

# Espóndilo Artropatía Indiferenciada, Espondilitis Anquilosante y Artropatía Psoriásica. Descripción clínica, diagnóstica y radiológica

Dellys Adriana Alvarez<sup>1</sup>  
Juan Camilo Suárez Escudero<sup>1</sup>

## Resumen

La espondilitis anquilosante, artritis reactiva, artritis psoriásica, artritis enteropática, espondilitis anquilosante juvenil y espondiloartropatía indiferenciada, conforman el grupo de Espóndilo artropatías seronegativas.

Como síndrome clínico comparten signos y síntomas inflamatorios, compromiso articular y extra articular, HLA-B27 positivo, factor reumatoide negativo y curso crónico; debiendo ser incluidas como diagnósticos diferenciales del síndrome de dolor lumbar y cervical crónico, especialmente cuando es de tipo inflamatorio o maligno.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, elaborando una descripción clínica, diagnóstica y radiológica de pacientes incluidos en la base de datos de la unidad de

---

<sup>1</sup> *Estudiantes Facultad de Medicina. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia*  
*Correspondencia: Juan Camilo Suárez Escudero. e-mail: suarez.juancamilo@gmail.com*

reumatología de la Clínica Universitaria Bolivariana con diagnósticos de espondilitis anquilosante, espondiloartropatía indiferenciada y artritis psoriásica, atendidos entre septiembre de 2002 y julio de 2004, aplicando el formato de Espón-dilo artropatías diseñado para esta investigación.

Se evaluaron 27 pacientes: 55.6% hombres y 44.4% mujeres, entre 20 y 56 años. La Espón-dilo artropatías serone-gativas más frecuente fue la espondilitis anquilosante (70.3%), seguida de artritis psoriásica (22.2%) y espon-diloartropatía indiferenciada (7.4%). Los síntomas más frecuentes se registraron en la región lumbar y en los talones (51.9%), rigidez articular en la región lumbar (59.3%) y localización de la artritis en los hombros (11.1%). Los signos más frecuentes fueron Patrick y Schöber (62.9%). La sacroileitis bilateral y enteritis piramidal fueron los hallazgos radiológicos más frecuentes (48.1%).

Para el presente estudio, la espondilitis anquilosante fue la entidad más frecuente y cursó con mayores signos y síntomas inflamatorios, predominó el compromiso del esqueleto axial, evolucionó de manera crónica y progresiva y cursó con mayor evidencia de compromiso radiológico, comparado con la artritis psoriásica y espondiloartropatía indiferenciada.

**Palabras clave:** Espón-diloartropatías - Espondilitis anquilosante - Artritis reactiva - Artropatía psoriásica - Dolor lumbar - Antígeno HLA-B27

## **Abstract**

---

Ankylosing Spondylitis, Reactive Arthritis, Psoriatic Arthritis, Enteropathic Arthritis, youthful Ankylosing Spondylitis and Undifferentiated Spondyloarthropathies make up the group of sero-negative spondyloarthropathies.

As a clinical syndrome, they share both inflammatory signs and symptoms, in-joint and out-joint involvement, positive HLA-B27, a negative rheumatoid factor and a chronic course. The physician ought to include them as differential diagnosis for chronic back pain and cervical pain, specially when the clinical picture is of inflammatory or malign type.

A descriptive, cross-sectional, retrospective study was performed, developing a description of the clinical, diagnostic and radiological issues of patients included in the Clínica

Universitaria Bolivariana Rheumatology Department's database, with diagnosis of ankylosing spondylitis, undifferentiated spondyloarthritis and psoriatic arthritis; who were attended in the period between September 2002 and July 2004, applying the spondyloarthropathies format designed for this investigation.

