

Espondilitis Anquilosante. Revisión clínica y radiológica

Autor: Irigaray Sierra, Patricia (Graduada en Medicina, Estudiante MIR).

Público: Profesionales sanitarios y estudiantes de medicina. **Materia:** Reumatología. **Idioma:** Español.

Título: Espondilitis Anquilosante. Revisión clínica y radiológica.

Resumen

El objetivo de este estudio es demostrar las características clínicas y terapéuticas de la Espondilitis Anquilosante en 72 pacientes de la consulta de Reumatología del HUAV de Lleida. El sexo masculino y el hábito tabáquico son factores de mal pronóstico en la progresión de la enfermedad. La terapia biológica es una alternativa para aquellos pacientes refractarios al tratamiento antiinflamatorio. Las herramientas utilizadas para medir la actividad de la enfermedad permiten mejor control de la misma.

Palabras clave: espondilitis anquilosante, tabaco, retardo diagnóstico, mujer, tratamiento.

Title: Ankylosing Spondylitis: Clinical and Radiological review.

Abstract

The aim of this study is to describe a series of patients with Ankylosing Spondylitis. The clinical and therapeutic features of the Ankylosing Spondylitis are shown in 72 patients of the rheumatology service of the Lleida HUAV. Male sex and smoking are both poor prognosis factors in the progression of the disease. Biological therapy is an alternative for those patients who are resistant to anti-inflammatory treatment. The tools used to measure the activity of the Ankylosing Spondylitis allow better control of the.

Keywords: ankylosing spondylitis, smoking, diagnostic delay, women, treatment.

Recibido 2018-06-23; Aceptado 2018-06-27; Publicado 2018-07-25; Código PD: 097093

INTRODUCCIÓN

El término Espondilitis Anquilosante nace en 1963 en el Congreso Europeo de Reumatología de Roma, donde se define como una patología diferente a la Artritis Reumatoide. Posteriormente basándose en la negatividad del factor reumatoide y la fuerte asociación con el antígeno de histocompatibilidad HLA-B27 (*human leukocyte antigen B27*) surge la espondiloartritis tal como la conocemos hoy, englobando un grupo de enfermedades con clínica diferente pero compartiendo bases genéticas¹.

Dentro de las espondiloartritis, el prototipo de enfermedad es la Espondilitis Anquilosante (EA), caracterizada por afectación del esqueleto axial, entesis y grandes articulaciones periféricas. Se manifiesta como lumbalgia inflamatoria crónica, rigidez matutina y sacroileitis radiográfica. Puede acompañarse de clínica extraarticular como uveítis anterior aguda, enfermedad inflamatoria intestinal o psoriasis².

Su etiopatogenia es desconocida. La evidencia de una estrecha asociación con HLA-B27 justifica una base genética. Además, el linfocito T CD8+ tiene un papel central al reaccionar con el HLA-B27. Citosinas como TNF-alfa, IL-6, IL-23 e IL-17 intervienen en la actividad inflamatoria y en el daño estructural².

Es más frecuente en varones (2-3:1) y la edad media de aparición son 30 años, con una prevalencia entre 0'1 y 1'4%.

El diagnóstico de EA se basa en la aplicación de los criterios de Nueva York modificados, recogidos en la siguiente tabla².

3.

Criterios clínicos

- 1) dolor lumbosacro, con duración de ≥ 3 meses, que mejora tras el ejercicio y no desaparece en reposo.
- 2) limitación de la movilidad de la columna lumbar, tanto en el plano sagital, como en el frontal.
- 3) limitación de la movilidad del tórax en relación con la edad y el sexo del paciente

Criterios radiológicos

Artritis de articulaciones sacroilíacas bilateral de grado 2-4 o unilateral de grado 3-4.

Diagnóstico cierto: criterio radiológico y ≥ 1 de criterio clínico.

Diagnóstico probable: presencia de los 3 criterios clínicos o solo un criterio radiológico.

