza por una oligoartritis inflamatoria que contrasta con los signos generales, un importante síndrome inflamatorio y, a veces, edema asimétrico de las extremidades inferiores.

Conclusiones: el papel de los reumatólogos es esencial en el manejo de esta enfermedad, pues son los especialistas mejor calificados para tener a su cargo a estos pacientes, mientras que los generalistas participan más en la detección de la misma.

Palabras clave: abordaje práctico; espondiloartritis; reumatología.

ABSTRACT

Introduction: spondyloarthritis, or SpA, is a form of inflammatory arthritis that usually begins between 17 and 45 years. Systemic inflammation is a key feature that helps distinguish it from other types of arthritis, including arthritis by tearing and tearing, such as osteoarthritis.

Objective: to provide information on the practical approach of spondyloarthritis to help clarify points that, in the opinion of the authors of this work, are important for the management of it.

Development: in a short time, there have been unusual advances that cover all aspects of its management, including diagnosis and monitoring, but especially in its treatment. Some deceptive presentations are typical of delayed onset, such as late-onset peripheral spondyloarthritis (LOPS), which is characterized by an inflammatory oligoarthritis that contrasts with the general signs, an important inflammatory syndrome and, sometimes, asymmetric edema of the lower extremities.

Conclusions: the role of rheumatologists is essential in the management of this disease, as they are the best qualified specialists to be in charge of these patients, while the generalists participate more in the detection of it.

Keywords: practical approach; spondyloarthritis, rheumatology.

Recibido: 09/05/2019

Aprobado: 10/05/2019

INTRODUCCIÓN

El término espondiloartritis (SpA) abarca una serie de enfermedades reumáticas responsables de gran variedad de cuadros clínicos. El campo de la espondiloartritis ha experimentado cambios importantes en los últimos años, no solo en relación con la nosología y la clasificación, sino también con las investigaciones (principalmente estudios de imagen) y, sobre todo, con la introducción de antagonistas del TNF. El término espondiloartritis hace referencia a varios tipos de enfermedades, incluidas las entidades nosológicas clásicas (espondilitis anquilosante, artritis psoriásica, artritis reactiva, artropatías enteropatías y espondiloartropatías indiferenciadas). La espondiloartritis, o SpA, es una forma de artritis inflamatoria que, generalmente comienza entre los 17 y los 45 años. La inflamación sistémica

es una característica clave que ayuda a distinguirla de otros tipos de artritis, incluida la artritis por desgaste y desgarro, como la osteoartritis.

La enfermedad se manifiesta principalmente en adultos jóvenes, pero un inicio después de 45 o 50 años no es excepcional. La distribución del tipo de espondiloartritis difiere en los ancianos y, en particular, la artritis psoriásica se vuelve muy preponderante a esta edad. La expresión clínica de la espondiloartritis de inicio tardío es tan variada como en los sujetos jóvenes. La dificultad diagnóstica radica en el mayor número de diagnósticos diferenciales y el problema de interpretar las imágenes sacroilíacas y de la columna vertebral a esta edad.

El vocablo espondiloartritis agrupa un conjunto de enfermedades frecuentes, quizá no tanto en la población general, en la que aparecen en un 0,3–1,9 %, sino entre las personas que acuden a las consultas de reumatología, donde se plantea que el 13 % de los diagnósticos son de esta enfermedad.⁽¹⁾ Se trata de enfermedades con una gran repercusión socioeconómica, puesto que afectan principalmente a varones en etapa de pleno rendimiento laboral, que, además, son complejas de abordar, tanto para el médico de atención primaria, lo que se refleja en el retraso diagnóstico, como para los propios reumatólogos, dada la necesidad de un tratamiento multidisciplinario debido a las complicaciones que pueden presentarse e involucran a muchos especialistas.