**Key words:** Spondylarthropathies - Spondylitis, Ankylosing - Arthritis, Reactive - Arthritis Psoriatic - Low Back Pain - HLA-B27 Antigen

## INTRODUCCIÓN

La espondilitis anquilosante (EA), la artropatía psoriásica (AP) y la espíndilo artropatía indiferenciada (EAI), son entidades reumatológicas que pertenecen al grupo de las Espíndilo artropatías seronegativas (EASN), que en términos generales son enfermedades inflamatorias crónicas con compromiso articular y extra articular <sup>(1,3)</sup>.

Estas enfermedades se caracterizan por el compromiso de las articulaciones sacroilíacas, artritis periférica inflamatoria generalmente de las extremidades inferiores, entesopatía y ausencia del factor reumatoide sérico. Y poseen el gen de susceptibilidad HLA-B27 <sup>(1, 2,3)</sup>

La prevalencia de la EA corre paralela a la frecuencia del HLA-B27, aproximadamente 0,9% a nivel mundial. En los Estados Unidos, según los criterios diagnósticos modificados de Nueva York, se calculan 197 casos por 100.000 habitantes. <sup>(3,4)</sup>

La prevalencia general de soriasis cutánea se estima entre 1 y 2%. Entre estos, la incidencia de artritis es muy variable (0.2% a 40%) con un promedio de 5 a 7% <sup>(5)</sup> . Son muy escasos los datos epidemiológicos de la EAI.

El síndrome doloroso lumbar se presenta entre 80 y 90 % y el dolor cervical en 45% dentro de la población adulta en algún momento de su vida y generalmente con episodios repetitivos <sup>(6, 7,8)</sup>. Este síndrome se clasifica en tres grupos: dolor lumbar no radicular, dolor lumbar radicular y lumbalgia compleja o potencialmente catastrófica. En este último grupo se incluyen el grupo de las EASN <sup>(6, 8)</sup>.

Al realizar este estudio se pretendió discutir una serie de entidades de evolución crónica y potencialmente incapacitantes, que en determinados casos constituyen la etiología del dolor lumbar crónico o del síndrome de dolor bajo de espalda maligno, de malestares articulares inespecíficos y de nefropatías silentes como la causada por inmunoglobulina A.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo con pacientes atendidos en la consulta externa de la unidad de reumatología de la Clínica Universitaria Bolivariana; se seleccionaron los pacientes a partir de la base de datos de dicha unidad, con los diagnósticos de EA, EAI y AP, atendidos entre septiembre de 2002 y julio de 2004.

A cada uno de los pacientes incluidos en el estudio, se le aplicó un formato de EASN diseñado para esta investigación; se tuvieron en cuenta las características epidemiológicas del paciente, los datos pasados y actuales en relación con sus manifestaciones clínicas, el compromiso extra articular, los hallazgos radiológicos y el examen físico, la evolución clínica y las complicaciones y resultados de los índices de actividad *BASDAI (The Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)*, índice funcional de Bath para EA, *BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index)* y el índice funcional de Dougados para EA, *DFI (Dougados Functional Index)*.<sup>(9)</sup>

En cuanto a la información recolectada del examen físico, se consideró negativa la prueba semiológica de Schöber si la distancia a la flexión de la columna lumbar era mayor o igual a 15 cm. y positiva (alterada) si esta distancia era menor de dicha cifra. La excursión respiratoria se consideró limitada si la diferencia en cms. entre la inspiración y espiración profunda era menor de 5 cm.; y no limitada si tal distancia era mayor o igual a esta cifra. Respecto a la valoración de la prueba semiológica de Patrick, se consideró negativa si durante el examen no se presentaba dolor en las articulaciones sacro ilíacas, y positiva si se desencadenaba dolor

unilateral o bilateral a este nivel. La limitación de movimientos de la columna lumbar se evaluó en tres ejes: flexión, extensión y lateralidad.

Con todos los datos recolectados, se creó una nueva base de datos, en el programa estadístico SPSS para Windows, Versión 10.0.6 (27 de noviembre de 1999), versión estándar.