A continuación mostramos una serie de 72 pacientes con EA recogidos en un centro durante el año 2017.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, de todos los pacientes diagnosticados de EA visitados en el servicio de Reumatología del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida durante el año 2017.

Se incluyeron aquellos que cumplían los criterios de Nueva York modificados, previamente descritos.

Para la selección de las variables se tuvieron en cuenta las recomendaciones del ASAS Working Group (*Ankylosing Spondylitis Working Group*)^{4,5}. Se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, edad de inicio de los síntomas, edad al diagnóstico, retardo diagnóstico, años de evolución, tabaquismo, clínica articular tanto axial como axial/periférica, uveítis, test de Schöber, expansión torácica, valoración de la enfermedad por el paciente, realización de ejercicio físico, tratamiento recibido (incluyendo AINES, FAME, Corticoides o Biológico), BASDAI, ASDAS y BASFI. Las pruebas de laboratorio incluyeron PCR y HLA-B27. Como pruebas de imagen utilizamos la radiografía de columna vertebral para valorar la presencia de sindesmofitos (**Figura 1**).

Para la movilidad de columna los instrumentos de medida fueron el test de Schöber y la expansión torácica^{5,6}. Se calculó la actividad de la enfermedad con el índice de actividad BASDAI (*Bath Ankylosing Spondylitis Activity Index*), que actualmente es el más utilizado en espondilitis⁶ (**Figura 2**) y el índice ASDAS (*Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score*), compuesto por parámetros del BASDAI y parámetros analíticos (**Figura 3**). La función física se valoró con el índice funcional de Bath (*Bath Ankylosing Spondylitis Funcional Index* [BASFI])⁶ (**Figura 4**).

Dada la imposibilidad de cruzar y valorar todos los datos, creímos conveniente insistir en aquellas variables que consideramos más significativas:

- Confirmar en nuestros enfermos datos bien conocidos como el mejor pronóstico y mayor retardo diagnóstico en mujeres^{1,7}
- Insistir en la relevancia y los datos crecientes que confirman la acción del tabaco en la evolución de la enfermedad⁸
- Valorar de forma descriptiva cómo estamos tratando a nuestros pacientes⁹
- Evaluar la actividad de la enfermedad en nuestros pacientes mediante datos BASDAI/ASAS/BASFI^{10,11, 12}

Para el análisis estadístico utilizamos el software R en su versión 3.4.3., considerando estadísticamente significativa una $p < 0,05$. Las variables categóricas se compararon mediante el test de Chi-cuadrado. Las variables continuas distribuidas normalmente, expresadas como media (DE), fueron comparadas usando el test t de student para dos muestras; y las variables continuas no distribuidas normalmente, expresadas como mediana (rango intercuartílico), fueron analizadas mediante la U de Mann-Whitney.

RESULTADOS

La muestra se componía de 72 pacientes, 56 hombres y 16 mujeres, con una edad media de inicio de la enfermedad de 28 años. De todos ellos, 52 tenían afectación axial y 20 axial/periférica, 20 pacientes (27.8%) presentaron uveítis en algún

momento de la evolución de su enfermedad, 37 (51.4%) tenían sindesmofitos y 69 (95.8%) eran HLA-B27 positivo. La PCR media de la muestra fue 3.40 [1.99;9.60] (**Tabla 1**).

En nuestro estudio podemos observar que las mujeres desarrollan menos sindesmofitos ($p=0.123$) con una diferencia de retardo diagnóstico de 1 año mayor en comparación con los hombres (5 años mujeres vs. 4 años hombres, $p=0.392$). Nuestros datos no son estadísticamente significativos probablemente porque falte potencia en la muestra (**Tabla 2**) (**Figura 5**).