En poco tiempo han tenido lugar inusitados avances que abarcan todos los aspectos de su manejo, incluidos el diagnóstico y el seguimiento, pero sobre todo en su tratamiento. Algunas presentaciones engañosas son propias del comienzo retardado, como la espondiloartritis periférica de inicio tardío (LOPS), que se caracteriza por una oligoartritis inflamatoria que contrasta con los signos generales, un importante síndrome inflamatorio y, a veces, edema asimétrico de las extremidades inferiores. La edad avanzada no es, en sí misma, un argumento suficiente para desafiar el diagnóstico de la espondiloartritis. La presencia de un historial familiar de estas enfermedades, con frecuencia, es esencial para el diagnóstico.

El objetivo de este estudio es brindar información sobre el abordaje práctico de la espondiloartritis para contribuir a esclarecer puntos que, a juicio de los autores de este trabajo, son importantes para el manejo de la misma. Para alcanzar este objetivo se hizo una búsqueda bibliográfica en idiomas español e inglés sobre esta entidad nosológica y los resultados se plantearon teniendo en cuenta los criterios y experiencias de los autores.

DESARROLLO

Si bien actualmente no hay cura para la espondiloartritis, hay tratamientos efectivos que incluyen medicamentos, ejercicio regular y varias terapias complementarias dirigidas a reducir la inflamación sistémica y mantener a las personas activas para minimizar el riesgo de fusión en la columna vertebral, así como en otras articulaciones y entesis.

El término seronegativo a veces precede a cualquiera de estos términos, y simplemente significa que ciertos anticuerpos comúnmente asociados con la artritis reumatoide y otras enfermedades reumáticas no se presentaron en la analítica de sangre de la persona.

Esta familia de enfermedades se divide en categorías individuales según la (s) característica (s) de la enfermedad predominante. Las principales similitudes que pueden ocurrir con cualquier tipo de espondiloartritis son:

- . Inflamación en la pelvis y la columna vertebral que generalmente causa dolor inflamatorio de espalda
- . Dolor y / o hinchazón de cualquier otra articulación del cuerpo (caderas, rodillas, tobillos, pies, manos, muñecas, codos, hombros.)
- . Uveítis / iritis de inicio rápido, dolor marcado y enrojecimiento en un ojo a la vez
- . Erupción cutánea por psoriasis
- . Inflamación en el intestino (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, colitis no diferenciada)
- . Dactilitis, o "dedos en salchicha", que no es más que la inflamación a lo largo de los tendones de los dedos de las manos o los pies.
- . Entesitis, referida a la inflamación en el lugar donde los tendones y ligamentos se encuentran con el hueso. Esto ocurre comúnmente en la parte posterior o inferior del talón.

Actualmente la clasificación más usada es la que se refiere a tres tipos fundamentales, en la que se agrupan las entidades que anteriormente estaban bajo otra clasificación:⁽²⁾

1. Espondiloartritis axial (AxSpA)

- . Radiográfica (incluyendo espondilitis anquilosante)
- . No radiográfica

La SpA axial causa inflamación en la columna vertebral y / o la pelvis lo que generalmente provoca dolor inflamatorio en la espalda. Este tipo de espondilitis es una categoría amplia que incluye a las personas con y sin cambios inflamatorios característicos de las articulaciones sacroilíacas (observadas en la radiografía).

Casi todas las personas con espondilitis anquilosante entran en la categoría de AxSpA radiográfico. Las personas con artritis reactiva, artritis enteropática, espondiloartritis no diferenciada y artritis psoriásica pueden estar en la categoría de AxSpA radiográfica o AxSpA no radiográfica. La espondiloartritis axial no radiográfica es un nuevo concepto individualizado según los criterios actuales.⁽³⁾ Esta clasificación incorpora, entre otras enfermedades, la artritis psoriásica con sus diversas presentaciones, que son formas de espondiloartritis

2. Espondiloartritis con afectación articular periférica.

- . Erosiva
- . No erosiva

3. Espondiloartritis con entesitis periférica.

Diagnóstico

El diagnóstico temprano de la espondiloartritis es desafiante y se basa en una combinación de hallazgos de la historia clínica, el examen físico, las pruebas de laboratorio y los estudios de imágenes.