Los índices de funcionalidad tomados en este estudio (BASFI, BASDAI y DFI), están diseñados para pacientes con diagnóstico de EA (9). La utilidad de estos índices, estriba en que permiten un acercamiento pronóstico, medir la respuesta o no respuesta a las medidas clínicas y al tratamiento ofrecido a los pacientes con EA, desde perspectivas de funcionalidad y actividad.

La interpretación para las tres herramientas anteriores consiste en que a mayor calificación en la puntuación total, la capacidad funcional es menor y viceversa (9).

De acuerdo con la resolución N°008430 de 1993 del Ministerio de Salud, título 1, artículo 11, la presente investigación por su diseño metodológico y manera de recolección de los datos, se clasifica como investigación sin riesgo: no se ofrecieron intervenciones para modificar variables fisiológicas, biológicas, psicológicas ni sociales de los sujetos en estudio.

## RESULTADOS

Se evaluaron 27 pacientes con la siguiente distribución por sexo: 15 hombres (55.6%) y 12 mujeres (44.4%), con una edad mínima de 20 años y una máxima de 56.

La EASN más frecuente fue la EA con 19 casos (70.3%), la AP se presentó en seis casos (22.2%) y la EAI en dos casos (7.4%).

Los resultados se mostrarán a continuación en 4 grupos: primer grupo síntomas, segundo grupo signos, tercer grupo hallazgos radiológicos y cuarto grupo resultados e interpretación de índices de funcionalidad. Se ofrecerán resultados por entidad individual, con el fin de mostrar diferencias y puntos de comparación.

**Primer grupo: síntomas**

Los síntomas clínicos de las tres EASN fueron discriminados en dos subgrupos: músculo-esqueléticos y sistémico-inflamatorios.

En el primero se tomaron tres variables no excluyentes a saber: localización del dolor, localización de la rigidez articular y la presentación de artritis en hombros y en cadera. Dentro de las EASN en general, la localización del dolor como síntoma fue más frecuente en la región lumbar y en los talones (51.9% para cada uno); la menor frecuencia fue a nivel glúteo (29.6%); la rigidez articular como síntoma fue más frecuente en la región lumbar en 59.3% de los casos y la localización en cuello fue la menos frecuente con 44.4%. Respecto a la localización de la artritis, 11% de los casos se presentaron a nivel de hombros y 7.4% en la cadera. Por entidad individual la frecuencia de síntomas músculo-esqueléticos se muestra en la tabla N° 1.

**Tabla N° 1.** Frecuencia de los síntomas músculo-esqueléticos por entidad individual

|  | <b>Espondilitis Anquilosante</b> | <b>Artritis Psoriásica</b> | <b>Espónilo Artropatía Indiferenciada</b> |
|--|----------------------------------|----------------------------|---|
| <b>Localización del dolor como síntoma</b> |                                  |                            |   |
| <b>Localización</b>                        | <b>N (%)</b>                     | <b>N (%)</b>               | <b>N (%)</b>                              |
| Lumbar                                     | 13(68.4)                         | 0(0)                       | 1(50)                                     |
| Talones                                    | 10(52.6)                         | 3(50)                      | 1(50)                                     |
| Torácico                                   | 11(57.9)                         | 1(16.7)                    | 0(0)                                      |
| Inguinal                                   | 9(47.4)                          | 0(0)                       | 0(0)                                      |
| Glúteo                                     | 8(42.1)                          | 0(0)                       | 0(0)                                      |

| <b>Localización de la rigidez articular como síntoma</b> |              |              |              |
|--|--------------|--------------|--------------|
| <b>Localización</b>                                      | <b>N (%)</b> | <b>N (%)</b> | <b>N (%)</b> |
| Lumbar   | 15(78.9)     | 0(0)         | 1(50)        |
| Columna  | 14(73.7)     | 0(0)         | 1(50)        |
| Cintura  | 13(68.4)     | 0(0)         | 0(0)         |
| Cadera   | 13(68.4)     | 0(0)         | 0(0)         |
| Cuello   | 11(57.9)     | 1(16.7)      | 0(0)         |
| <b>Presentación de artritis en hombros y en cadera</b>   |              |              |              |
| <b>Localización</b>                                      | <b>N (%)</b> | <b>N (%)</b> | <b>N (%)</b> |
| Hombros  | 2(10.5)      | 1(16.7)      | 0(0)         |
| Cadera   | 2(10.5)      | 0(0)         | 0(0)         |