Tabla 2. Retardo diagnóstico y presencia de sindesmofitos por sexos

| | H N=56 | M N=16 | p.overall |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------|
| Edad actual | 53.2 (13.5) | 56.1 (14.2) | 0.474 |
| Edad inicio | 27.3 (7.57) | 31.1 (10.4) | 0.194 |
| Edad al diagnóstico | 32.0 [27.0;40.0] | 37.5 [29.8;50.5] | 0.269 |
| Retardo diagnóstico | 4.00 [2.00;8.25] | 5.00 [3.00;8.50] | 0.392 |
| Tiempo de evolución | 26.5 [13.0;35.0] | 21.5 [18.0;33.8] | 0.908 |
| Sindesmofitos: | | | 0.123 |
| NO | 24 (42.9%) | 11 (68.8%) | |
| SI | 32 (57.1%) | 5 (31.2%) | |

H: hombres; M: mujeres

Para evaluar la relación entre tabaco y progresión de enfermedad hemos relacionado ambos grupos con la aparición de sindesmofitos en la radiografía y con el índice ASDAS. No hemos obtenido diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la aparición de sindesmofitos ($p=1.000$), sin embargo, sí que hay diferencias significativas en el ASDAS ($p=0.005$), de modo que los fumadores tienen una enfermedad más activa (3.00 [2.55;3.23] en fumadores, frente a 2.25 [1.50;2.70] en no fumadores) (**Tabla 3**) (**Figura 6**).

Tabla 3. Tabaco y progresión de la enfermedad

| | No fumadores N=60 | Fumadores N=12 | p.overall |
|----------------|-------------------------|-------------------------|--------------|
| Sexo: | | | 0.277 |
| H | 45 (75.0%) | 11 (91.7%) | |
| M | 15 (25.0%) | 1 (8.33%) | |
| Edad actual | 55.8 (12.9) | 44.2 (13.5) | 0.015 |
| Edad inicio | 29.0 (8.39) | 23.9 (6.93) | 0.038 |
| Sindesmofitos: | | | 1.000 |
| NO | 29 (48.3%) | 6 (50.0%) | |
| SI | 31 (51.7%) | 6 (50.0%) | |
| BASFI | 1.60 [0.70;3.80] | 4.70 [0.98;4.98] | 0.166 |
| BASDAI | 2.95 [1.60;4.48] | 4.40 [1.95;5.97] | 0.212 |
| ASDAS | 2.25 [1.50;2.70] | 3.00 [2.55;3.23] | 0.005 |

H: hombres; M: mujeres. Fumadores: aquellos que fuman en el momento actual

Por lo que se refiere al tratamiento, 59 pacientes (81.9%) toma algún tipo de AINE, siendo Eterocoxib el más utilizado. Por otra parte, de aquellos que toman AINEs, 62.7% lo hacen a demanda y 37.3% a diario. Solo 11.1% reciben corticoides (**Tabla 4**).

Del total de pacientes, el 12.5% está en tratamiento con FAME, de los cuales, 44.4% toma Metotrexato y 33.3% Sulfasalazina (**Tabla 5**)

Finalmente, solo un 30.6% lleva tratamiento biológico. Adalimumab es el más utilizado, seguido de Etanercept y Golimumab (**Tabla 6**).

Tabla 4. Tratamiento con AINES y corticoides

| AINES: | 72 |
|---------------------|------------|
| NO | 13 (18.1%) |
| SI | 59 (81.9%) |
| TIPO DE AINE: | 59 |
| Eterocoxib | 36 (61.0%) |
| Indometacina | 11 (18.6%) |
| Naproxeno | 5 (8.47%) |
| Diclofenaco | 4 (6.78%) |
| Meloxicam | 2 (3.39%) |
| Celecoxib | 1 (1.69%) |
| POSOLOGÍA: | 59 |
| A demanda | 37 (62.7%) |
| Fijo | 22 (37.3%) |
| CORTICOIDES: | 72 |
| NO | 64 (88.9%) |
| SI | 8 (11.1%) |

AINES: antiinflamatorios no esteroideos

Tabla 5. Tratamiento con FAME

| FAME: | 72 |
|---------------|------------|
| NO | 63 (87.5%) |
| SI | 9 (12.5%) |
| TIPO DE FAME: | 9 |
| Metotrexato | 4 (44.4%) |
| Sulfasalazina | 3 (33.3%) |
| Azatioprina | 1 (11.1%) |
| Mesalazina | 1 (11.1%) |

