

ESPONDILO- ARTRITIS (EspA)



Cartilla de información
para pacientes

John Londoño Patiño
Ana María Santos
Guissell Nathalia Muñoz
Sofía Margarita Arias Correal



El conocimiento
es de todos

Minciencias



Medidas de prevención

Espondiloartritis (EspA)

Cartilla de información para pacientes

John Londoño Patiño

Ana María Santos

Guissell Nathalia Muñoz

Sofía Margarita Arias Correal



El conocimiento
es de todos

Minciencias

Reservados todos los derechos

© Universidad de La Sabana

Facultad de Medicina

© Minciencias

© John Londoño Patiño – Investigador Principal

© Ana María Santos - Investigador Principal

© Guissell Nathalia Muñoz - Joven Talento Salud

© Sofía Margarita Arias Correal - Joven Talento Salud

Propuesta de la Universidad de La Sabana para el fortalecimiento de proyectos de investigación de Ciencias Médicas y de la Salud, con talento joven e impacto regional.

Contrato RC No 743 de 2018. Nombre del Proyecto: “Determinar la influencia de los polimorfismos de los genes de aminopeptidasa del retículo endoplásmico (ERAP I y II) sobre los niveles séricos de citocinas pro inflamatorias en pacientes colombianos con espondiloartritis (SpA) HLA-B27 y HLA-B15 positivos. Fase I”. Código interno: MED-232-2018.

Primera edición: junio de 2020

ISBN 978-958-12-0548-6

e-ISBN 978-958-12-0549-3

500 ejemplares

Impreso y hecho en Colombia

Edición

Dirección de Publicaciones

Campus del Puente del Común

Km 7 Autopista Norte de Bogotá

Chía, Cundinamarca, Colombia

Tels.: 861 5555 – 861 6666, ext. 45101

www.unisabana.edu.co

<https://publicaciones.unisabana.edu.co>

publicaciones@unisabana.edu.co

Diagramación y diseño de pauta

lacentraldediseno.com

Ilustraciones

Redesonica SAS / Mi Media Naranja

Melanie Echeverría

Corrección de estilo

Francisco Díaz Granados

Impresión

Xpress Estudio Gráfico y Digital S.A.S.

Hecho el depósito que exige la ley

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este libro, sin la autorización de los titulares del copyright, por cualquier medio, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático. Esta edición y sus características gráficas son propiedad de la Universidad de La Sabana.

Londoño Patiño, John, autor

Espondiloartritis (EspA): Cartilla de información para pacientes / John Londoño Patiño, Ana María Santos, Guissell Nathalia Muñoz, Sofía Margarita Arias Correal. -- Chía: Universidad de La Sabana, Minciencias, 2020
36 páginas; cm.

Incluye bibliografía

ISBN 978-958-12-0548-6

e-ISBN 978-958-12-0549-3

1. Espondiloartropatías ⅄. Artritis ⅄. Columna vertebral -- Enfermedades I. Londoño Patiño, John. II. Santos, Ana María. III. Muñoz, Guissell Nathalia. IV. Arias Correal, Sofía Margarita V. Universidad de La Sabana (Colombia), Minciencias. VI. Tit.

CDD 611.711

Contenido

¿Qué son las EspA?

¿Qué causa las EspA?

¿Cuáles son los genes relacionados con EspA?

¿Qué es el antígeno leucocitario humano (HLA)?

¿Cuáles son los factores medioambientales?

¿Qué tan común y quiénes presentan EspA?

¿Qué síntomas se pueden presentar?

¿De qué características es su dolor lumbar?

¿Cómo se presentan los síntomas?

¿Cuáles son las enfermedades o subgrupos que componen las EspA?

¿Cómo se realiza el diagnóstico de las EspA?

¿Con qué enfermedades no se deben confundir las EspA?

Tratamiento farmacológico

Complicaciones en la enfermedad avanzada

Tratamiento no farmacológico

Bibliografía

Prólogo

El Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias), como ente rector del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (SNCTel) encargado de formular la política pública del sector, así como de articular y fomentar el desarrollo científico, tecnológico y la innovación en el país, invitó en el año 2018 a instituciones de educación superior acreditadas a participar en la convocatoria de propuestas para el fortalecimiento de programas y proyectos de Investigación en Ciencias Médicas y de la Salud, con Talento Joven e Impacto Regional.

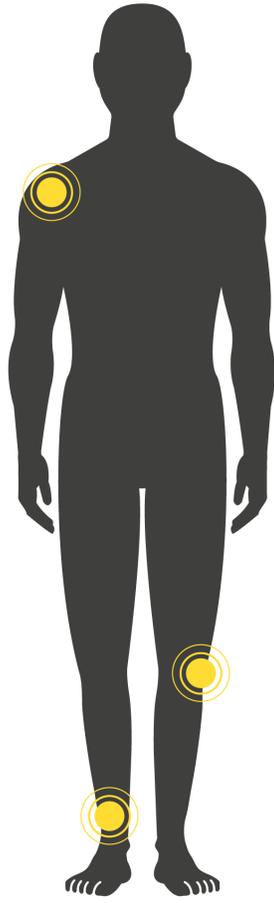
La Universidad de La Sabana fue una de las beneficiarias, por su contribución con tres proyectos de investigación de la Facultad de Medicina. Entre estos, el Grupo de Espondiloartropatías presentó el proyecto “Determinar la influencia de los polimorfismos de los genes de aminopeptidasa del retículo endoplásmico (ERAP I y II) sobre los niveles séricos de citocinas proinflamatorias en pacientes colombianos con espondiloartritis (SpA) HLA-B27 y HLA-B15 positivos”, en el marco del Contrato 743 de 2018 suscrito entre la Universidad y Colciencias.