**Tabla Nº 2.** Características de la presentación clínica de los síntomas por entidad individual

| <b>Característica clínica</b>                     | <b>Espondilitis Anquilosante</b> | <b>Artritis Psoriásica</b> | <b>Espón­dilo Artropatía Indiferenciada</b> |
|---|----------------------------------|----------------------------|---|
|   | <b>N(%)</b>                      | <b>N(%)</b>                | <b>N(%)</b>                                 |
| Rigidez lumbar matutina                           | 17(89.54)                        | 1(16.7)                    | 1(50)                                       |
| Comienzo crónico                                  | 14(73.7)                         | 5(83.3)                    | 2(100)                                      |
| Hipersensibilidad ósea al contacto y a la presión | 14(73.7)                         | 3(50)                      | 2(100)                                      |
| Localización unilateral                           | 13(68.4)                         | 3(50)                      | 1(50)                                       |
| Incremento del dolor con el reposo                | 13(68.4)                         | 1(16.7)                    | 1(50)                                       |
| Exacerbaciones nocturnas del dolor                | 13(68.4)                         | 1(16.7)                    | 0(0)  |
| Mejoría con el ejercicio                          | 10(52.6)                         | 3(50)                      | 0(0)  |
| Localización bilateral                            | 5(26.3)                          | 3(50)                      | 1(50)                                       |
| Comienzo agudo                                    | 5(26.3)                          | 1(16.7)                    | 0(0)  |

La presentación clínica de los síntomas músculo esqueléticos dentro de los pacientes con EASN en estudio, tuvo un comienzo crónico en 21 pacientes (77.8%) y fue agudo en los restantes. Por entidad individual las características de presentación clínica de los síntomas músculo-esqueléticos se muestran en la tabla N° 2.

Dentro del segundo subgrupo denominado síntomas sistémico inflamatorios, en los pacientes con EASN la fatiga fue la más frecuente, presentándose en 66.7% de los pacientes, seguido de pérdida de peso en 44.4%, sudoración nocturna en 40.7% y fiebre en 37%; los menos frecuentes fueron la anorexia en ocho casos y la tos en seis.

### Segundo grupo: signos

Este grupo reúne los signos encontrados al examen físico. Tales variables son las siguientes: localización ósea del dolor, prueba de Schöber, valoración de la excursión respiratoria, limitación de movimientos en la columna lumbar y prueba de Patrick.

La localización ósea del dolor, como signo, en los pacientes con EASN en estudio, tuvo la siguiente distribución por frecuencia: localización en los talones y en el trocánter mayor en 29.6% cada uno, siendo lo más frecuente; y la localización menos usual se presentó a nivel de las espinas tibiales en un caso. Para mayor comprensión y utilidad clínica la tabla N° 3 muestra la frecuencia de los signos.

