



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Medicina



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
"DR. EDUARDO LICEAGA"
SERVICIO DE REUMATOLOGÍA**

**"CARACTERIZACION CLINICA DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL Y
PERIFERICA ANIDADOS A UNA COHORTE DE ESPONDILOARTROPATIAS."**

**TESIS
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA
P R E S E N T A:**

ARLEN YAOSKA DE LOS ANGELES RIVERA RUIZ

**ASESOR DE TESIS
DR. RUBEN BURGOS VARGAS**

**SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA**

**DR. CONRADO GARCIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE REUMATOLOGÍA, UNAM
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA**



DR. EDUARDO LICEAGA

Ciudad de México, 29 de julio de 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	1
ABREVIATURAS	2
RESUMEN	3
ANTECEDENTES	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
JUSTIFICACIÓN	7
OBJETIVO GENERAL	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
MATERIAL Y METODOS	8
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	12
ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD	12
RESULTADOS	13
DISCUSIÓN	14
CONCLUSIONES	16
REFERENCIAS	17
ANEXOS	21

LISTA DE TABLAS

<i>Tabla 1. Biomecanica Laboral.....</i>	<i>23</i>
<i>Tabla 2. Diagnóstico de espondiloartritis.....</i>	<i>23</i>
<i>Tabla 3. Edad y sexo.....</i>	<i>24</i>
<i>Tabla 4. Clinimetria espondiloartritis periférico vs axial.....</i>	<i>24</i>
<i>Tabla 5. Tratamiento recibido.....</i>	<i>25</i>

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme llegar hasta donde estoy.

A mis padres por su inalcanzable apoyo y amor porque sin ellos esto no sería posible.

A mis maestros y médicos adscritos por conducirme hacia la ruta correcta.

Al Dr. Rubén Burgos por su incondicional apoyo y enseñanzas.

ABREVIATURAS

SpA: Espondiloartritis

AS: Espondilitis Anquilosante

PsA: Artritis psoriásica

ReA: Artritis reactiva

IBD-SpA: Espondiloartritis relacionada con la enfermedad inflamatoria intestinal

uSpA: Espondiloartritis indiferenciada

ASAS: Assessment in Spondyloarthritis International Society

axSpA: **Espondiloartritis** axial

ESSG: European Spondyloarthropathy Study Group

BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index

ASAS HI: Health Index

ASDAS: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score

BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index:

BASMI: Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index

FARMEC: fármacos modificadores de la enfermedad clásicos

FARMEB: fármacos modificadores de la enfermedad biológicos

EVA: escala visual análoga

EQ-5D 3L: Euro Qol 5D

DM: Diabetes mellitus

**“CARACTERIZACION CLINICA DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL Y PERIFERICA
ANIDADOS A UNA COHORTE DE ESPONDILOARTROPATIAS.”**

RESUMEN

OBJETIVOS: Establecer las principales características clínicas de la primera visita de una cohorte de pacientes con axSpA y espondiloartritis periférica.

METODOS: Estudio observacional, corte transversal. Se incluyeron pacientes de reumatología del hospital general de México “Dr. Eduardo Liceaga”, con diagnóstico de SpA según criterios ASAS, Amor, European Spondyloarthropathy Study Group (ESSG), New York. Se eligieron pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, con dolor en esqueleto axial, sacroilíacas y articulaciones periféricas, entesitis, con sacroilitis, espondilitis radiográfica y datos de actividad inflamatoria por resonancia magnética, historia familiar y HLA - B27. El análisis estadístico, se utilizó media y desviación estándar para variables paramétricas, mediana con rangos intercuantiles para no paramétricas, en las categóricas se implementó frecuencias y porcentajes y en las comparaciones prueba de Chi Cuadrado. Para variables numéricas paramétricas prueba T de student y ANOVA y no paramétricas U mann-whitney. Los datos fueron procesados en SPSS 21.

RESULTADOS: Se incluyeron 125 pacientes, edad de 42 +/- 12.1 años, 56.8% eran hombres. El 58.4% tenían nivel educativo de bachillerato, 13.6% tenía antecedentes familiares de espondiloartritis, el 17.1% tenían hipertensión arterial, DM 9.8% y enfermedades gastrointestinales % 7.3%, 50.4% contaba con HLA-B27 positivo. Se encontró compromiso axial 70.4% y periférico 29.6%. Los diagnósticos más frecuentes fueron espondiloartritis axial radiográfica (48%) artritis psoriásica (22.4%). La media de actividad inflamatoria evaluada con ASDAS- VSG, PCR y BASDAI fue de 3.0, 2.6 y 4.5 respectivamente, cronicidad BASFI 3.7 y BASMI 4.08, estado de salud por ASAS HI de 2.84 y EQ-5D de 0.57. La entesis estuvo presente en el 39.3%, el tratamiento recibido el 86.4% estaba con AINES, 68.8% sulfazalacina, 28.8%