Esta iniciativa en la política nacional determina un nuevo camino de la investigación en Colombia, puesto que redimensiona los objetivos en Ciencia, Tecnología e Innovación hacia el desarrollo de estrategias de *apropiación social* que den respuestas pertinentes y dirigidas a las problemáticas regionales y de la comunidad. Así mismo, exalta el rol de los jóvenes y su liderazgo en las iniciativas de los equipos de investigación para la comprensión y la divulgación genuina del quehacer profesional en el lenguaje del paciente, el niño, el adulto mayor y sus familias.

Esperamos que a través de esta primera iniciativa de producción de material educativo para la comunidad y el trabajo interdisciplinario que se continúa a través de las alianzas entre academia, Estado y empresa acerquemos al paciente en el proceso científico e impactemos en los indicadores de la comprensión de su enfermedad, educación, calidad de vida, al tiempo que consolidamos los servicios de la academia orientados al bienestar regional, de acuerdo con el perfil y el contexto comunitario.

¿Qué son las EspA?

Las enfermedades reumáticas son aquellas que afectan principalmente las articulaciones, músculos y huesos. Producen dolor, inflamación, rigidez y limitación (1). Entre ellas, está la familia de las espondiloartritis (EspA) (2), antes llamadas espondiloartropatías, en las cuales predomina la inflamación tanto en las articulaciones como en las entesis, sitios donde los ligamentos y tendones se unen a los huesos. Usualmente este compromiso se presenta en las coyunturas de los miembros inferiores y de la columna vertebral, especialmente en la región lumbar (espalda baja), donde causa dolor y sensación de rigidez prolongada (3, 4).



¿Qué causa las EspA?

Se han planteado varias teorías acerca del origen de estas enfermedades, siendo una de ellas la que lo atribuye a una alteración en el funcionamiento normal del sistema de defensa o sistema inmune (3, 4). Esta alteración aparece cuando *individuos que presentan ciertos genes que confieren susceptibilidad o predisposición interactúan con determinados factores ambientales* y generan una respuesta inmune persistente y alterada. Generalmente el factor ambiental disparador puede ser una infección: respiratoria, urinaria, gastrointestinal, entre otras (5). La forma en que el sistema inmune o de defensas realiza su función es mediante la inflamación. Por esta razón los síntomas que se producen por una respuesta inmune alterada y prolongada son: *dolor, hinchazón, enrojecimiento, calor y limitación para los movimientos de los segmentos afectados* (5, 6).

¿Cuáles son los genes relacionados con EspA?

Un gen es un segmento corto de ADN que será traducido por medio de la maquinaria celular en una proteína que cumplirá una función específica en el organismo (7). Varios genes se han relacionado con la susceptibilidad al desarrollo de las EspA. Los más consistentes a nivel mundial son el conjunto de genes del complejo mayor de histocompatibilidad (en humanos, llamados HLA - *human leukocyte antigen*) (5, 8). Estos son altamente variables de persona a persona, se heredan de padres a hijos y la presencia de alguna de sus variantes confiere susceptibilidad al desarrollo de distintas enfermedades (9, 10).

¿Qué es el antígeno leucocitario humano (HLA)?

El HLA es un conjunto de genes, expresado como proteínas sobre la superficie de casi todas las células, cuya importancia radica en la defensa del cuerpo contra agentes extraños o potencialmente dañinos para su funcionamiento (9). Entre sus múltiples variantes genéticas se encuentran el HLA-B27 y el HLA-B15, relacionados con un mayor riesgo de desarrollar las EspA, y su presencia en mayor o menor medida dependerá de la población que se estudie (8). Aunque cerca del 4,5% de la población mundial presenta HLA-B27, solo un muy bajo porcentaje de los portadores del gen (cerca del 5%) desarrollará la enfermedad. Sin embargo, en la mayoría de los enfermos de EspA podemos encontrar estos genes (4, 5, 10). En población colombiana, aproximadamente el 40% de los pacientes con EspA son HLA-B27 positivos y cerca del 36% son HLA-B15 positivos (8, 11).

¿Cuáles son los factores medioambientales?

Se han involucrado como desencadenantes en el desarrollo de las EspA los siguientes factores medioambientales (6, 12):

- Historia de infecciones, especialmente respiratorias, gastrointestinales y genitourinarias.
- Alteraciones en la integridad y el funcionamiento gastrointestinal.
- Traumas previos.
- Estrés.
- Episodios de alteración emocional.

¿Qué tan común y quiénes presentan EspA?

La cantidad de personas que sufren de estas enfermedades varía, dependiendo de la población y el subtipo que se estudie (13). En adultos, a nivel mundial se estima que entre el 0,1% y el 1,8% sufren de alguna de estas enfermedades, siendo más común en europeos (caucásicos) y en las poblaciones cercanas al polo norte (13, 14). Según estudios recientes, cerca de 1,04% de los colombianos padecen de algún subtipo de EspA (15). Los primeros síntomas de la enfermedad se pueden presentar entre los 15 y 35 años y en general ella afecta más a hombres (hasta un 70%) que a mujeres, dependiendo del subtipo de EspA (13).

¿Qué síntomas se pueden presentar? (4, 6, 16-22)

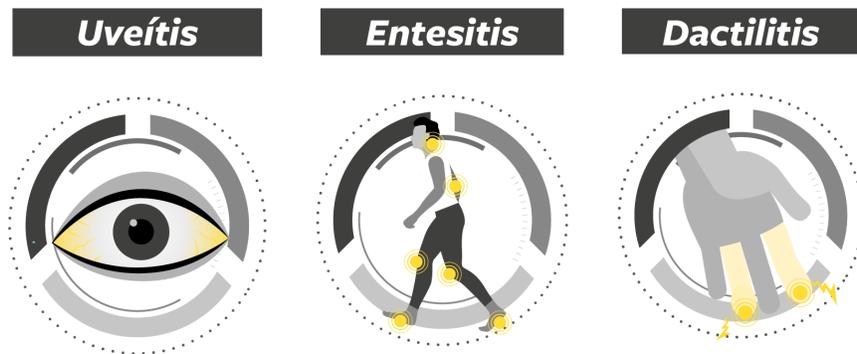


Dolor:

1. En región lumbar o espalda baja, caracterizado por:
 - Empeorar con el reposo y mejorar con el movimiento.
 - Aumentar en la madrugada. Es frecuente que el dolor despierte al paciente en la segunda mitad de la noche y lo obligue a cambiar de posición o levantarse para aliviar el síntoma.
 - Acompañarse de sensación de rigidez posterior a periodos prolongados de quietud. Más frecuente al levantarse en la mañana y generalmente acompañada de más dolor.
2. En los glúteos, alternante de un lado a otro.