**Tabla N° 3.** Frecuencia de la presentación de los signos por entidad individual

| Signos                             | Espondilitis | Artritis    | Espóndilo                 |
|------------------------------------|--------------|-------------|---------------------------|
|                                    | Anquilosante | Psoriásica  | Artropatía Indiferenciada |
| <b>Localización ósea del dolor</b> | <b>N(%)</b>  | <b>N(%)</b> | <b>N(%)</b>               |
| Talones                            | 7(36.8)      | 1(16.7)     | 0(0)                      |
| Trocánter mayor                    | 7(36.8)      | 1(16.7)     | 0(0)                      |
| Tuberosidades isquiáticas          | 6(31.6)      | 0(0)        | 0(0)                      |
| Apófisis espinosas                 | 4(21.1)      | 0(0)        | 0(0)                      |
| Esternocostal                      | 2(10.5)      | 1(16.7)     | 0(0)                      |
| Crestas ilíacas                    | 2(10.5)      | 0(0)        | 0(0)                      |
| Espinas tibiales                   | 1(5.3)       | 0(0)        | 0(0)                      |
| <b>Prueba de Patrick</b>           | <b>N(%)</b>  | <b>N(%)</b> | <b>N(%)</b>               |
| Positiva                           | 14(73.7)     | 2(33.3)     | 1(50)                     |
| Negativa                           | 5(26.3)      | 4(66.7)     | 1(50)                     |

|   |             |             |             |
|---|-------------|-------------|-------------|
| <b>Prueba de Schöber</b>                          | <b>N(%)</b> | <b>N(%)</b> | <b>N(%)</b> |
| Negativo  | 15(78.9)    | 2(33.3)     | 0(0)        |
| Positivo  | 4(21.1)     | 4(66.7)     | 2(100)      |
| <b>Valoración de la excursión respiratoria</b>    | <b>N(%)</b> | <b>N(%)</b> | <b>N(%)</b> |
| No limitada                                       | 10(52.6)    | 5(83.3)     | 2(100)      |
| Limitada  | 9(47.4)     | 1(16.7)     | 0(0)        |
| <b>Limitación de movimiento en columna lumbar</b> | <b>N(%)</b> | <b>N(%)</b> | <b>N(%)</b> |
| En flexión, extensión y lateralidad               | 11(57.9)    | 0(0)        | 0(0)        |
| No hay limitación                                 | 4(21.1)     | 5(83.3)     | 2(100)      |
| En flexión y en extensión                         | 2(10.5)     | 0(0)        | 0(0)        |
| En extensión                                      | 1(5.3)      | 0(0)        | 0(0)        |
| En lateralidad                                    | 1(5.3)      | 0(0)        | 0(0)        |
| En flexión  | 0(0)        | 1(16.7)     | 0(0)        |

### Tercer grupo: hallazgos radiológicos

Veinte pacientes tenían descripción radiológica: 19 con rayos x de región lumbo-sacra, seis con rayos x laterales de

pies y uno con rayos x de manos. La distribución por frecuencia de los hallazgos radiológicos por entidad se muestra en la tabla N° 4.

**Tabla N° 4.** Hallazgos radiológicos por entidades

|                        | <b>Espondilitis<br/>Anquilosante</b> | <b>Artritis<br/>Psoriásica</b> | <b>Espóndilo<br/>Artropatía<br/>Indiferenciada</b> |
|------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--|
| Hallazgo radiológico   | N(%)                                 | N(%)                           | N(%)   |
| Sacroileitis bilateral | 13(81.3)                             | 0                              | 0  |
| Entesitis piramidal    | 11(68.8)                             | 1(50)                          | 1(50)  |
| Entesitis talar        | 4 (25)                               | 1(50)                          | 1(50)  |

|                         | <b>Espondilitis Anquilosante</b> | <b>Artritis Psoriásica</b> | <b>Espón­dilo Artropatía Indiferenciada</b> |
|-------------------------|----------------------------------|----------------------------|---|
| Sindesmofitos dorsales  | 4(25)                            | 0(0)                       | 0(0)  |
| Sindesmofitos lumbares  | 3(18.8)                          | 0(0)                       | 0(0)  |
| Sacroileitis unilateral | 0(0)                             | 0(0)                       | 0(0)  |
| Signo del tranvía       | 1(6.3)                           | 0(0)                       | 0(0)  |
| Erosiones en caderas    | 1(6.3)                           | 0(0)                       | 0(0)  |
| Erosiones en manos      | 0(0)                             | 1(50)                      | 0(0)  |

Se extrajo la graduación radiológica de la sacroileitis sólo de pacientes con radiografías de región lumbo-sacra: 21.1% tenían sacroileitis mínima, 36.8% sacroileitis moderada, 10.5% anquilosis total y 31.6% sin sacroileitis. Aquellos con sacroileitis mínima, sacroileitis moderada y anquilosis total, pertenecían al grupo de EA.