FAME: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad

Tabla 6. Tratamiento con Biológicos

| BIOLÓGICO: | 72 |
|---------------------------|------------|
| NO | 50 (69.4%) |
| SI | 22 (30.6%) |
| TIPO DE BIOLÓGICO: | 22 |
| Adalimumab | 9 (40.9%) |
| Etanercept | 7 (31.8%) |
| Golimumab | 3 (13.6%) |
| Certolizumab | 1 (4.55%) |
| Infliximab | 1 (4.55%) |
| Secukinumab | 1 (4.55%) |

Para valorar la actividad de la enfermedad de nuestros pacientes, hemos creído conveniente utilizar los datos BASDAI, ASDAS y BASFI. Se considera un BASDAI <4 buen control de la enfermedad y ≥4 mal control de la misma. En ASDAS tenemos 4 estadios de actividad: ≤1.3 inactiva, 1.3-2.1 actividad baja, 2.1-3.5 actividad alta y >3.5 muy alta¹². En nuestros resultados el BASDAI fue <4 en 46 pacientes (63.9%) y ≥4 en 26 (36.1%), con una media de 3.00 [1.75;4.80]. En el índice ASDAS 14 pacientes (19.4%) obtuvieron ≤1.3 puntos, 17 (23.6%) entre 1.3 y 2.1, 38 (52.8%) entre 2.1 y 3.5 y solo 3 (4.17%) >3.5, con una media de 2.35 [1.50;2.82] (**Tabla 1 y Tabla 7**). Respecto al BASFI la media fue de 2.10 [0.78;4.80] con un mínimo de 0 y un máximo de 8.6 (**Tabla 1**).

Tabla 7. Actividad de la enfermedad.

| | [ALL] N=72 | N |
|--------------|------------------|----|
| BASFI | 2.10 [0.78;4.70] | 72 |
| BASDAI: | | 72 |
| Buen Control | 46 (63.9%) | |
| Mal Control | 26 (36.1%) | |
| ASDAS: | | 72 |
| Inactiva | 14 (19.4%) | |
| Baja | 17 (23.6%) | |
| Alta | 38 (52.8%) | |
| Muy Alta | 3 (4.17%) | |

BASDAI: Buen control: <4; Mal control: ≥4. ASDAS: Inactiva: ≤1.3; Baja actividad: 1.3-2.1; Alta actividad: 2.1-3.5; Muy Alta actividad: ≥3.5

DISCUSIÓN

Se trata de un estudio descriptivo con los sesgos que ello comporta. Sin embargo, es el primer estudio que evalúa las características de la población de Lleida afecta de Espondilitis Anquilosante.

Nuestros datos se refieren a la población de Lleida por lo que no pueden ser totalmente extrapolables a otras áreas geográficas.

Existen evidencias de que las manifestaciones radiológicas de la columna cursan con una progresión más lenta en la mujer¹⁷. Así mismo, se acepta un mayor retardo en el diagnóstico de la enfermedad en las mismas. Según González-Naranjo et al., el tiempo promedio en la demora del diagnóstico es de 8.9 años; este retraso en el diagnóstico es significativamente mayor entre las mujeres que entre los hombres (9.8 años vs. 8.4 años, $p < 0.01$)⁷.

Estudios publicados ponen de manifiesto la relación entre hábito tabáquico y progresión del daño estructural constatado por radiografía, así como mayor índice de actividad ASDAS en fumadores respecto a no fumadores⁸.