La radiología convencional es un medio importante y útil para la valoración de los pacientes con este diagnóstico, pero su principal restricción está en que, aunque revela los daños estructurales que pueden existir, pasa por alto la inflamación activa, lo que atenta contra un diagnóstico temprano, de ahí que en este tipo de patología en muchas ocasiones transcurren años desde que comienzan los síntomas hasta que se plantea el diagnóstico de certeza.

Por tales razones es que en la actualidad el estudio de imagenología de elección ("gold standard") para establecer el diagnóstico es la resonancia magnética, que puede revelarlo cuando por este medio se constata edema subcondral de médula ósea en al menos una de las articulaciones sacroilíacas. También en el caso de que muestre, en dos sesiones consecutivas de resonancia, que el área topográfica examinada no es normal; o por el hallazgo de edema de la médula ósea al menos en dos sitios periarticulares diferentes.

Para ser válidas, estas anomalías deben ser inequívocas y no concretas de la lesión o de algún artefacto no específico, particularmente de naturaleza vascular.⁽⁴⁾ Sin embargo, es importante tener en cuenta que estos hallazgos no son concluyentes, pues algunos pacientes con un diagnóstico definitivo de espondiloartritis y evidencia clínica de actividad de la enfermedad tienen hallazgos normales de la resonancia.

Cuando el estudio se trata de la columna vertebral puede beneficiar el manejo inicial del paciente, no solo para descartar diagnósticos diferenciales, como por ejemplo, tumores espinales benignos o malignos, infecciones de los discos y vértebras o enfermedad inflamatoria del disco, sino que también permite detectar otros tipos de lesiones que sugieren la espondiloartritis y, por lo tanto, contribuyen a apoyar el diagnóstico.

Quiere decir que, la presencia de un gran número de señales inflamatorias o de ácido graso involutivo en los huesos vertebrales confiere cierto apoyo a la posibilidad de espondiloartritis cuando se combina con dolor de espalda, particularmente en pacientes más jóvenes con la participación de un gran número de vértebras. Sin embargo, estas anomalías reveladas por la resonancia magnética se pueden encontrar también en pacientes con dolor lumbar inespecífico, en las neoplasias vertebrales e incluso en individuos sanos. Se ha demostrado que la repetición de las imágenes por resonancia magnética no beneficia el diagnóstico porque no varían los resultados.

Manejo de la espondiloartritis

La espondiloartritis es una enfermedad potencialmente grave asociada con una disminución de la esperanza de vida,⁽⁵⁾ que en ocasiones por el cuadro que presenta puede llegar a ser una urgencia médica.⁽⁶⁾ Clínicamente hay extraordinaria variabilidad entre pacientes en cuanto a todas las manifestaciones más comunes como el dolor inflamatorio de espalda, la artritis periférica, y los signos extrarticulares, que son síntomas incapacitantes responsables del dolor, además de los impedimentos funcionales que son temporales o permanentes y los efectos adversos sobre la vida cotidiana, por ejemplo, astenia y depresión reactiva.⁽⁷⁾

En consecuencia, la espondiloartritis requiere un enfoque multidisciplinario que involucra varios profesionales médicos y otros profesionales de la salud, cuyo trabajo sea coordinado por el reumatólogo con la colaboración del médico de atención primaria. La finalidad de la conducción práctica sistemática de los pacientes con espondiloartritis es que mejoren la calidad de vida; se controlen los síntomas y la inflamación; se prevenga el daño estructural, particularmente en formas

periféricas y se logre la recuperación de las capacidades funcionales, autosuficiencia y participación social.

El seguimiento y el ajuste del tratamiento debe hacerse en dependencia de la evolución de la enfermedad, dada por el comportamiento de síntomas como la intensidad de la fatiga, el dolor espinal, el grado de compromiso de las articulaciones periféricas y el dolor entesopático de áreas sensibles a la presión, entre otros. Esto puede evaluarse por el estado de los signos, por ejemplo, el número de articulaciones dolorosas y el número de articulaciones inflamadas o en el caso de la espondilitis anquilosante por el Índice de actividad de la enfermedad, medida por una escala analógica visual de 0 a 10 cm o 0 a 100 mm. El síndrome inflamatorio se evalúa mediante la proteína C reactiva.