**Cuarto grupo: resultados e interpretación de índices de funcionalidad**

Todos los índices fueron aplicados únicamente a los pacientes con diagnóstico de EA. En BASFI el mínimo puntaje fue de 0.00 y el máximo de 9.10. Para BASDAI fue de 0.00 y el máximo de 10.00. La rigidez articular según BASDAI, tuvo un puntaje mínimo de 0 horas de duración de la rigidez y un máximo de 4 horas. En las calificaciones individuales (puntuación final entre 0 y 40) para DFI se obtuvo un puntaje mínimo de 0.00 y máximo de 30. En la Tabla N° 5 se exponen en detalle los resultados de estos índices.

**Tabla N°5.** Descripción estadística de los índices de funcionalidad BASFI, BASDAI y DFI

| <b>Índices de funcionalidad</b> | <b>Total pacientes</b> | <b>Media de puntuación</b> | <b>SD</b> |
|---------------------------------|------------------------|----------------------------|-----------|
| BASFI                           | 19                     | 3.91                       | 2.79      |
| BASDAI                          | 19                     | 4.31                       | 3.20      |
| Rigidez articular según BASDAI  | 19                     | 1.16                       | 1.07      |
| DFI                             | 19                     | 10.40                      | 8.15      |

## DISCUSIÓN

Un paciente con lumbalgia crónica, cae dentro de un gran grupo de enfermedades y especialidades, y no debe considerarse un fenómeno exclusivamente muscular; algunas series reportan que 10% de las causas de dolor lumbar son de origen sistémico, no músculo-esquelético. <sup>(7)</sup>

Pese a la existencia de criterios clasificatorios para EASN como los criterios de Amor-Dougados <sup>(1)</sup>, y los del grupo de estudio europeo (ESSG) <sup>(2)</sup>, que ofrecen un marco clínico, radiológico, genético y de respuesta al tratamiento, disponibles para orientar el diagnóstico de manera sindromática, persisten dificultades y desconocimiento para su aplicación y extrapolación de datos que nos permitan tenerlas en cuenta en los diagnósticos diferenciales cuando estemos frente a una lumbalgia crónica y mucho más si se trata de un síndrome de dolor bajo de espalda maligno <sup>(6,7)</sup>.

No se trata de sobrediagnosticar ni mucho menos subdiagnosticar el grupo de las EASN, sino que la anamnesis, la historia clínica y la correlación de antecedentes personales y familiares que avalen o descarten síntomas de tipo inflamatorio, más un buen examen físico (aplicando las maniobras semiológicas que cuantifiquen o demuestren aquellos signos de inflamación y restricción de movimientos), se puede lograr un adecuado enfoque clínico de las EASN.

Desde el punto de vista clínico, las variables demarcadas como síntomas (localización del dolor, localización de la rigidez articular, presentación de artritis en hombros y en caderas, y características de presentación clínica del dolor) son parámetros que

definen una lumbalgia inflamatoria. Respecto a los grupos de variables medidos, estudiados y analizados por este estudio: la localización axial del dolor (según la literatura, más a nivel lumbar y glútea; y en tórax, llegando a explicar en algunos casos el dolor pleurítico) <sup>(3,4)</sup> y en articulaciones periféricas, como el caso los miembros inferiores (específicamente talalgia), deben ser tomados como signos orientadores hacia el diagnóstico sindromático de EASN y como guía del juicio médico para aproximarse al diagnóstico etiológico, ya sea como EA, AP o EAI. Se encontró que las ubicaciones dolorosas antes descritas tuvieron mayor frecuencia de presentación para EA. En el caso de AP, a nivel de talones y tórax, y para la EAI, en región lumbar y talar.