El tratamiento de la EA se basa inicialmente en antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y terapia física. Hay poca evidencia científica de que los fármacos modificadores de enfermedad (FAME) sean eficaces. Existen distintas formas de espondiloartritis que tienen resistencia al tratamiento con AINE y FAME. Se ha demostrado que en estos casos juega un papel relevante el factor de necrosis tumoral alfa ($TNF\alpha$), por ello se utilizan los agentes antagonistas del $TNF\alpha$: el receptor soluble del $TNF\alpha$ (etanercept), los anticuerpos monoclonales anti- $TNF\alpha$ (infliximab y adalimumab), así como el inhibidor de la IL-17 (Secukinumab). La principal indicación de esta terapia es en pacientes con enfermedad activa de forma mantenida a pesar del tratamiento correcto con AINE y/o FAME. Alrededor del 60% de los pacientes con resistencia a la terapia convencional presentan una buena respuesta al anti- TNF ⁹.

La utilización de ASDAS no solo proporciona mayor sensibilidad para valorar la actividad de la enfermedad, sino que está demostrado que pacientes con ASDAS elevados tienen mejor respuesta a la terapia anti- TNF ^{10,11}. Con la pauta de tratamiento recibida, nuestros pacientes consiguen un buen control de su enfermedad, sin embargo, todavía existe un 52.8% con ASDAS en el rango inferior de alta actividad, lo que podría apoyar la necesidad de incrementar la utilización de tratamientos biológicos.

Algunos de nuestros valores no han sido estadísticamente significativos, debido a que se reclutaron pocos pacientes y se intentó que fueran representativos de la práctica clínica. Para conseguirlo, nuestros criterios de inclusión tuvieron que ser laxos, lo que conlleva tener una muestra heterogénea con mucha variabilidad, que requiere mayor tamaño muestral para alcanzar diferencias significativas.

CONCLUSIONES

El trabajo muestra las características clínicas y terapéuticas de la EA observadas en 72 pacientes de la consulta de Reumatología del HUAV de Lleida. Se pone de manifiesto que el sexo masculino y el hábito tabáquico son factores de mal pronóstico en la progresión de la enfermedad. La terapia biológica es una alternativa para aquellos pacientes refractarios al tratamiento antiinflamatorio que permite mejorar de forma significativa el pronóstico de los mismos. Las herramientas utilizadas para medir la actividad de la enfermedad permiten un mejor control de la misma.

Finalmente, se necesitaría realizar un estudio con mayor tamaño muestral y con una muestra más homogénea para tener mayor validez interna y poder obtener datos significativos que confirmen algunos de nuestros hallazgos.

ANEXOS

Figura 1. Ficha recogida de datos

- Iniciales del paciente:
- Edad:
- Edad inicio síntomas :
- Edad al diagnóstico:
- Sexo:
- Tiempo de Evolución: *(valorar al final del año 2017)*
- Tabaco: SI / NO / Exfumador
- Nº de visitas durante el año 2017:
- Diagnóstico en 2017: SI / NO

CLÍNICA ARTICULAR:

- Afectación Axial:
- Afectación axial + periférica

CLÍNICA EXTRAARTICULAR:

- Uveítis: SI / NO

EXPLORACIÓN FÍSICA:

- Schober:
- Expansión de caja torácica:
- Valoración de la enfermedad por el paciente en la última semana:
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Radiografía perfil cervical (2015-2017): Sindesmofitos SI / NO
- Radiografía perfil lumbar (2015_2017): Sindesmofitos SI / NO
- PCR (última medición en mg/L normalidad 0.0-6.0):
- HLAB27: + / -

TRATAMIENTO:

- Ejercicio físico (incluido caminar): > 2 días por semana / < 2 días por semana / actividad profesional
- AINES:
 - o Qué AINE
 - o Fijo / A demanda
- FAME:
 - o SI → ¿Cuál?
 - o NO
- Corticoides:
 - o SI → ¿Tipo y dosis?:
 - o NO
- Biológico actual:
 - o SI → ¿Tipo y dosis?:
 - o NO
- Prótesis articular:

BASFI:

BASDAI:

ASAS:

BASDAI

Por favor, marque con una X el recuadro que representa su respuesta (ejemplo 10)
Todas las preguntas se refieren a **la última semana**.