El logro de un alivio óptimo de los síntomas y el inicio de los componentes no farmacológicos de la estrategia de manejo que se vaya a adoptar, no se puede iniciar hasta que se realice un diagnóstico definitivo. En la bibliografía se recoge que el tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta que se establece el diagnóstico de espondiloartritis sigue siendo de 7 años aproximadamente.

La regla de oro en el manejo de los pacientes es lograr la remisión clínica de la enfermedad u obtener un bajo nivel de actividad de la misma, en cuanto a las manifestaciones axiales, periféricas y extra articulares, así como de la comorbilidad. En esto es muy importante la vigilancia por parte del reumatólogo. Una vez que se logre la meta, se debe proporcionar un seguimiento individualizado.

En la actualidad no existe una definición o conjunto de criterios operables y universalmente aceptados sobre la remisión de la enfermedad en las diversas formas fenotípicas de la espondiloartritis, y en cuanto al empleo de estudios de imagen, especialmente de la resonancia magnética no hay evidencia científica sobre su utilidad para el seguimiento de los pacientes.

La fase de tratamiento inicial, durante el período que rodea e inmediatamente después del diagnóstico, requiere evaluaciones de seguimiento espaciadas para monitorizar la gama completa de eventos, el impacto del tratamiento en el paciente y la posible necesidad de ajustarlo, así como su tolerancia. El reumatólogo debe evaluar la enfermedad investigando los diversos campos involucrados, como son la actividad de la enfermedad, dependencia de los fármacos antiinflamatorios, la gravedad del cuadro clínico, la enfermedad inflamatoria y las deficiencias funcionales e incapacitantes.

La intervención del reumatólogo u otros especialistas debe estar prevista para cuando los pacientes experimentan eventos intercurrentes. La presentación y la actividad de la enfermedad varían con el tiempo en cada paciente, por tanto, predecir el curso de la enfermedad es difícil. Este hecho, junto con la amplia gama de medicamentos disponibles para el tratamiento de la espondiloartritis, excluye la definición de intervalos de seguimientos óptimos o aplicables a todos los pacientes.

Sin embargo, por la naturaleza crónica de la espondiloartritis, el período de un año es mínimo para determinar el curso de la enfermedad, detectar complicaciones o nuevas manifestaciones y para evaluar la utilización de los servicios de salud; de ahí que el seguimiento deba ajustarse a los síntomas y a la progresión de la enfermedad en cada caso particular.

De acuerdo con la naturaleza específica de los eventos experimentados por el paciente, se debe facilitar el acceso al especialista que esté en la mejor posición para brindar la atención adecuada, dependiendo de los síntomas, pero también la posible gravedad de las manifestaciones, dígame riesgo de adherencias permanentes o pérdida de la visión por la uveítis aguda anterior.

Manejo no farmacológico

La información, la educación para la salud y la educación terapéutica son componentes integrales del manejo de los pacientes con espondilorraritis.⁽⁸⁾ Está comprobado que fumar está asociado con una mayor actividad y gravedad de la enfermedad, de ahí que uno de los aspectos a tener presentes en el cuidado de este padecimiento y de las personas afectadas, es brindarle información al respecto, enfatizando sobre los beneficios del abandono del hábito de fumar.

Igual que los efectos adversos del tabaquismo en términos de enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar y tumores malignos están bien establecidos, ha quedado demostrado que la adición afecta negativamente el curso de la espondiloartritis. Se ha observado que la progresión radiográfica en fumadores es peor que en los no fumadores con SpA.⁽⁹⁾ Estos factores son un argumento adicional que apoya el abandono del hábito de fumar en pacientes con espondiloartritis.

Las manifestaciones extraarticulares tales como psoriasis, uveítis y/o enfermedad intestinal inflamatoria crónica, deben manejarse en colaboración con los especialistas apropiados.