3. En articulaciones, principalmente en las grandes de las extremidades hombros, rodillas y tobillos.
4. Abdominal, asociado a episodios de diarrea y malestar. Frecuentemente estos síntomas son calificados por los médicos y los pacientes como “colon irritable”.

Inflamación:



1. En los ojos, con episodios de enrojecimiento, visión borrosa, dolor e intolerancia a la luz; esto se denomina *uveítis*
2. En los dedos, dando un aspecto de “dedos en salchicha”, llamado *dactilitis*. Los dedos generalmente se inflaman en su totalidad y cambian de color entre rojo a morado, lo que justifica la comparación con las salchichas.
3. En el lugar donde los tendones se unen al hueso (entesitis), principalmente en tobillos, talón, planta del pie, tendón de Aquiles, la de las costillas al esternón (costocondrales) y/o región lumbar y sacra (espalda baja y zona glútea)

¿De qué características es su dolor lumbar?

Es importante que se diferencie el dolor de espalda baja producido por las EspA, el cual se presenta en un porcentaje bajo (< 5% del total de personas con este dolor) y que se denomina *inflamatorio*, en comparación con los dolores de espalda producidos por la alteración en la postura, la obesidad (abdomen prominente o barriga), el movimiento repetitivo de la espalda y del tronco, las malas posturas durante el trabajo y el reposo, entre otros, llamado dolor de espalda *mecánico* (23).

Característica Mecánico		Inflamatorio
Edad de aparición	Más común en mayores de 40 años	Personas menores de 40 años
Momento del día	En la noche antes de acostarse	En la segunda mitad de la noche, madrugada
Mejoría con el reposo	Significativa	Empeora
Mejoría con la actividad	Empeora	Significativa
Enfermedades asociadas	Desgaste de las estructuras de la columna; por ejemplo, artrosis de columna, hernias discales, escoliosis	Enfermedades reumáticas, como las espondiloartritis

¿Cómo se presentan los síntomas? (4, 6, 24-26)

- Dado que los síntomas de la familia de las EspA son inespecíficos, es decir, que pueden estar presentes en muchas enfermedades, el diagnóstico se puede demorar.
- No todas las personas tienen los mismos síntomas ni estos tienen la misma intensidad.
- Existen periodos en que los síntomas están más presentes, así como lapsos de tiempo libres de ellos.
- Tan solo algunos pacientes presentan las formas más severas.
- Quienes llegan a la forma avanzada de la enfermedad pueden presentar limitaciones en la movilidad y ver afectada su vida cotidiana.

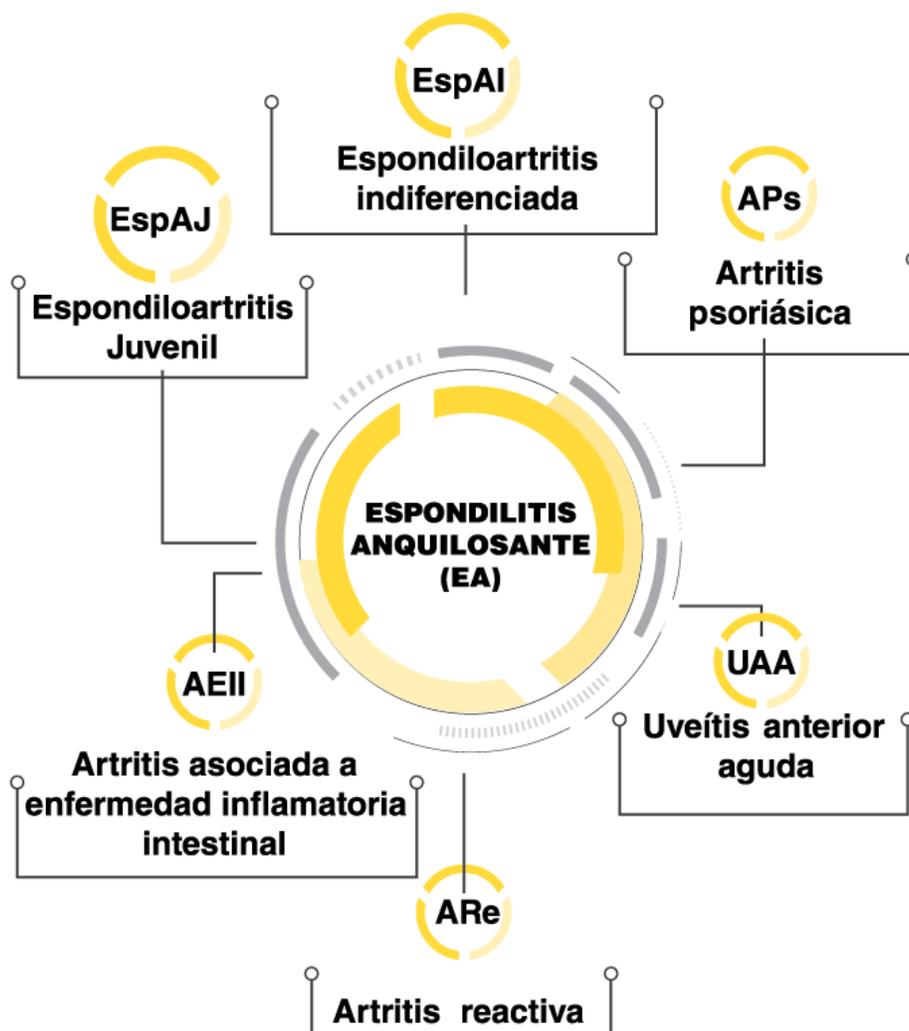
Tenga presente que de su adherencia al tratamiento y un adecuado seguimiento por parte de su reumatólogo depende en gran medida el control de la enfermedad.

