# Espondiloartritis



**¿Qué es?**

El término Espondiloartritis (EspA), define un grupo heterogéneo de enfermedades articulares crónicas que comparten, entre otras características; las manifestaciones clínicas, genéticas y radiológicas. Afectan principalmente a la columna vertebral y a las articulaciones sacroilíacas, pero pueden afectar a otras articulaciones periféricas (rodillas, tobillos, etc).

**Tipos de espondiloartritis**

- Espondiloartritis axial radiográfica (previamente denominada Espondilitis Anquilosante): subtipo de espondiloartritis que presenta afectación visible en radiografías de articulaciones sacroilicas.
- Espondiloartritis axial no radiográfica: subtipo de espondiloartritis con inflamación visible en el estudio de resonancia magnética y/o por elevación de marcadores de inflamación en analítica (proteína C reactiva o velocidad de sedimentación globular), pero sin claro daño visible en radiografías.
- Artritis psoriásica: artritis inflamatoria asociada a psoriasis.
- Artritis relacionada con la enfermedad inflamatoria intestinal: subtipo de espondiloartritis asociada a enfermedad de Crohn o Colitis ulcerosa.
- Artritis reactiva: artritis desencadenada tras una infección, con mayor frecuencia, intestinal, genital o de vía urinaria.

- Espondiloartritis indiferenciada: subgrupo de espondiloartritis que presenta síntomas comunes, pero no cumple criterios de clasificación propiamente dichos.
- Un subgrupo de artritis idiopática juvenil: en el que el inicio de la clínica se presenta antes de los 16 años
- En la actualidad, estas enfermedades se clasifican según su afectación predominantemente axial (en columna vertebral: formación de sindesmofitos o puentes óseos y en articulaciones sacroilíacas: sacroilitis) o periférica (inflamación de articulaciones como rodillas, codos, pies, etc.)
- Se presenta con más frecuencia en varones, entre la segunda y cuarta década de la vida.

**¿Cómo se produce?**

La etiopatogenia de la enfermedad es multifactorial. Existen factores genéticos, entre los que destaca la asociación con HLA-B27, factores medioambientales como ciertas infecciones, estrés biomecánico y alteraciones en la flora intestinal (microbiota) que desencadenan una activación de la autoinflamación y la autoinmunidad.

**Síntomas**

El síntoma más frecuente es el dolor lumbar inflamatorio o en la región glútea. Este dolor, se caracteriza porque empeora con el reposo y mejora con el ejercicio, se asocia a rigidez matutina prolongada, despierta por la noche y mejora con antiinflamatorios. En los casos en los que predomina la clínica periférica, se pueden afectar las rodillas, tobillos, codos y manos, entre otras articulaciones.

En ocasiones, se afectan las denominadas entesis, es decir, la inserción de los tendones y ligamentos en los huesos. Las entesis más afectadas son las del tendón de Aquiles y la fascia plantar, aunque se puede ver afectada la inserción de cualquier tendón. Así mismo, puede producirse una dactilitis o dedo hinchado en forma de salchicha.




Finalmente, estas enfermedades pueden asociar manifestaciones extra musculoesqueléticas, siendo incluso, la forma de presentación inicial. Éstas incluyen: la inflamación del ojo (uveítis), del intestino (colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn) o de la piel (psoriasis).

**Diagnóstico**

El diagnóstico de la enfermedad se realiza evaluando los síntomas, la exploración física, los antecedentes familiares, los resultados analíticos y las pruebas de imagen indicadas. Cabe tener en cuenta, que no existe ninguna analítica ni ninguna otra prueba que diagnostique estas enfermedades por sí misma; siempre se requiere que el especialista en reumatología haga una valoración global.

**Tratamiento**

Uno de los pilares fundamentales del tratamiento de la espondiloartritis es el ejercicio físico, ya que ayuda a reducir el dolor, mantener la movilidad y prevenir rigidez. Las opciones farmacológicas principales son los antiinflamatorios y, en caso de que estos no consigan controlar la enfermedad, se utilizan los denominados fármacos modificadores de la enfermedad (FAME). Dentro de los FAME, utilizamos los convencionales, como el metotrexato o la salazopirina (en formas de afectación periférica,) y los biológicos y sintéticos dirigidos disponibles en la actualidad, como son:

– Los inhibidores del TNF (adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab,

infliximab).

– Los inhibidores de la interleucina 17 (bimekizumab, ixekizumab, secukinumab).

– Los inhibidores JAK (tofacitinib, upadacitinib).

En el caso de la artritis psoriasica además, se dispone de otras terapias como son:

-Los inhibidores de la interleucina 23 (guselkumab, risankizumab).

-El inhibidor de fosfodiesterasa 4 (apremilast).

-El inhibidor de la interleucina 12/23 (ustekinumab).