La localización de la rigidez articular como síntoma, fue referido en mayor número en el esqueleto axial por aquellos pacientes con EA; si bien, en la mayoría de estos, son localizaciones simultáneas y contiguas, lo que de igual forma ha sido reportado por la literatura mundial <sup>(3,4)</sup>. En los pacientes con diagnóstico de AP, sólo se encontró sintomatología a nivel del cuello en uno de ellos, diferente al grupo de pacientes con EAI, donde dos de ellos lo refirieron a nivel lumbar y de columna, ajustándose a las descripciones sobre la forma de presentación clínica de la artritis <sup>(5)</sup>, sin existencia de criterios precisos, presentándose en ambas enfermedades una sintomatología bizarra y difícil de concretar, caso diferente a EA.

Al analizar la presentación clínica del dolor en EA, es preponderante la rigidez lumbar matutina, el comienzo crónico y progresivo de los síntomas, la hiper-

sensibilidad ósea al contacto y a la presión a nivel axial, el incremento del dolor en reposo y las exacerbaciones nocturnas del mismo, mejorando en buena parte de los pacientes con la actividad física; aclarando que la forma del dolor en EASN, especialmente en EA, es una sintomatología de lumbalgia inflamatoria. La evolución de esta entidad, en muy pocos casos, es aguda y bilateral. Asimismo, los pacientes con diagnóstico de AP y EAI, en general, se presentaron con un curso crónico de la enfermedad, con hipersensibilidad ósea similar a los de EA y desaparición de los síntomas con el ejercicio.

Considerando los signos clínicos de estos pacientes, la localización ósea del dolor es consecuente con la sintomatología referida, siendo sobresaliente en los pacientes con EA a nivel de talones y trocánter mayor (cadera). Las tuberosidades isquiáticas y las apófisis espinosas (lumbar), también fueron sitios representativos. Sin embargo, en este grupo, la localización en las crestas ilíacas, esternocostal (tórax) y espinas tibiales fue encontrado en muy pocos pacientes. En aquellos con diagnóstico de AP, esta variable sólo fue reportada en 3 pacientes con localización en talones, trocánter mayor y a nivel esternocostal. Pacientes con EAI no reportaron tal variable.

La prueba semiológica de Patrick, que se relaciona con la presencia de sacroileitis, fue notablemente positiva en los pacientes con diagnóstico de EA, ya que estos presentan un compromiso mayor a nivel pélvico. Como es de esperar, los pacientes con AP en general, tienen poco compromiso en cadera y articulación sacroilíaca, así que en los incluidos en este estudio se encontró

negativa en casi 70% de los casos. En aquellos con EAI, este hallazgo fue positivo y negativo en la misma proporción de pacientes. La valoración de la prueba de Schöber fue negativa en la mayoría de los pacientes con EA, lo que indica la no existencia de limitación a la flexión de la columna lumbar de manera importante. Sin embargo, en los pacientes con EAI, fue positiva en 100%, pero no permitió sacar conclusiones dado el reducido número de pacientes.

En la gran mayoría de los pacientes de las tres entidades, no se encontró limitación de la excursión respiratoria, concordando con los hallazgos descritos hasta ahora del poco compromiso esternocostal.