LA COLUMNA VERTEBRAL

Es un conjunto de 33 huesos (vértebras), los cuales forman la estructura encargada de dar soporte al cuerpo y proteger parte del sistema nervioso central (médula espinal) (10). Estas vértebras se encuentran numeradas desde la parte superior hasta la inferior y se dividen en cinco regiones: *cervical, torácica, lumbar, sacra y coxal*. Las

vértebras lumbares (región lumbar) se unen a las sacras (en los adultos se fusionan y forman el hueso “sacro”), que a su vez se articulan con el ilíaco formando las *articulaciones sacroilíacas*, las cuales tienen una movilidad limitada y ayudan a soportar el peso de la mitad superior del cuerpo humano (10).

¿Cuáles son las enfermedades o subgrupos que componen las EspA?



¿Por qué estas enfermedades están en el mismo grupo?

Las EspA se han agrupado por compartir signos y síntomas, causas, hallazgos en imágenes diagnósticas (como radiografías y resonancias magnéticas) y susceptibilidad genética (asociación

familiar). Aunque la mayoría de las EspA comparten los síntomas descritos anteriormente, en cada subtipo puede existir predilección por diferentes articulaciones o segmentos óseos, como en los casos de: compromiso en las articulaciones sacroilíacas por la espondilitis anquilosante; alteraciones en la piel, como la artropatía psoriásica; dolor e inflamación de las articulaciones de las extremidades, como en la espondiloartritis indiferenciada; y artritis reactiva, llamada así porque se presenta como reactividad a una infección previa al inicio de los síntomas (3, 4, 6, 10, 16). Estas características distintivas le permitirán al médico reumatólogo realizar su clasificación, como se explicará más adelante.

¿Cómo se realiza el diagnóstico de las EspA?



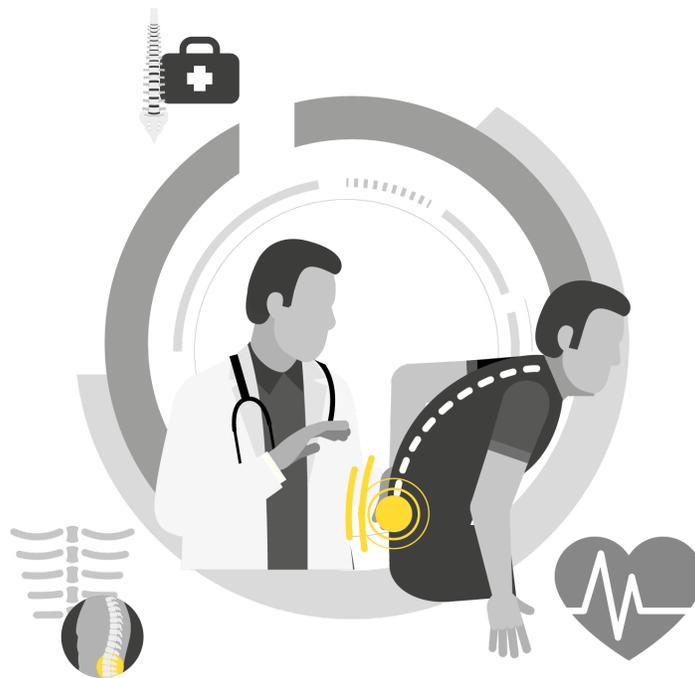
El reumatólogo realiza el diagnóstico teniendo en cuenta (10): síntomas; antecedentes: *personales* y *familiares*, y hallazgos en el examen físico. Adicionalmente, solicita estudios (imágenes diagnósticas y/o laboratorios) para confirmar o excluir el diagnóstico, clasificarlo en algún subgrupo de EspA, saber en qué etapa se encuentra y elegir el tratamiento más adecuado (6). Dentro de los estudios que se pueden solicitar están:

- *Exámenes de sangre*: estudio genético HLA; indicadores de inflamación como PCR y VSG.
- *Imágenes diagnósticas*: radiografías y/o resonancia magnética nuclear (RMN) de región lumbar, pélvica y sacroilíacas.

Es de vital importancia realizar un diagnóstico temprano, pues este permitirá dar un tratamiento adecuado, disminuir la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida.

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (EA)

ESPONDILOARTRITIS



Su nombre deriva de las palabras griegas *spondylos*, que significa vértebra, y *ankylos*, que significa soldadura (4). Entre los aspectos relevantes de la EA están:

- De las EspA, esta es la más estudiada y frecuente a nivel mundial (18).

- De todos los subtipos de EspA, la EA es la más asociada con la presencia del HLA-B27, estando presente en aproximadamente el 90% de la población caucásica mundial y en cerca del 50% de los colombianos que padecen la enfermedad (8, 18).
- Al realizar estudios radiográficos, se observan cambios en las estructuras óseas, llegando incluso a la fusión de la columna vertebral y las articulaciones sacroilíacas como resultado de la inflamación crónica. Lo anterior se refleja en la limitación de la movilidad de estas estructuras, que afecta de manera importante la calidad de vida (18).

ARTRITIS REACTIVA (ARE) (21, 27)

Algunos datos de interés sobre la ARE:

- Aparece después de contraer algunos tipos de infecciones gastrointestinales o genitourinarias.
- Se presenta en forma aguda con inflamación de algunas articulaciones, generalmente en las grandes, como rodillas o tobillos, y con menor frecuencia en la espalda baja.
- Puede llegar a comprometer órganos, como ojos y piel, y los pertenecientes al sistema genitourinario, entre otros.
- A veces se acompaña de fiebre, pérdida de peso, sudoración y sensación de fatiga o cansancio.
- Su curso es generalmente agudo, en algunos casos puede desaparecer y en otros, si se tienen factores de riesgo, puede llegar a evolucionar a otro subtipo de EspA, como la EA.