metotrexate, 12.0% glucocorticoides y Secukinumab 10.4%. Los pacientes con afección periférica tuvieron mayor edad 47.0 +/- 14.9 vs los axiales 40.5+/-12.0 (p=0.01). La actividad de la enfermedad y capacidad funcional se observó menor puntaje de ASDAS PCR en periféricos vs axiales con 2.6 +/- 1.3 vs. 3.1 +/- 1.2 (p=0.022). Los tratamientos fueron similares en ambos grupos.

CONCLUSIONES:

Los pacientes con compromiso axial y periférico tienen actividad relativamente alta en base a cuestionarios (ASDAS, BASDAI, BASMI, BASFI). Los pacientes con espondiloartritis axial fueron más frecuentes el sexo masculino, la actividad de la enfermedad por ASDAS PCR fue menor en pacientes con compromiso periférico, no hubo diferencias significativas en capacidad funcional de ambos grupos en base a ASDAS, BASDAI, BASMI, BASFI, tampoco hubo diferencias con respecto al tratamiento recibido.

Palabras clave:

Espondiloartritis, Axial, Periférico, Entesitis

“CARACTERIZACION CLINICA DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL Y PERIFERICA ANIDADOS A UNA COHORTE DE ESPONDILOARTROPATIAS.”

ANTECEDENTES

La espondiloartritis (SpA) representa un grupo de enfermedades interrelacionadas con características genéticas, fisiopatológicas y clínicas en común. Clásicamente, estos trastornos comprenden espondilitis anquilosante (AS), artritis psoriásica (PsA), artritis reactiva (ReA), SpA relacionada con la enfermedad inflamatoria intestinal (IBD-SpA) y SpA indiferenciada (uSpA)(1), Genéticamente, las enfermedades están asociadas con el principal antígeno de clase 1 del complejo de histocompatibilidad HLA-B27, entre las características clínicas en común está el dolor de espalda inflamatorio, artritis periférica (generalmente una oligoartritis de las extremidades inferiores), entesitis, dactilitis y manifestaciones extraarticulares como uveítis, psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal. (2)

Recientemente, el grupo The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) estableció los criterios de clasificación según el tipo de afectación de la enfermedad predominantemente axial o periférica.(3)

La prevalencia global de la SpA , se estima de 0.01-0.2%, en la población mexicana es 0.6% (IC95% 0.4, 0.9) de la espondiloartritis axial (axSpA) 0.3% (IC95% 0.1-0.5), según la presencia de HLA-B27 de 0.09% y de 0.1% (IC95%, 0.0 2-0.2) para la espondilitis anquilosante.(4)

El inicio de los síntomas de la mayoría de las espondiloartropatías, en las poblaciones caucásicas blanca, europea y americana especialmente la espondiloartritis anquilosante se presentan con dolor en la región lumbar y empeoramiento progresivo de la movilidad, en las poblaciones latinoamericanas especialmente la mexicana parece ser más frecuente la afección de las articulaciones y entesis periféricas que el dolor en el esqueleto axial.

En ambos casos europeos y latinoamericanos la prevalencia de la afección periférica parece ser mayor en estos últimos.

La historia de afección periférica puede remontarse hasta el 15 % de los mexicanos en el primer año de evolución y con el curso el número va aumentando de tal forma que al cabo de 10 años tiene ambas regiones afectadas. Las diversas manifestaciones clínicas se pueden presentar de forma simultánea en ambos tipos de afección a como de manera aislada.

Existe diversidad en instrumentos clinimétricos con variables que denotan la actividad inflamatoria, las que resultan de la cronicidad así como alteraciones estructurales en los sitios afectados y calidad de vida como ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score), BASDAI, (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index), BASMI (Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index), ASAS HI (Health Index), Euro Qol 5D (EQ-5D) 3L.(5)(6)(7)(8)(9) se utilizaron para evaluar estado actual de la enfermedad de los pacientes que participaron en el presente estudio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las SpA son grupo de enfermedades inflamatorias crónicas heterogéneas y con curso clínico variable. A pesar de existir múltiples estudios epidemiológicos que incluyan las principales manifestaciones clínicas y estudios de laboratorio unos de axSpA y otros de espondiloartritis periférica en diversas poblaciones, hasta la fecha no hay estudios que describan las principales características clínicas y epidemiológicas de los pacientes del servicio de Reumatología del Hospital General de México así como de la población mexicana que incluya ambos grupos (axial y periférico).