Por otra parte, en los pacientes evaluados con radiografía de columna lumbo-sacra, que en su mayoría pertenecen al grupo de EA, el hallazgo más común (81.3%) fue la sacroileitis bilateral, seguido de la entesitis piramidal; y en algunos casos se encontraron sindesmofitos a nivel dorsal y lumbar. Lo anterior se ajusta a lo valioso de correlacionar los hallazgos clínicos (síntomas y signos), con una ayuda diagnóstica factible como ésta <sup>(1, 3)</sup>. Adicionalmente, los hallazgos radiológicos son básicos y comunes en los pacientes para un diagnóstico acertado ajustado a los criterios modificados de Nueva York para EA <sup>(10)</sup>. De igual forma, para el Grupo de estudio Europeo <sup>(2)</sup> y sus criterios de clasificación para EASN, la documentación de sacroileitis incrementa la sensibilidad y especificidad diagnóstica en 86% y 87% respectivamente luego de ajustar los criterios clínicos; para Amor BD et al, que de la misma manera han ofrecido criterios diagnósticos, el hallazgo radiológico de

sacroileitis incrementa hasta 97% la especificidad diagnóstica. <sup>(1)</sup>

En aquellos pacientes con diagnóstico de AP y que tenían radiografías, los hallazgos fueron entesitis piramidal en la radiografía lumbo-sacra, entesitis talar en la radiografía de pies, y erosiones en manos en la radiografía de éstas. Y en los dos pacientes con EAI, se encontró entesitis piramidal en uno y entesitis talar en el otro, siendo evidente el compromiso que se ha descrito hasta ahora a nivel lumbo-sacro y talones de las espondiloartropatías.

Dentro de los pacientes con EA, a los que se les aplicaron los índices de funcionalidad (9) citados en el presente estudio, se pudo concluir que existía poco compromiso e interferencia de la enfermedad, hasta ese momento, en las actividades cotidianas del paciente, tanto básicas (vestirse, bañarse, forma de dormir, etc) como en otras un

poco más concretas (grado de fatiga y afectación de otras articulaciones), concluyendo que existe un pronóstico y respuesta adecuados a las medidas clínicas y al tratamiento ofrecido a los pacientes con EA, desde perspectivas de funcionalidad y actividad.

Para el presente estudio, la EA fue la entidad más frecuente, cursó con más signos y síntomas inflamatorios, predominó el compromiso del esqueleto axial, evolucionó de manera crónica y progresiva y cursó con mayor evidencia de compromiso radiológico, si se compara con AP y EAI.

#### AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Ricardo Pineda, internista reumatólogo y al asesor metodológico, Dr. William Mejía. ■

## REFERENCIAS

1. Amor B, Dougados M, Mijiyawa M. Critères de classification des spondylarthropaties. *Rev Rheum* 1990; 57:85-89.
2. Dougados M, van der Linden S, Juhlin R, et al. The European spondylarthropathy study group preliminary criteria for the classification of spondylarthropathy. *Arthritis Rheum* 1991; 34:1218-1227.
3. Ruddy S, Harris E, Sledge C. *Kelly's Textbook Rheumatology Ankylosing*. 6a ed. Madrid : Marbán libros , 2003.
4. Harrison TR. *Principios de Medicina Interna*. 15a ed. Madrid: McGraw-Hill, 2001.
5. Molina J, Molina JF. *Reumatología*. 5a ed. Medellín: CIB, 1998.
6. Uribe O, Garcia H, Osorio JA, Salinas F. *Rehabilitación en dolor de espalda: guías de práctica clínica basadas en la evidencia*. Bogotá: Seguro Social: Ascofame, 1998.
7. Sanín A, Villa A, Johnson LE. *Dolor lumbar: guías de práctica clínica basadas en la evidencia*. Bogotá: Seguro Social: Ascofame, 1997.
8. Villegas A, Arango S, Rivera C. La columna Vertebral. En: Jaramillo JC, Mejía LS, Pérez C. *Ortopedia y Traumatología*. Medellín: CIB; 2002. p. 99-115.
9. Cardiel MH, Londoño JD, Gutiérrez E, Pacheco-Tena C, Vásquez-Mellado J, Burgos-Vargas R. Translation, cross-cultural adaptation, and validation of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI), the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) and the Dougados Functional Index (DFI) in a Spanish speaking population. *Clin Exp Rheumatol* 2003; 21:451-458.
10. Van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum*.1984; 27:361-368.