ARTRITIS PSORIÁSICA (APs)

Con respecto a la APs, es importante tener en cuenta:

- La psoriasis es una condición de la piel caracterizada por la presencia de áreas enrojecidas cubiertas de escamas blanquecinas secas (caspa), sensación constante de comezón y alteraciones en las uñas (19, 28).
- Adicionalmente se encuentra en articulaciones de manos y pies: hinchazón, enrojecimiento, dolor; también se puede presentar dolor lumbar inflamatorio y dactilitis (inflamación de los dedos) (19, 28).
- Solo del 15% al 20% de las personas con psoriasis desarrollan APs y en menos del 15% de los pacientes las lesiones en piel aparecen con posterioridad a los síntomas articulares (29).

ESPONDILOARTRITIS ASOCIADA A ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (AEII) (30)

Acerca de la AEII es importante resaltar que dentro de las enfermedades intestinales asociadas se encuentran: la colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn, enteropatía por gluten, y la enfermedad de Whipple.

- Un 30% de los pacientes que sufren de estas alteraciones intestinales puede llegar a presentar síntomas articulares y solo algunos pocos desarrollan EspA.
- El grado de severidad del compromiso articular va a estar relacionado directamente con el progreso de la enfermedad intestinal.

ESPONDILOARTRITIS INDIFERENCIADA

En cuanto a la espondiloartritis indiferenciada, es importante señalar:

- Es el subtipo más común en la población colombiana (15).
- Aunque se presenten signos y síntomas como dolor lumbar inflamatorio, inflamación articular (rodillas, tobillos, codos y hombros), ardor y dolor de ojos, es probable que no sean suficientes para clasificarlo dentro de los otros subtipos; por esta razón el nombre de “indiferenciada” (17).
- Así mismo, NO presentan alteraciones típicas de las estructuras óseas evidenciadas en las imágenes diagnósticas (17).
- Por tales razones, es necesario que el reumatólogo realice un seguimiento constante de la enfermedad en busca de determinar si esta progresa a un subtipo definido o desaparece totalmente.

¿Con qué enfermedades no se deben confundir las EspA? (31, 32)

Artrosis:

- Es una enfermedad muy común que se presenta sobre todo en la población mayor.
- Se produce por desgaste de las estructuras articulares, entre estas el cartílago que recubre los huesos.
- Puede afectar todas las articulaciones del cuerpo, incluidas la columna (espondiloartrosis).
- Genera dolor, rara vez inflamación, pero sí deformidades leves características en los dedos de las manos.
- El dolor que se produce en esta enfermedad es característicamente mecánico.

Artritis reumatoide (32, 33):

- Es una enfermedad que afecta aproximadamente al 1,8% de la población.
- Es altamente incapacitante y afecta de manera drástica la calidad de vida del paciente y su núcleo familiar.
- Tiene un componente hereditario. Generalmente otros miembros de la familia pueden estar afectados.
- Predomina en las articulaciones de manos y pies, produce importante inflamación (enrojecimiento, calor, hinchazón) y destrucción de la articulación, con deformidad característica.

- En cuanto a la columna, afecta principalmente las articulaciones cervicales.
- Además de las articulaciones, también puede comprometer órganos, como corazón, pulmones y piel.

Fibromialgia (34):

- Es una condición que se presenta con aumento en la sensibilidad al dolor, incluso ante estímulos no dolorosos en cualquier parte del cuerpo, sobre todo en los músculos y articulaciones.
- Se asocia a fatiga.
- El dolor constante interfiere con los procesos cognitivos y las relaciones interpersonales.
- Ocasiona problemas de sueño, depresión y ansiedad.

Dolor lumbar por causas mecánicas o lumbago común (23):

Dado que el dolor en la espalda baja o región lumbar por causas estructurales es un padecimiento muy frecuente, muchos de los pacientes con EspA pueden ser inicialmente diagnosticados con:

- Hernias discales.
- Irritación del nervio ciático, llamado comúnmente “ciática”.
- Desgaste o artrosis de la columna.
- Dolores musculares en esta localización.
- Fracturas de las vértebras asociadas a otras enfermedades.

Aun así, estas causas de dolor lumbar y las EspA pueden coexistir.

Tratamiento farmacológico (35-38)

Grupo	Utilidad	Efectos adversos	Ejemplos
AINES - Antiinflamatorios no esteroideos	En estadios tempranos disminuyen el dolor y la inflamación	Su uso indiscriminado puede causar: úlceras gástricas y gastritis, disminuir la función renal y aumentar el riesgo de enfermedad cardiovascular	Ibuprofeno, Meloxicam, Indometacina, Naproxeno, Celecoxib y Etoricoxib
Corticoides	Su uso está limitado: únicamente se utiliza en enfermedad severa y en episodios agudos	Su uso indiscriminado puede causar hipertensión, osteoporosis, piel frágil, problemas oculares y diabetes	Prednisolona, Deflazacort y Dexametasona
FARME - Fármacos modificadores de la enfermedad (DMARDS - <i>Disease modifying anti- rheumatic drugs</i>)	Se utilizan cuando no se ha logrado control de los síntomas con los medicamentos antes mencionados y/o cuando hay predominio de inflamación de articulaciones de los brazos y piernas	Su uso puede causar náuseas, diarrea, gastritis, mareos, somnolencia, dolor de cabeza, inflamación y sensibilidad de las encías, disminución del apetito, enrojecimiento de los ojos y pérdida del cabello	Sulfasalazina, Metotrexate, Tofacitinib, Upadacitinib, Leflunomida y Baricitinib
Terapia biológica	Tiene una acción específica sobre la respuesta inmune. Se usa cuando las otras medidas farmacológicas no controlan la enfermedad. Generalmente, se suministran por vía intravenosa o subcutánea	Leves: Debilidad, náuseas, dolor de cabeza (cefalea), tos, goteo nasal, disnea, sinusitis, irritación de la garganta Severas: Convulsiones, alteraciones en el sistema nervioso central, hipersensibilidad severa (alergia) y hasta la muerte	Adalimumab, Golimumab, Etanercept, Infliximab, Certolizumab, Secukinumab, Itxekizumab y Ustekinumab

Complicaciones en la enfermedad avanzada (6, 24)

Limitación importante de la movilidad: pérdida de la capacidad para la realización de actividades cotidianas (asearse, vestirse, caminar, subir escaleras, pararse y sentarse, montarse a un carro, realizar tareas domésticas, entre otros), requiriendo incluso el uso de dispositivos de asistencia, como bastones, asientos o barras, y ayuda de otra persona para la realización de dichas actividades.