JUSTIFICACIÓN

Conocer las principales características clínicas de los pacientes con espondiloartropatías que acuden a la consulta externa de Reumatología del hospital General Dr Eduardo Liceaga permitirá extrapolar la información al resto de la población mexicana, esto nos dará pautas para el desarrollo de nuevas estrategias diagnósticas de manera temprana, evitando el deterioro de la calidad de vida que caracteriza a estos pacientes. A la vez aumentar la información disponible en este tema permitiría mejorar las medidas terapéuticas y la optimización de los recursos disponibles en la atención de pacientes con espondiloartropatías.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Describir las principales características clínicas de la primera visita de una cohorte de pacientes con axSpA (columna vertebral y articulaciones sacroilíacas) y espondiloartritis periférica (artritis entesitis y sus consecuencias en sitios periféricos).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el curso de las manifestaciones axiales y periféricas, a través de la medición de las variables que denotan:
 - a) Actividad de la enfermedad (ASDAS, BASDAI, ASAS HI, EQ5D)
 - b) Cronicidad y alteraciones estructurales (BASMI, BASFI).

- Comparar las características clínicas de los pacientes con manifestaciones predominantemente periféricas vs. axiales:
 - a) sexo
 - b) Actividad de la enfermedad y capacidad funcional
 - c) Tratamiento recibido

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio es de tipo observacional, de corte transversal. Se incluyeron pacientes que acudieron a la consulta del servicio de reumatología del hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, con diagnóstico de espondiloartropatías en base a los criterios de clasificación de ASAS, Amor, European Spondyloarthropathy Study Group (ESSG), New York. Se incluyeron pacientes que reunieron los criterios de clasificación de ASAS, Amor, ESSG y los criterios de espondiloartropatías de New York de 1984, hombres o mujeres mayores de 18 años de edad, que aceptaron participar en el estudio y que fueron capaz de comprender las preguntas y completar el cuestionario. Se excluyeron pacientes con datos clínicos que sugieran la existencia de otra enfermedad, en especial de tipo inflamatorio o traumática, Con comorbilidades graves que

puedan influir en su estatus funcional, Con discapacidad secundaria a trastornos musculoesqueléticos estructurales no relacionados con espondiloartritis, Que no cuenten con estudios de imagen (radiografías, resonancia magnética) o HLA-B27, Con información insuficiente para el análisis de los datos.

Procedimientos.

Se reclutó la información demográfica y clínica según los criterios de inclusión del centro participante, se le explico a la paciente la intención del estudio y protección de datos personales, posteriormente la firma del consentimiento informado. Se llenó el formulario de recolección de datos en base a la anamnesis, examen físico y datos de laboratorio y radiológicos, los pacientes que tuvieron datos incompletos se citaron en un periodo máximo de 8 semanas para completar datos. La información se almacenó en una base de datos para su posterior procesamiento

Aspectos sociodemográficos y clínicos.

Las variables demográficas incluidas en el estudio fueron: Edad, sexo, escolaridad, estado civil, actividad de biomecánica laboral, comorbilidades y antecedentes de primer y segundo grado de espondiloartropatías. Las variables clínicas fueron según los criterios de ASAS para la clasificación de axSpA, manifestaciones extraarticulares como uveítis, psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal; a la vez se investigó variables que denotan la actividad inflamatoria, las que resultan de la cronicidad y alteraciones estructurales en los sitios afectados a través de los cuestionarios (ASDAS, BASDAI, BASFI, BASMI, ASAS HI, EQ 5D). A través de la exploración física se obtuvo el número de entesis afectadas durante la visita actual. Además, se evaluó positividad de HLA-B27 y tratamiento actual, como AINES (analgésicos no esteroideos), glucocorticoides, FARMEC (fármacos modificadores de la enfermedad clásicos) y FARMEB (fármacos modificadores de la enfermedad biológicos).

Cuestionarios.

BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index): Índice de actividad de la enfermedad de espondilitis anquilosante, incluye seis preguntas que se refieren a fatiga, dolor de espalda, dolor e inflamación de las articulaciones periféricas, entesitis, severidad y duración de la rigidez matutina; permite determinar la efectividad de una terapia farmacológica actual o la necesidad de agregar una nueva terapia farmacológica para el tratamiento de la espondilitis anquilosante, se calcula con la medida de preguntas 5 y 6, luego se suman los valores de las preguntas 1-4 y sumar el resultado a la medida de las preguntas 5-6, finalmente dividir el resultado entre 5. Puntajes de 4 o más sugieren un control subóptimo de la enfermedad.(7)

BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index): Instrumento validado para evaluar el grado de limitación funcional en pacientes con espondilitis anquilosante. Se trata de un cuestionario donde los pacientes deben autocompletar unas preguntas estandarizadas (10 ítems) sobre actividades cotidianas, señalando la facilidad para realizarlas teniendo en cuenta el número que mejor describa su situación de la semana anterior de (0 – 10), de mejor a peor función física. Sumando el resultado final y dividiéndolo por el número de ítems para obtener la puntuación final Puntaje: oscilan entre 0 y 10 puntos. Una puntuación más alta indica un mayor grado de limitación funcional.(7)(6)

BASMI (Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index): Índice combinado que incluye cinco medidas de movilidad espinal en pacientes con espondilitis anquilosante: flexión lateral, distancia trago-pared, rotación cervical, Schöber (sobre 10 cm) y distancia intermaleolar se da una puntuación de 0 – 10 a cada uno de los parámetros del BASMI y calculan el resultado final como la media de los cinco parámetros del BASMI, en lugar de la suma, con lo que el valor final seguiría moviéndose en un intervalo de 0 – 10 puntos (BASMI 11 puntos), pero se puede adoptar múltiplos de 0,2, con lo que, en teoría, se podrían detectar pequeñas diferencias en la movilidad espinal.(6)

ASAS HI (Health Index): Evalúa el estado de salud en pacientes con todas las formas de espondiloartritis (específicamente SpA axial radiográfica y no radiográfica, así como SpA periférica). El cuestionario mide el funcionamiento y la salud en 17 aspectos y 9 factores ambientales. Los ítems miden el concepto de 'funcionamiento, discapacidad y salud', cada ítem tiene una respuesta dicotómica de "acuerdo / no acuerdo". Se evalúa una amplia gama de categorías de ICF (International classification of functioning, disability and health) que incluyen dolor, funciones emocionales, sueño, funciones sexuales, movilidad, cuidado personal y vida comunitaria. La actividad de la enfermedad y el funcionamiento más deficiente tienen una mayor medida de puntuación ASAS HI (indica salud deteriorada) clasificándola en 3 grupos ≤ 5 puntos mejor estatus de salud, $5 - \leq 12$ moderado y ≥ 12 puntos pobre estado de salud. (9)

ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score): Índice de puntuación de actividad de la enfermedad de espondilitis anquilosante; que combina cinco variables: evaluación global del paciente, dolor dorsolumbar, rigidez de la columna, dolor/inflamación periférica y concentración de PCR o ESR. Dolor de espalda, pregunta 2 de BASDAI: "¿Cómo describirías el nivel general de dolor de cuello, espalda o cadera que has tenido?", pregunta 6 de BASDAI: "¿Cuánto dura su rigidez matutina desde el momento en que se despierta, los elementos se eligieron por consenso cuatro estados de actividad de la enfermedad: "enfermedad inactiva", "actividad de enfermedad moderada", "actividad de enfermedad alta" y "actividad de enfermedad muy alta". Los puntos de corte seleccionados para las puntuaciones de mejoría (figura 2) fueron: un cambio ≥ 1.1 unidades para "mejoría clínicamente importante" y un cambio ≥ 2.0 unidades para "mejoría mayor".(5)

Euro Qol 5D (EQ-5D) 3L: Instrumento genérico de medición de la calidad de vida relacionada con la salud, en el cual el paciente evalúa su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo) y luego por escala visual análoga (EVA) más general. El sistema descriptivo incluye 5 dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad y depresión), con tres niveles de gravedad cada una (1= sin problemas, 2=algunos problemas y 3=problemas graves), codificados del 1 al 3. La combinación de todas las

dimensiones genera números de 5 dígitos, con 243 combinaciones –estados de salud- posibles. En la segunda parte del EQ-5D) existe un EVA vertical de 20 cm, milimetrada, desde 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable). Se marca el punto de la línea vertical que mejor refleja su estado de salud global el día en que se contesta el cuestionario. Para calcular el valor de cualquier estado de salud, se utilizan índices acerca de las preferencias para cada estado de salud obtenida previamente en población general o grupos de pacientes. Este índice varía del 1 (mejor estado de salud) y 0 (muerte). A los valores de 5 números obtenidos, diferentes al 1, se les resta el valor de la constante señalada. Para los problemas nivel 3 se multiplica además por 2. Este cuestionario tiene una versión en español validada. (10)