1. ¿Cómo describiría el grado global de fatiga / cansancio que ha experimentado?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ausente muy intensa

2. ¿Cómo describiría el grado global de dolor en **cuello, espalda o caderas** debido a su enfermedad?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ausente muy intenso

3. ¿Cómo describiría el grado global de dolor-hinchazón en **otras articulaciones fuera de cuello, espalda o caderas**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ausente muy intenso

4. ¿Cómo describiría el grado global de malestar que ha tenido en zonas dolorosas al tacto o a la presión?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ausente muy intenso

5. ¿Cómo describiría el grado global de rigidez matutina que ha tenido al despertar?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10


ausente muy intensa

6. ¿Cuánto tiempo dura su rigidez matutina tras despertarse?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 horas 1 hora 2 horas o más

Figura 2. Índice BASDAI: Es un índice combinado compuesto por 6 ítems que valoran la fatiga, el dolor axial, la afección articular periférica, la entesopatía y la rigidez matutina⁶



ASDAS

Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score

Back Pain [0-10]

Duration Morning Stiffness [0-10]

Patient Global [0-10]

Peripheral Pain/Swelling [0-10]

C-Reactive Protein (mg/l)

Erythrocyte Sedimentation Rate (mm/hr)

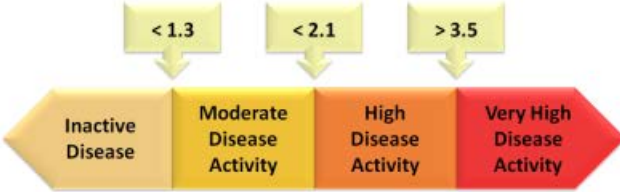
ASDAS-CRP

ASDAS-ESR


Clear

ASDAS

ASDAS disease activity states



ASDAS improvement criteria



A CRP value <2mg/L is not allowed. If the conventional CRP is below the limit of detection or if the high sensitivity CRP is <2mg/L, the constant value of 2mg/L should be used.

Figura 3. Índice ASDAS: recoge parámetros del BASDAI (dolor de espalda, duración de la rigidez matutina, dolor periférico y valoración global por el paciente) y parámetros analíticos (en nuestro caso utilizamos PCR).

Versión Española del BASFI 1

A continuación se le indican una serie de actividades. Por favor, marque el número que mejor describa su situación **EN LA ÚLTIMA SEMANA**.

- 1) Ponerse los calcetines o medias sin la ayuda.

Fácil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Imposible

- 2) Recoger un bolígrafo del suelo sin ayuda, inclinándose hacia adelante (doblando la cintura).

Fácil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Imposible

- 3) Coger de una estantería un objeto situado por encima de su cabeza, sin ayuda.

Fácil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Imposible

- 4) Levantarse de una silla sin apoyar las manos ni utilizar ninguna otra ayuda.

Fácil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Imposible

- 5) Estar acostado sobre la espalda y levantarse del suelo sin ayuda.

Fácil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Imposible

- 6) Estar a pie firme sin apoyarse en nada durante 10 minutos y no tener molestias.

Fácil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Imposible

- 7) Subir 12 ó 15 escalones sin agarrarse al pasamanos ni usar bastón o muletas (poniendo un pie en cada escalón).

Fácil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Imposible

- 8) Mirarse un hombro girando sólo el cuello (sin girar el cuerpo).

Fácil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Imposible

- 9) Realizar actividades que supongan un esfuerzo físico como ejercicios de rehabilitación, trabajos de jardinería o deportes.

Fácil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Imposible

- 10) Realizar actividades que requieran dedicación plena durante todo el día (en casa o en el trabajo).