Osteoporosis: una debilidad en la estructura ósea, producto tanto de la enfermedad como del consumo de los medicamentos utilizados, además predispone a mayor riesgo de fracturas.

- Fracturas de la columna y lesiones en la médula espinal: estas son de 4 a 11 veces más comunes en pacientes con espondilitis anquilosante y se presentan generalmente en el cuello. Cualquier lesión de este tipo constituye una urgencia.

Mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y de las válvulas cardiacas:

Tratamiento no farmacológico

- Terapia física y ocupacional.
- Mejorar la nutrición.
- Apoyo psicológico.
- Soporte en grupos de pacientes.
- Cirugía, en casos de limitación avanzada, si es necesaria.

El manejo de los pacientes con EspA idealmente debe ser complementado por varias especialidades médicas, bajo el liderazgo del reumatólogo, y debe incluir la participación de profesionales afines, como la terapeuta física y la ocupacional. El apoyo psicológico dirigido al control y el manejo del estrés puede ser de gran utilidad. El control de peso y las recomendaciones nutricionales suelen ser de gran ayuda.

TERAPIA FÍSICA (39-41)

Aun con una buena adherencia al tratamiento con medicamentos, es de suma importancia realizar terapia física para garantizar un manejo adecuado de los síntomas, incluido el dolor y el mantenimiento de la movilidad. Estos ejercicios son prescritos por el fisioterapeuta y se enfocan en prevenir la deformidad y mantener la movilidad, el estado físico y la fuerza. Se trabaja: postura, respiración profunda, fortalecimiento de espalda lumbar y cervical, ejercicios aeróbicos, hidroterapia.

¿Cómo beneficia la terapia física al paciente?: Disminuye la inflamación, proporciona mayor resistencia física, disminuye la rigidez, mejora el sueño, el descanso nocturno y el estado de ánimo. La natación, al igual que el yoga y el taichí, son recomendados. Es importante tener en cuenta que no se deben realizar ejercicios de contacto o de alto impacto.

NUTRICIÓN (42)

En el caso de las EspA, se debe aumentar el consumo de aquellos alimentos que disminuyen la inflamación, como:

- Omega 3: pescado, especialmente el salmón; huevos de gallinas criadas en granjas, aceite de oliva; frutos secos, como las nueces, almendras, linaza, semilla de chía; y verduras de hojas verdes.
- Vitamina D: hígado, pescado y lácteos.
- Antioxidantes: verduras y frutas, frutos secos, como las nueces y almendras; té verde, cacao y leguminosas.

Adicionalmente, es necesario disminuir la cantidad de tejido adiposo (peso), ya que este se asocia a la producción de sustancias proinflamatorias y genera mayor carga sobre las articulaciones.

Es importante recordar que la vitamina D también se genera con la exposición solar y que esta debe ser realizada al menos 20 minutos al día con protección solar.

OTRAS RECOMENDACIONES



Evite fumar.



Realice pausas activas.



Hable con su reumatólogo.



Cuide el riesgo de caídas.



Mantenga una higiene adecuada de la boca.



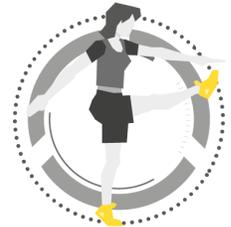
Siga la medicación prescrita.



Cuide su alimentación.



Infórmese acerca de su enfermedad.



Haga ejercicio.



Evite el estrés.



Acuda a grupos de apoyo.

- *Evitar fumar*: dado que las EspA en estadios avanzados presentan disminución en la movilidad de tórax, el consumo de tabaco puede llevar a una presentación más agresiva de los problemas respiratorios comunes: neumonía, gripa, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (43).

- *Realizar pausas activas* después de periodos prolongados de quietud; abstenerse de realizar actividad que requiera sobreesfuerzo mecánico, principalmente en la columna, por ejemplo, levantar y descargar peso (43).
- *Cuidar el riesgo de caídas o accidentes* (40): evitar el consumo de licor o sustancias que puedan alterar su equilibrio; utilizar dispositivos de asistencia que limiten el riesgo de caídas.
- *Al visitar al reumatólogo* (43): previo a la cita, organizar y no olvidar los documentos relacionados con su enfermedad; exponer sin temor las dudas o dar el propio punto de vista con respecto a la enfermedad; informar al médico sobre cualquier cambio en el estado de salud; cumplir con las pautas de seguimiento acordadas.
- *Seguir la medicación prescrita*: no abandonar ni alterar el tratamiento (40).
- *Mantener una higiene adecuada de la boca*: ir al odontólogo con regularidad (43).
- *Cuidar las relaciones personales* (43): el paciente debe rodearse de personas que brinden apoyo emocional y con quienes se facilite hablar de la enfermedad, así como asistir a actividades de grupos de apoyo y buscar soporte en un psicólogo.
- *Controlar el estrés* (43): descansar correctamente y realizar actividades que permitan manejar el estrés de la vida cotidiana.
- *Prestar atención ante algunos síntomas gastrointestinales*: las EspA se asocian a otras patologías inflamatorias, como las pertenecientes a la enfermedad inflamatoria intestinal. Por esto, ante síntomas como: dolores abdominales frecuentes, diarrea, sangre en las deposiciones o pérdida de peso injustificada, se debe

consultar con el reumatólogo, quien derivará a gastroenterología (43).