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo utilizando media y desviación estándar para variables paramétricas y medianas con rangos intercuantilares para distribución no paramétricas. Para variables categóricas o dicotómicas se implementará frecuencias y porcentajes. Para las comparaciones se utilizarán prueba de Chi Cuadrado 0 (test exacto de Fisher) para variables categóricas. . Para variables numéricas paramétricas se utilizará prueba T de student y ANOVA. Para variables numéricas no paramétricas se utilizará U mann-whitney o wilcoxon. Se construirán modelos de regresión logística con las variables más importantes, Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$. Los datos se procesaron con el programa SPSS 21 (IBM SPSS Statistics).

ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD

El estudio fue aprobado por el comité de Investigación y de Ética del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. En base al artículo 17 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, este estudio se consideró sin riesgo, dado que no se realizó ninguna intervención y el método de recolección de la información fue documental en base a cuestionarios, entrevistas, revisión de expediente clínico; Todos los pacientes firmaron carta de consentimiento informado.(11)

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 125 pacientes atendidos en el hospital General de México “Dr Eduardo Liceaga”, la edad promedio fue de 42 +/- 12.1 años, el 43.2% mujeres y 56.8% hombres, con nivel educativo de bachillerato el 58.4%, seguido de 24.8% con estudios universitarios, el 20% realizaban algún tipo de carga biomecánica laboral; 24.4% eran amas de casa, 14.6% comerciantes empleados y 14.6% se encontraba sin ningún tipo de actividad laboral ya sea por desempleo o jubilación. (Tabla 1)

De los pacientes incluidos en el estudio, el 13.6% tenía antecedentes familiares de espondiloartritis, las comorbilidades que se presentaron con mayor frecuencia fueron hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedades gastrointestinales en 17.1, 9.8 y 7.3% respectivamente; al momento del diagnóstico, el 50.4% contaba con HLA-B27 positivo, el 10.4% negativo y 15.1% no se logró realizar dicho estudio. Se encontró compromiso axial y periférico en el 70.4 y 29.6%, respectivamente. Los diagnósticos más frecuentes fueron espondiloartritis axial radiográfica (48%) artritis psoriásica (22.4%) y otros (10.4%). El resto de los diagnósticos se detallan en la (tabla 2).

La media de actividad inflamatoria evaluada con ASDAS- VSG, PCR y BASDAI fue de 3.0, 2.6 y 4.5 respectivamente. La mediana de las escalas de cronicidad fueron BASFI 3.7 y BASMI 4.08. El estado de salud evaluado por ASAS HI tuvo una media de 2.84 y EQ-5D de 0.57. La entesis estuvo presente en el 39.3% de los pacientes, de estos el 59.2% se encontraban con entesis dolorosas e inflamadas en la visita actual. En cuanto al tratamiento recibido el 86.4% estaba con AINES seguido del 68.8% sulfazalacina, 28.8% metotrexate y 12.0% glucocorticoides (prednisona) y biológicos inhibidores de (IL-17A) Secukinumab 10.4%.

Comparativo axial vs periférico

Los pacientes con afección periférica se caracterizaron por tener mayor edad 47.0 +/- 14.9 vs. 40.5+/-12.0 (p=0.01). Con respecto a Actividad de la enfermedad y capacidad funcional se observó menor puntaje de ASDAS PCR en periféricos vs axiales con 2.6 +/- 1.3 vs. 3.1 +/- 1.2 (p=0.022). Los tratamientos fueron similares entre ambos grupos. Únicamente con diferencias en la proporción de uso de prednisona con predominio en axiales con 15.9 vs. 2.7% (p=0.038).

DISCUSIÓN

En este estudio de corte transversal en un centro de referencia de México, identificamos las manifestaciones clínicas en la visita inicial de pacientes con espondiloartritis. Los pacientes se caracterizaron por ser una población relativamente joven, la edad en promedio se encontraba en la quinta década de la vida, estos resultados similares a los encontrados en el estudio de Pelaez-Ballestas y colaboradores, quienes encontraron una edad media de 40.7 (14.2) años en un estudio sobre prevalencia de espondiloartritis y dolor de espalda inflamatorio en población Mexicana (4) .