Las decisiones de tratamiento, el seguimiento y los ajustes de dosis de ciertos medicamentos específicos, y la evaluación de determinadas enfermedades, particularmente las gastrointestinales, y oftalmológicas, con posibles resultados a largo plazo, son ejemplos de situaciones que el reumatólogo tiene que tener presente para indicar exámenes de detección y así poder tratar adecuadamente otras enfermedades que acompañen estos procesos.

Por tanto, es importante prestar atención al desarrollo de comorbilidades en pacientes con espondiloartritis, como ocurre con todas las enfermedades inflamatorias crónicas.⁽¹⁰⁾ Las comorbilidades cardiovasculares merecen atención especial, así como la osteoporosis, cuya prevalencia aumenta en pacientes con espondiloartritis.^(11,12) La gestión general de estas entidades acompañantes debe realizarse en colaboración con el médico de atención primaria.

Manejo farmacológico

En el tratamiento con medicamentos convencionales, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) constituyen la mejor opción para la espondiloartritis sintomática en ausencia de contraindicaciones. En la mayoría de los pacientes, la terapia con AINE controla eficazmente los síntomas de las articulaciones y los signos de la espondiloartritis.⁽¹³⁾ Los AINE no tienen efectos significativos en los marcadores de laboratorio para la inflamación; por el contrario, varios resultados sugieren un efecto beneficioso sobre el daño estructural maxilar.⁽¹⁴⁾ Cuando los AINE están contraindicados, los analgésicos y la terapia física deben tener preferencia al tratamiento de primera línea.

La respuesta a un AINE determinado puede variar entre pacientes, por lo tanto, se deben probar varios AINEs antes de concluir que esta clase de medicamentos no es efectiva. El régimen de AINE debe adaptarse a cada paciente individual, y debe usarse la dosis y la duración más bajas para garantizar el control de los síntomas. Al seleccionar el AINE, los riesgos de efectos adversos cardiovasculares, gastrointestinales y renales deben estar entre los factores considerados.

Por tanto, los perfiles de riesgo en los AINE y, por consiguiente, la presencia de características específicas del paciente debe tenerse en cuenta al seleccionar el AINE. Por ejemplo, el uso de un inhibidor de la COX2 debería ser una preferencia en pacientes con factores de riesgo gastrointestinales y el naproxeno en aquellos con factores de riesgo cardiovascular.⁽¹⁵⁾

El tratamiento con AINE generalmente se prescribe hasta que el dolor y la rigidez articulares se desvanecen, a veces durante varias semanas. Tomados durante un período prolongado, los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos pueden causar complicaciones digestivas, como úlceras gástricas. Con frecuencia estos medicamentos se indican conjuntamente con otros para proteger el estómago, como la famotidina, el omeprazol y el misoprostol.

Dentro del manejo farmacológico es muy importante que todos los pacientes sean monitoreados de manera cuidadosa y regular para detectar efectos adversos. Dados los riesgos asociados con la terapia de AINE de dosis completa continua, se debe buscar la dosis más baja que garantice el control de la enfermedad. Los analgésicos pueden usarse en pacientes con dolor residual a pesar de la terapia con NSAID y en pacientes con fracaso, contraindicación o intolerancia a los AINE. No se han publicado datos sobre tratamientos analgésicos en la espondiloartritis.⁽¹⁶⁾ Pueden considerarse las inyecciones locales de glucocorticoides en sitios sintomáticos, sitios de artritis o entesitis.

En general, la terapia sistémica con glucocorticoides no está justificada para tratar las manifestaciones axiales de la espondiloartritis y, los efectos adversos potencialmente graves de la terapia con glucocorticoides sistémicos, junto con la escasez de datos publicados, son elementos a tener en cuenta para no indicarlos ante las manifestaciones axiales de la espondiloartritis.