Fácil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Imposible

Figura 4. Índice BASFI

Tabla 1. Características de la muestra de pacientes

| | [ALL] N=72 | N |
|-----------------------|------------------|----|
| Sexo: | | 72 |
| H | 56 (77.8%) | |
| M | 16 (22.2%) | |
| Edad actual | 53.9 (13.6) | 72 |
| Edad inicio | 28.2 (8.34) | 72 |
| Edad al diagnóstico | 32.5 [27.0;40.2] | 72 |
| Retardo diagnóstico | 4.00 [2.00;8.25] | 72 |
| Tiempo de evolución | 25.0 [13.0;35.0] | 72 |
| Tabaco: | | 72 |
| NO | 60 (83.3%) | |
| SI | 12 (16.7%) | |
| Afectación articular: | | 72 |
| Axial/Periférica | 20 (27.8%) | |
| Axial | 52 (72.2%) | |
| Uveítis: | | 72 |
| NO | 52 (72.2%) | |
| SI | 20 (27.8%) | |
| Sindesmofitos: | | 72 |
| NO | 35 (48.6%) | |
| SI | 37 (51.4%) | |
| PCR mg/L | 3.40 [1.99;9.60] | 72 |
| HLA-B27: | | 72 |
| Negativo | 3 (4.17%) | |
| Positivo | 69 (95.8%) | |
| BASFI | 2.10 [0.78;4.70] | 72 |
| BASDAI | 3.00 [1.75;4.80] | 72 |
| ASDAS | 2.35 [1.50;2.82] | 72 |

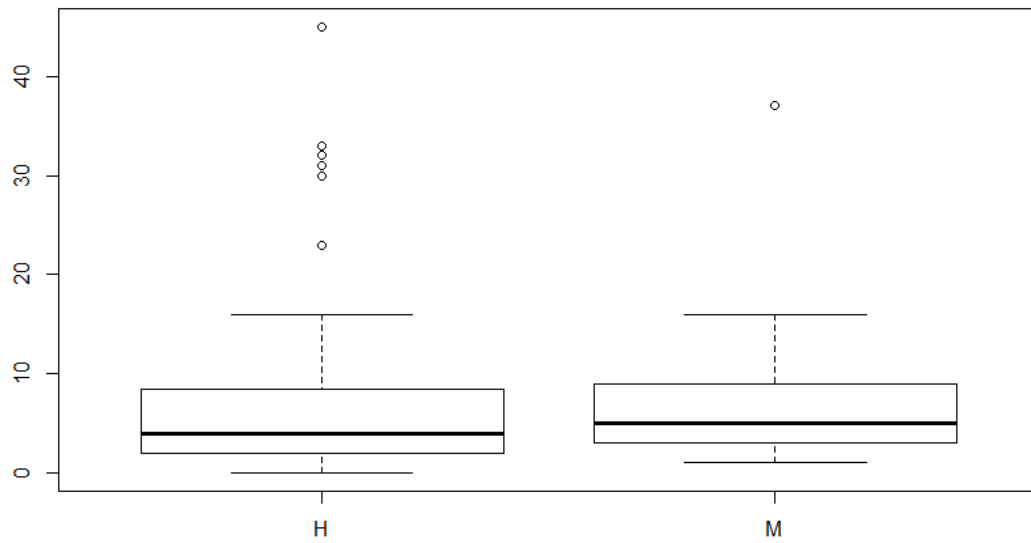


Figura 5. Retardo diagnóstico por sexos (H: hombres; M: mujeres)