Hubo una diferencia ligera en el sexo, con predominio masculino (13.6%), estos resultados se corresponden con hallazgos en estudios previos que muestran que los pacientes masculinos con SpA axial históricamente tienen más daño estructural en las radiografías. La magnitud de este es aproximadamente de 2 a 3 veces mayor en hombres que en mujeres, según datos reportados en la cohorte SPACE (odds ratio [OR] 2.1, IC 95% 1.5–2.9)(12); sin embargo ahora se entiende que nr-axSpA puede ser igualmente frecuente en hombres y mujeres (2) (13) por causas claramente no definidas.

Los pacientes se presentaron con comorbilidades tradicionales como hipertensión, diabetes y en menor porcentaje enfermedades gastrointestinales sin importancia significativa, la mayoría cuentan con un nivel educativo de bachillerato, 14.6% de nuestra población se encontraba sin ningún tipo de actividad ya sea por desempleo o jubilación. Esto probablemente por mayor

compromiso axial, múltiples estudios reportados han investigado calidad de vida así como ausentismo laboral que se presenta en aproximadamente el 50 % de los pacientes. Se ha identificado que el deterioro de la calidad de vida está asociado principalmente con factores psicosociales, actividad de la enfermedad (BASDAI) y el empeoramiento de la funcionalidad (BASFI).(14)(15)

Por otra parte se observó que la agregación familiar de espondiloartritis continúa siendo el de mayor implicancia como vinculo genético para el desarrollo de espondilitis anquilosante; así como la fuerte asociación con la presencia de HLA-B27 encontrándose en el 50% de la población que participo en el presente estudio, con reportes similares a la literatura internacional, el metanálisis de HAI LIN y colaboradores que evaluaron la asociación de HLA-B27 con espondilitis anquilosante y su relación con las características clínicas de la enfermedad, sus resultados sugirieron que el HLA-B27 y la historia familiar estaban positivamente relacionados al desarrollo de espondilitis anquilosante con RR 8.24 (IC 95% 7.75 -8.76), $p < 0.001$ y RR 1.10 (IC 95% 1.07-1.14, $p < 0.001$) respectivamente. (16)

Los pacientes presentaron actividad alta de la enfermedad por medio del ASDAS VSG y PCR. El BASDAI fue de 4.5 que sugiere un control subóptimo, datos que pueden estar en relación al tiempo de evolución de la enfermedad. Estos resultados coinciden con los publicados en la cohorte DESIR de pacientes con axSpA temprana que se caracterizaron por tener peor de calidad de vida en términos de fatiga, dolor axial BASFI y Cuestionario de calidad de vida de espondilitis (ASQoL), estos datos fueron más frecuentemente observados en mujeres que en hombres (todos $P < 0.05$) (17), dado que estos pacientes tienen un mayor daño radiológico y/o progresión radiográfica. Resulta interesante que nuestros pacientes a pesar de tener datos de actividad de la enfermedad, la calidad de vida en términos de ASAS Hi y EQ 5D no está comprometida. Este hallazgo puede ser secundario a que la actividad de la enfermedad se encuentra limítrofe.

Con respecto a la proporción de pacientes axiales vs periféricos se presentó con mayor frecuencia el compromiso axial en más del 50% y en cuanto a la actividad de la enfermedad y capacidad funcional se observó menor puntaje de ASDAS PCR en periféricos vs axiales con 2.6 +/- 1.3 vs. 3.1 +/- 1.2 ($p=0.022$) con mayor actividad en pacientes axiales.

Desde la introducción de los biológicos, principalmente inhibidores alfa de TNF (TNFi), el tratamiento de axSpA ha mejorado dramáticamente, más del 50% de nuestros pacientes consumen FARMEC, aunque se sabe que estos medicamentos (principalmente sulfazalacina y metotrexate) han demostrado poco o ningún efecto sobre la enfermedad axial, ya que su efecto para suprimir la inflamación y mejorar los síntomas a este nivel resulta menor, se recomiendan principalmente en pacientes con artritis periférica(18)(19). Un menor porcentaje de pacientes con afectación axial (15%) consumían glucocorticoides con $p: 0.038$, que aunque no son el tratamiento de primera línea en estos pacientes, sí se recomiendan cuando existe enfermedad altamente discapacitante, con persistencia de los síntomas. (19)

CONCLUSIONES

Los pacientes con compromiso axial y periférico tienen actividad relativamente alta en base a cuestionarios (ASDAS, BASDAI BASMI, BASFI) sin afectación en su calidad de vida en base a ASAS HI, EQ5D. Los pacientes con espondiloartritis axial se presentaron con mayor frecuencia en el sexo masculino, la actividad de la enfermedad por ASDAS PCR fue menor en pacientes con compromiso periférico, no hubo diferencias significativas en capacidad funcional de ambos grupos en base a ASDAS, BASDAI BASMI, BASFI, tampoco hubo diferencias con respecto al tratamiento recibido.