No obstante, la terapia con glucocorticoides sistémicos puede ser considerada cuando las manifestaciones articulares periféricas no están controladas de manera satisfactoria, en ausencia de opciones efectivas de tratamiento o factibles (por ejemplo, en pacientes con contraindicación al tratamiento con antagonistas del TNF) En estos casos, se debe usar la dosis más baja posible de glucocorticoide sistémico. Hasta la fecha, no hay indicaciones de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad convencionales [DMARD], (metotrexato, leflunomida y sulfasalazina) para tratar manifestaciones axiales aisladas o entesitis.

La sulfasalazina se usa a veces cuando se afectan las articulaciones de las extremidades, pero no es muy eficaz contra los dolores de la columna vertebral, también se puede usar metotrexato, pero estos dos medicamentos pueden causar efectos secundarios graves, especialmente en la sangre y el hígado. En los casos de dolor intenso refractario pueden utilizarse, previa valoración de los riesgos, los corticoides intrarticulares.

La llegada de los llamados tratamientos biológicos (o anti-TNF-alfa) ha mejorado significativamente el manejo de casos graves de espondiloartritis. Los anti-TNF (factor de necrosis tumoral) alfa, también llamados modificadores de la respuesta biológica, son medicamentos recientes ampliamente utilizados para el tratamiento del reumatismo inflamatorio. En la espondilitis anquilosante, se prescriben comúnmente infliximab y etanercept que pueden reducir rápidamente el dolor y la rigidez matutinos y mejorar la inflamación. Sin embargo, estos tratamientos son muy costosos y se prescriben solo en caso de fracaso de los tratamientos convencionales.

El tratamiento de los pacientes con espondiloartritis se debe adaptar de acuerdo con:

- . Las manifestaciones actuales de la enfermedad (signos y síntomas axiales, periféricos, entésicos, extrarticulares).
- . El nivel de los síntomas actuales, los hallazgos clínicos y los indicadores de pronóstico.

. El estado clínico general (edad, sexo, comorbilidad, medicamentos concomitantes, factores psicosociales).

Para lograr un cuidado óptimo de las personas con un diagnóstico de espondiloartritis es necesario una concertación entre el reumatólogo y el paciente, de modo que las decisiones terapéuticas sean compartidas y basadas en la información y la educación sanitaria de este último.

La decisión médica bajo una alianza terapéutica precisa que los pacientes puedan acceder por diferentes medios a la información y a un proceso de educación que los capacite para optar por la mejor opción para su enfermedad y su calidad de vida. Puede decirse que la educación terapéutica es el centro de cualquier estrategia que se trace para el manejo de esta enfermedad, dado por sus características, cuadro clínico y lo incapacitante que puede ser, según su evolución. Además, la educación terapéutica favorece la independencia de los pacientes y es lo que ha hecho surgir el concepto de paciente acompañante.

Esta educación puede ser realizada en sesiones formales, pero de no ser posible es igualmente efectiva si se desarrollan dentro del propio proceso de atención, especialmente en aquellos pacientes que no tienen acceso a medios mejor estructurados.^(15,16)

Fisioterapia

El ejercicio es un aspecto importante del tratamiento, ya que ayuda a mantener una buena postura y aumentar la capacidad respiratoria. Sin embargo, debe orientarse a los pacientes que no deben realizar ejercicios que requieran un esfuerzo especial de la columna vertebral, así como los deportes de contacto. La natación y algunos estiramientos que fortalecen la espalda y el abdomen si son particularmente beneficiosos. También es recomendable que las personas que padecen la espondiloartritis consulten al fisioterapeuta para establecer con él un programa de ejercicios adaptado a su dolor y a la rigidez en las articulaciones.

No menos importante en el manejo de estas enfermedades es la participación activa de los enfermos en las asociaciones de pacientes, que pueden ser de gran ayuda por ser espacios de discusión y apoyo, donde se ofrece información y se intercambian experiencias entre personas con situaciones similares.⁽¹⁶⁾

CONCLUSIONES

El papel de los reumatólogos es esencial en el manejo de esta enfermedad, pues son los especialistas mejor calificados para tener a su cargo a estos pacientes, mientras que los generalistas participan más en la detección de la misma.