- *Prestar atención a las manifestaciones en la piel:* Ante la aparición de lesiones en piel, como placas que generan picazón y descamación, especialmente en áreas de pliegues y cuero cabelludo, debe consultar al reumatólogo, quien lo remitirá al dermatólogo (43).

Bibliografía

1. Rueda JC. Manual educativo para pacientes. ¿Qué es la reumatología? Bogotá: Asociación Colombiana de Reumatología. 2016. Disponible en: <https://asoreuma.org/wp-content/uploads/2018/09/01-QU%C3%89-ES-LA-REUMATOLOG%C3%8DA-1.pdf>
2. Navarro-Compán V, Otón T, Loza E, Almodóvar R, Ariza-Ariza R, Bautista-Molano W et al. Consenso ASAS en nomenclatura en español para las espondiloartritis. *Reumatología Clínica*. Octubre de 2019. Disponible en: .
3. En Cubides HH. Manual educativo para pacientes. Espondiloartritis. Bogotá: Asociación Colombiana de Reumatología. 2016; 44-45. Disponible en: <https://asoreuma.org/wp-content/uploads/2018/09/07-ESPONDILOARTRITIS.pdf>
4. Ballina J (coord.). Las espondiloartritis. Guía de la enfermedad para el paciente. Madrid: Jarpio; 1-30. Disponible en: https://www.pfizer.es/docs/pdf/salud/Las_espondiloartritis.pdf
5. Sikora KA, Robert GL. Etiología y patogenia de las espondiloartritis. En G S Firestein et al. 10 ed. Tratado de reumatología. Barcelona: Elsevier. 2018; 1245-1255.

6. Linares, L F, Díaz del Campo P. Grupo de trabajo Espoguia. Aprendiendo a convivir con las Espondilitis Anquilosante. Madrid: Sociedad Española de Reumatología. 2018; 1-52. Disponible en: https://inforeuma.com/wp-content/uploads/2016/03/aprendiendo_a_convivir_con_la_espondilitis_anquilosante.pdf
7. Medline Plus. Genes. 2019. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002371.htm>
8. Londoño J, Santos A M, Peña P et al. Analysis of HLA-B15 and HLA-B27 in spondyloarthritis with peripheral and axial clinical patterns. *BMJ Open*. 2015; 5: 1-8.
9. Abbas AK, Lichtman AH, Shiv P. Antigen presentation to T Lymphocytes and the Functions of Major Histocompatibility Complex Molecules. En Abbas A K et al. (9 ed.), *Cellular and Molecular Immunology* (pp. 117-144). Philadelphia: Elsevier; 2018.
10. Sociedad Española de Reumatología. Espondilitis anquilosante. España: Inforeuma; 2017. Disponible en: https://inforeuma.com/wp-content/uploads/2017/04/10_Espondilitis-Anquilosante_ENFERMEDADES-A4-vo4.pdf
11. Santos AM, Peña P, Ávila M et al. Association of human leukocyte A, B, and DR antigens in Colombian patients with diagnosis of

- spondyloarthritis. *Clinical Rheumatology*. 2017; 36: 953-958.
Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10067-016-3516-2>.
12. López-Medina C, Moltó A. Update on the epidemiology, risk factors, and disease outcomes of axial spondyloarthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2018 Apr; 32(2): 241-253.
Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.berh.2018.10.006>.
 13. Bakland G, Nossent H C. Epidemiology of spondyloarthritis: A review. *Current Rheumatology Reports*. 2013; 15(9): 1-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11926-013-0351-1>
 14. Reveille JD. Epidemiology of spondyloarthritis in North America. *American Journal of the Medical Sciences*. 2011; 341(4): 284-286.
Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MAJ.0b013e3182of8c99>
 15. Peláez I, Cuervo F, Angarita I et al. Prevalencia de la enfermedad reumática en Colombia, según estrategia COPCORD- Asociación Colombiana de Reumatología. Estudio de prevalencia de enfermedad reumática en población colombiana mayor de 18 años. *Revista Colombiana de Reumatología*. 2018; 25(4): 245-256.
Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2018.08.003>
 16. Yu DT, Van Tubergen A. Overview of the clinical manifestations and classification of spondyloarthritis. En UpToDate [Internet]. 2018 [Consultado: 1/12/2019]. Disponible en: <https://www-uptodate-com.ez.unisabana.edu.co>

17. Carter JD, Hudson AP. Espondiloartritis indiferenciadas. En Firestein G S et al., Tratado de reumatología. 10 ed. (pp. 1280-1284). Barcelona: Elsevier; 2018.
18. Van der Linden S, Brown M, Kenna T, Maksymowych W, Robinson P. Espondilitis anquilosante. En Firestein G S et al., Tratado de reumatología. 10 ed. (pp. 1256-1279). Barcelona: Elsevier; 2018.
19. American College of Rheumatology - ACR. Psoriatic arthritis. Consultado: Diciembre 2019. Disponible en: <https://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Diseases-Conditions/Psoriatic-Arthritis>
20. Editores Educación a Pacientes. Patient education: Ankylosing spondylitis (The Basics). En Crowley K (ed.), UpToDate [Internet]; 2019 [consultado: 12/2019]. Disponible en: <https://www-uptodate-com.ez.unisabana.edu.co>
21. Editores Educación a Pacientes. (2019) Patient education: Reactive arthritis (The Basics). En Crowley K (ed.), UpToDate [Internet]; 2019 [consultado: 12/2019]. Disponible en: <https://www-uptodate-com.ez.unisabana.edu.co>
22. Assessment of S. ASAS slide Library; 2018 [consultado: 12/2019]. Disponible en: <https://www.asas-group.org/education/asas-slide-library/>