REFERENCIAS

1. Proft F, Poddubnyy D. Ankylosing spondylitis and axial spondyloarthritis: recent insights and impact of new classification criteria. Vol. 10, *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease*. SAGE Publications Ltd; 2018. p. 129–39.
2. Sieper J, Poddubnyy D. Axial spondyloarthritis. Vol. 390, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2017. p. 73–84.
3. Rudwaleit M, Van Der Heijde D, Landewé R, Akkoc N, Brandt J, Chou CT, et al. The Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis*. 2011 Jan;70(1):25–31.
4. Peláez-Ballestas I, Navarro-Zarza JE, Julian B, Lopez A, Flores-Camacho R, Casasola-Vargas JC, et al. A Community-Based Study on the Prevalence of Spondyloarthritis and Inflammatory Back Pain in Mexicans. *J Clin Rheumatol*. 2013 Mar;19(2):57–61.
5. Lukas C, Landewé R, Sieper J, Dougados M, Davis J, Braun J, et al. Development of an ASAS-endorsed disease activity score (ASDAS) in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*. 2009 Jan 1;68(1):18–24.
6. Ariza-Ariza R, Hernández-Cruz B, Navarro-Sarabia F. La versión española del BASDAI es fiable y se correlaciona con la actividad de la enfermedad en pacientes con espondilitis anquilosante [Internet]. Vol. 31, *Rev Esp Reumatol*. 2004 [cited 2020 Feb 9]. Available from:
<http://www.elsevier.es/04/11/2009.Copiaparausopersonal,seprohíbelatransmisióndeestodocumentoporqualquiermedioofomato.Originales60.847>

7. Ariza-Ariza R, Hernández-Cruz B, Navarro-Sarabia F. Physical function and health-related quality of life of Spanish patients with ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum*. 2003 Aug;49(4):483–7.
8. Jenkinson TR, Mallorie PA, Whitelock HC, Kennedy LG, Garrett SL, Calin A. Defining spinal mobility in ankylosing spondylitis (AS). The Bath AS metrology index. *J Rheumatol*. 1994;21(9):1694–8.
9. Kiltz U, van der Heijde D, Boonen A, Akkoc N, Bautista-Molano W, Burgos-Vargas R, et al. Measurement properties of the ASAS Health Index: results of a global study in patients with axial and peripheral spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2018 Sep;77(9):1311–7.
10. EQ-5D Guías de usuario - EQ-5D [Internet]. [cited 2020 May 30]. Available from: <https://euroqol.org/publications/user-guides/>
11. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. *Diario Oficial*. 1987. p. 98–113. Available from: https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_isn=3369&p_lang=es
12. Ortolan A, Van Lunteren M, Ramiro S, Ramonda R, Landewé RBM, Dagfinrud H, et al. Are gender-specific approaches needed in diagnosing early axial spondyloarthritis? Data from the SPondyloArthritis Caught Early cohort. *Arthritis Res Ther* [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2020 Jul 15];20(1):218. Available from: <https://arthritis-research.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13075-018-1705-x>
13. Wright GC, Kaine J, Deodhar A. Understanding differences between men and women with axial spondyloarthritis. Vol. 50, *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. W.B. Saunders; 2020. p. 687–94.

14. López-Medina C, Garrido-Castro JL, Castro-Jiménez J, González-Navas C, Calvo-Gutiérrez J, Castro-Villegas MC, et al. Evaluation of quality of life in patients with axial spondyloarthritis and its association with disease activity, functionality, mobility, and structural damage. *Clin Rheumatol* [Internet]. 2018 Jun 1 [cited 2020 Jul 16];37(6):1581–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29691772/>
15. Martindale J, Shukla R, Goodacre J. The impact of ankylosing spondylitis/axial spondyloarthritis on work productivity [Internet]. Vol. 29, *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*. Bailliere Tindall Ltd; 2015 [cited 2020 Jul 16]. p. 512–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26612245/>
16. Lin H, Gong YZ. Association of HLA-B27 with ankylosing spondylitis and clinical features of the HLA-B27-associated ankylosing spondylitis: a meta-analysis. *Rheumatol Int* [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2020 Jul 11];37(8):1267–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28526894/>
17. Tournadre A, Pereira B, Lhoste A, Dubost JJ, Ristori JM, Claudepierre P, et al. Differences between women and men with recent-onset axial spondyloarthritis: Results from a prospective multicenter French cohort. *Arthritis Care Res* [Internet]. 2013 Aug [cited 2020 Jul 15];65(9):1482–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23463610/>
18. Zochling J, Van Der Heijde D, Burgos-Vargas R, Collantes E, Davis JC, Dijkmans B, et al. ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 2006 Apr [cited 2020 Jul 19];65(4):442–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16126791/>
19. Reyes-Cordero G, Enríquez-Sosa F, Gomez-Ruiz C, Gonzalez-Diaz V, Castillo-Ortiz JD, Duran-Barragán S, et al. Recommendations of the Mexican College of Rheumatology for the Management of Spondyloarthritis. *Reumatol Clin* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 19];