El manejo de los pacientes debe garantizar el control de todas las dimensiones de la enfermedad, combinando para esto medios farmacológicos y no farmacológicos. Una vez que se arribe al diagnóstico es necesario iniciar el tratamiento tan pronto como sea posible, aunque se ha visto en muchos casos que el manejo temprano de la misma no ha tenido éxito en los resultados a largo plazo de los pacientes con espondiloartritis, no obstante, se sugiere la rapidez del diagnóstico temprano y, consecuentemente, el tratamiento.

REFERENCIAS

1. Braun J, van den Berg R, Baraliakos X, Boehm, H, Burgos-Vargas R, Collantes-Estevez E, Geher P. 2010 update of the ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2011;70(6):896-904.
2. Claudepierre P, Wendling D, Breban M, Goupille P, Dougados M. Ankylosing spondylitis, spondyloarthropathy, spondyloarthritis, or spondylarthritis: what's in a name? *Joint Bone Spine*. 2012;79:534-5.
3. Wendling D, Prati C, Claudepierre P, Guillot X, Breban M. Non-radiographic spondyloarthritis: a theoretical concept or a real entity? *Joint Bone Spine*. 2012;79:531-3.
4. Rudwaleit M, Jurik AG, Hermann KA, Landewé R, van der Heijde D, Baraliakos X, Sieper J. Defining active sacroiliitis on magnetic resonance imaging (MRI) for classification of axial spondyloarthritis: a consensual approach by the ASAS/OMERACT MRI group. *Ann Rheum Dis*. 2009;68:1520-7.
5. Prati C, Claudepierre P, Pham T, Wendling D. Mortality in spondylarthritis. *Joint Bone Spine*. 2011;78:466-70.
6. Arturi A, Arturi V, Giacomone D. Emergencias y urgencias en Reumatología clínica. *Revista Argentina de Reumatología*. 2017;28(4):35-41
7. Wendling D, Claudepierre P, Prati C. Early diagnosis and management are crucial in spondyloarthritis. *Joint Bone Spine*. 2013;80:582-5.
8. Carmona L, Loza E. Guía práctica para el manejo de las espondiloartritis (ESPOGUIA): metodología y datos generales del documento. *Reumatol Clin*; 2010;6(S1):1-50
9. Sieper J, Rudwaleit M, Baraliakos X, Brandt J, Braun J, Burgos-Vargas R, Van Der Heijde D. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 2009; 68:ii,1-44.
10. Van der Horst-Bruinsma IE, Nurmohamed MT, Landewé RB. Co-morbidities in patients with spondyloarthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2012;38:523-38.
11. Del Puente A, Esposito A, Parisi A, Atteno M, Montalbano S, Vitiello M, Scarpa R. Osteoporosis and psoriatic arthritis. *J Rheumatol Suppl*. 2012;89:36-8.
12. El Maghraoui A. Osteoporosis and ankylosing spondylitis. *Joint Bone Spine*. 2004;71(4):291-5.
13. Benhamou M, Gossec L, Dougados M. Clinical relevance of C-reactive protein in ankylosing spondylitis and evaluation of the NSAIDs/coxibs' treatment effect on C-reactive protein. *Rheumatology (Oxford)*. 2010;49:536-41.
14. Wendling D. Do non-steroidal anti-inflammatory drugs have disease-modifying effects in spondyloarthritis? *Joint Bone Spine* 2013;80:563-4
15. Paccouc J, Claudepierre P, Cartong L, Combeh B, Goupille P, Francis Guilleminj, Hudryk C, Miceli-Richard C, Dougados M. Recommendations of the French Society for Rheumatology (SFR) on the everyday management of patients with spondyloarthritis. *Joint Bone Spine* 81. (2014)6-14.

16. Ramiro S, Radner H, van der Heijde D, van Tubergen A, Buchbinder R, Aletaha D, Landewé RB. Combination therapy for pain management in inflammatory arthritis (rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, other spondyloarthritis). *Cochrane Database Syst Rev* 2011;10:CD008886.

Conflicto de interés:

Los autores refieren no tener conflicto e interés.