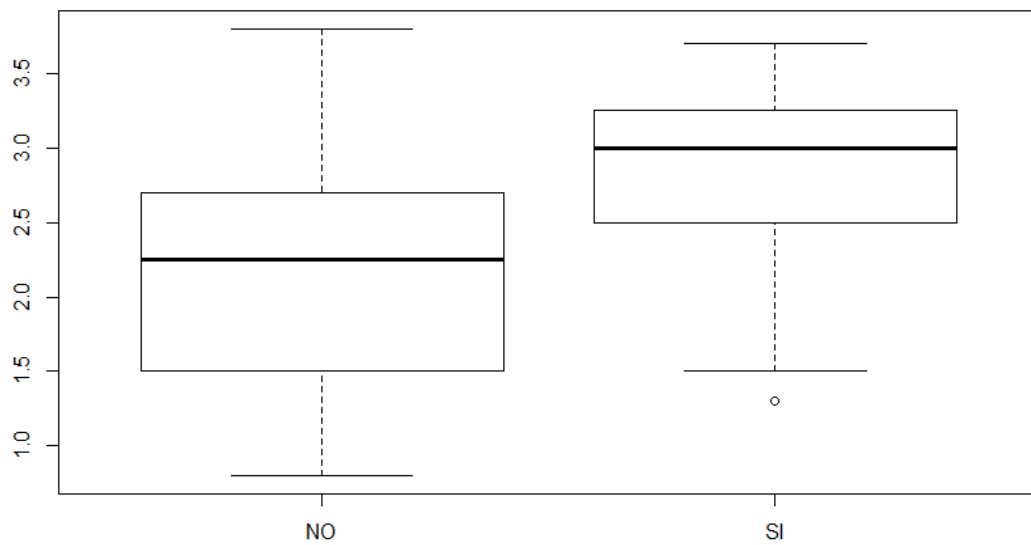


Figura 6. Tabaco y puntuación ASDAS (NO: no fumadores; SI: fumadores activos)

Bibliografía

1. Torre Alonso JC. Concepto, clasificación y metrología. Manual SER de enfermedades reumáticas. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014. pp. 251-260
2. Collantes Estévez E. Espondilitis Anquilosante. Manual SER de enfermedades reumáticas. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014. pp. 261-269
3. 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 Apr;27(4):361-8.
4. Veroz Gonzalez R, Collantes Estévez E. Evaluación de las recomendaciones ASAS-EULAR para el tratamiento de la espondilitis anquilosante. *Reumatol Clin* 2007;3 Supl 2:S39-43
5. Castro Villegas MC, Batlle Gualda E. Metrología en espondiloartritis. *Reumatol Clin.* 2010;6(S1):11-17
6. Zarco P. Cómo evaluar a los pacientes con espondilitis en la práctica clínica diaria. *Reumatol Clin.* 2005;1 Supl 1: S16-20
7. González Naranjo LA, Londoño JD, Valle RR. Diagnóstico temprano de las espondiloartropatías. *Revista colombiana de reumatología* Vol. 12 No. 3, Septiembre 2005, pp. 241-262
8. Villaverde-García V, Cobo-Ibáñez T, Candelas-Rodríguez G, Seoane-Mato D, Díaz del Campo-Fontecha P, Guerra M, Muñoz-Fernández S, Cañete JD. The effect of smoking on clinical and structural damage in patients with axial spondyloarthritis: A systematic literature review. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 46 (2017) 569-583.
9. Gratacós Masmitjà J. Terapéutica: Terapias biológicas en espondiloartritis: ¿cuándo y cómo? *Reumatol Clin* 2007;3 Supl E2:55-9 - Vol. 3
10. Fagerli KM, Lie E, van der Heijde D, Heiberg MS, Kaufmann C, Rødevand E, Mikkelsen K, Kalstad S, Kvien TK. Selecting patients with ankylosing spondylitis for TNF inhibitor therapy: comparison of ASDAS and BASDAI eligibility criteria. *Rheumatology (Oxford).* 2012 Aug;51(8):1479-83.
11. Vastesaegeer N, Vander Cruyssen B, Mulero J, Gratacós Masmitjà J, Zarco P, Almodovar R, Font P, Juanola X, Collantes-Estevez E. Actividad elevada ASDAS versus elevación de BASDAI en pacientes con espondilitis anquilosante como criterio de selección para el tratamiento con anti TNF-alfa. *Reumatol Clin* 2014;10:204-9 - Vol. 10 Núm.4
12. Abalos-Medina GM, Ruíz-Villaverde G, Sánchez-Cano D, Ruíz-Villaverde R, Ocaña-Peinado F, Villaverde-Gutiérrez C. Nivel funcional y calidad de vida en espondilitis anquilosante. Estudio piloto tras 16 semanas de tratamiento anti-TNF. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45(6):331-334