Available from: <http://www.reumatologiaclinica.org/es-recomendaciones-del-colegio-mexicano-reumatologia-avance-S1699258X19300804>

ANEXOS

Tabla 1. Biomecanica laboral

Empleado	n	%
Desempleado jubilado estudiante	6	14.6
Profesionistas	1	1.6
Técnicos	3	4.8
Trabajadores de la educación	2	4.9
Trabajadores agrícolas	4	6.5
Operadores Manuales	2	4.9
Choferes	2	4.9
Comerciantes empleados	6	14.6
Trabajadores servicios independientes	3	7.3
Trabajadores servicios domésticos	2	4.9
Trabajadores servicios vigilancia	2	4.9
Ama de casa	10	24.4
Costurera	2	4.9

Los valores representan n (%) a menos que se especifique

Tabla 2. Diagnóstico de Espondiloartritis

Diagnóstico	n	%
Espondiloartritis axial radiográfica	60	48.0
Espondiloartritis axial no radiográfica	12	9.6
Artritis psoriásica	28	22.4
Artritis asociada a la enfermedad inflamatoria intestinal	3	2.4
Espondiloartritis juvenil	9	7.2
Otros	13	10.4

Los valores representan n (%) a menos que se especifique

Tabla 3. Sexo y presentación clínica

	Periférica (n=37)	%	Axial (n=88)	%	p
Edad, media	47.0	14.9	40.5	12.0	0.01
Masculino	12	32.4	59	67.0	<0.001
Femenino	25	67.6	29	33.0	

Los valores representan n (%) a menos que se especifique

Tabla 4. Clinimetria periférico vs axial

	Periférica (n=37)		Axial (n=88)		p
	Media	DE	Media	DE	
EQ-5D	.62	.33	.56	.35	0.356
ASASHI	3	2	3	2	0.851
BASDAI	4.3	2.5	4.6	2.7	0.584
BASMI	3	.	4	2	0.571
BASFI	3.0	2.5	4.1	3.0	0.054
ASDAS-PCR	2.6	1.3	3.1	1.2	0.022
ASDAS-VSG	2.1	1.1	2.7	1.1	0.144

Abreviaciones: DE : Desviación estándar, **ASAS-HI:** Health Index, **BASMI:** Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index, **BASDAI:** Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index, **ASDAS:** Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score, **BASFI:** Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index

Tabla 5. Tratamiento recibido

	Periférica (n=37)		Axial (n=88)		p
	n	%	n	%	
Prednisona actual	1	2.7	14	15.9	0.038
AINE	32	86.5	75	85.2	0.855
FAME al inicio	36	97.3	78	88.6	0.119
Opioides	1	2.7	8	9.1	0.173
Antidepresivos	1	2.7	5	5.7	0.773
Sulfasalazina	5	13.5	55	62.5	<0.001
Metotrexate + sulfasalazina	6	16.2	12	13.6	
Adalimumab	1	2.7	4	4.5	
Metotrexate	7	18.9	2	2.3	
Infliximab	1	2.7	2	2.3	
Secukinumab	7	18.9	1	1.1	
Secukinumab + Metotrexate + sulfasalazina	1	2.7	1	1.1	
Certolizumab	0	0.0	1	1.1	
Infliximab + Sulfasalazina	0	0.0	1	1.1	
Metotrexate + Secukinumab	0	0.0	1	1.1	
Adalimumab + sulfasalazina	2	5.4	0	0.0	
Leflunamide + metotrexate + sulfasalazina	2	5.4	0	0.0	
Adalimumab + Metotrexate + Secukinumab	1	2.7	0	0.0	
Leflunamide + Metotrexate + Secukinumab	1	2.7	0	0.0	
Metotrexate + Ustekinumab	1	2.7	0	0.0	
Secukinumab + Metotrexate	1	2.7	0	0.0	

Abreviaciones: **AINE:** Analgésico inflamatorio no esteroideo **FAME:** Fármaco modificador de la enfermedad.