23. Dixit R. Dolor lumbar. En Firestein GS et al., Tratado de reumatología. 10 ed. (pp. 696-716). Barcelona: Elsevier; 2018.
24. Reveille JD. Spondyloarthritis (Spondyloarthropaties). Atlanta: American Colleague of Rheumatology; 2010. Disponible en: <https://www.rchsd.org/documents/2014/02/spondyloarthritis.pdf/>
25. NICE - Guidelines. Spondyloarthritis: the care you should expect. Reino Unido; 2017. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng65/ifp/chapter/Spondyloarthriti-s-the-care-you-should-expect>
26. Spondylitis Association of America. About Spondylitis. California; 2019 [consultado 12/2019]. Disponible en: <https://www.spondylitis.org/About-Spondylitis>
27. Yu DT, Van Tubergen A. Reactive Arthritis. En Romain PL (ed.), UpToDate [Internet]; 2018 [consultado 1/12/2019]. Disponible en: <https://www-uptodate-com.ez.unisabana.edu.co>
28. National Psoriasis Foundation. About psoriatic arthritis. EE.UU. Psoriasis [consultado: 12/2019]. Disponible en: <https://www.psoriasis.org/about-us>
29. Fitzgerald O, Elmamoun M. Artritis psoriásica. En Firestein GS et al., Tratado de reumatología. 10 ed. (pp. 1285-1308). Barcelona. Elsevier; 2018.

30. Wollheim FA. Artritis Enteropática. En Firestein GS et al., Tratado de reumatología. 10 ed. (pp. 1309-1328). Barcelona: Elsevier; 2018.
31. Wiczorek M, Rat AC. Generalidades sobre la artrosis: epidemiología y factores de riesgo. *EMC - Aparato Locomotor*. 2017; 50(3): 1-12. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s1286-935x\(17\)86066-4](https://doi.org/10.1016/s1286-935x(17)86066-4)
32. Liberate Health. Condition Gallery. 2018 [consultado 12/2019]. Disponible en: <http://liberatehealth.us/condition-library/>
33. Casallas JA. Información dirigida al paciente con artritis reumatoide. Bogotá: Asociación Colombiana de Reumatología; 2019. [Consultado: 12/2019]. Disponible en: <https://asoreuma.org/wp-content/uploads/2018/09/06-INFORMACI%C3%93N-DIRIGIDA-AL-PACIENTE-CON-ARTRITIS-REUMATOIDE.pdf>
34. Crofford LJ . Fibromialgia. En Firestein GS et al., Tratado de reumatología. 10 ed. (pp. 768-783). Barcelona: Elsevier; 2018.
35. Yu DT, Van Tubergen A. Treatment of peripheral spondyloarthritis. En Romain PL (ed.), UpToDate [Internet]; 2019 [consultado 1/12/2019]. Disponible en: <https://www-uptodate-com.ez.unisabana.edu.co>
36. Yu DT, Van Tubergen A. Treatment of axial spondyloarthritis (ankylosing spondylitis and nonradiographic axial spondyloarthritis) in adults. En Romain PL (ed.), UpToDate [Internet]; 2019

[consultado 1/12/2010]. Disponible en: <https://www-uptodate-com.ez.unisabana.edu.co>

37. Heijde D Van d, Landewé R, Baraliakos X et al. 2016 Update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis. *Annals of Rheumatic Diseases*. 2017; 76: 978-991. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-210770>
38. International Alliance of Patients' Organizations. Guía rápida sobre medicamentos biológicos y biosimilares. Países Bajos: Postscript Communications; 2013.
39. Gecht-Silver MR, Duncombe AM. Patient education: Arthritis and exercise (Beyond the basics). En Ramirez Curtis M (ed.), UpToDate [internet] 2018. [consultado 1/12/2019]. Disponible en: <https://www-uptodate-com.ez.unisabana.edu.co>
40. National Axial Spondyloarthritis Society, NASS. Living well with axial SpA (AS); 2019 [consultado 12/2019]. Disponible en: <https://nass.co.uk/wp-content/uploads/2019/11/Living-well-with-axial-SpA-AS.pdf>
41. National Axial Spondyloarthritis Society, NASS. Managing my axial SpA (AS) flares; 2019 [consultado 12/2019]. Disponible en: <https://nass.co.uk/wp-content/uploads/2019/11/Managing-my-axial-SpA-AS-flares.pdf>

42. Stamp LK, Cleland LG. Nutrición y enfermedades reumáticas. En Firestein G S et al., Tratado de reumatología. 10 ed. (pp. 1096-1114). Barcelona: Elsevier; 2018.
43. Navarro V, Queiro R, Almodovar R. (2018). Diez consejos para pacientes con espondiloartritis. Fundación Española de Reumatología; 2018 [consultado 12/2019]. En: <https://inforeuma.com/informacion/decalogos/diez-consejos-pacientes-espondiloartritis/>

Table of Contents

1. [Contenido](#)
2. [Prólogo](#)
3. [¿Qué son las EspA?](#)
4. [¿Qué causa las EspA?](#)
5. [¿Cuáles son los genes relacionados con EspA?](#)
6. [¿Qué es el antígeno leucocitario humano \(HLA\)?](#)
7. [¿Cuáles son los factores medioambientales?](#)
8. [¿Qué tan común y quiénes presentan EspA?](#)
9. [¿Qué síntomas se pueden presentar? \(4, 6, 16-22\).](#)
10. [¿De qué características es su dolor lumbar?](#)
11. [¿Cómo se presentan los síntomas? \(4, 6, 24-26\).](#)
12. [¿Cuáles son las enfermedades o subgrupos que componen las EspA?](#)
13. [¿Cómo se realiza el diagnóstico de las EspA?](#)
14. [¿Con qué enfermedades no se deben confundir las EspA? \(31, 32\).](#)
15. [Tratamiento farmacológico \(35-38\).](#)
16. [Complicaciones en la enfermedad avanzada \(6, 24\).](#)
17. [Tratamiento no farmacológico](#)
18. [Bibliografía](#)