



Dolor Lumbar

Resumen 1

INTRODUCCIÓN

- *El término espondiloartropatía vincula la espondilitis anquilosante (EA), la artritis psoriásica (APs), la artritis reactiva y la artritis asociada a la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) como procesos patológicos interrelacionados debido a las características clínicas superpuestas y la predisposición genética compartida.*
- Desde la edad adulta temprana, estos trastornos se presentan con manifestaciones musculoesqueléticas como dolor de espalda inflamatorio, entesitis (inflamación en los sitios de unión de los tendones al hueso), oligoartritis (generalmente de las extremidades inferiores) y dactilitis (dedos en salchicha), así como manifestaciones extraesqueléticas, como la uveítis, psoriasis y EII.
- Un paciente diagnosticado con 1 enfermedad puede experimentar síntomas prominentes en el proceso de otra enfermedad.
- Genéticamente, las espondiloartritis se han asociado con la presencia de HLA-B27. A pesar de una genética similar, se cree que algunos estados de enfermedad son precipitados por desencadenantes ambientales, como infecciones gastrointestinales y genitourinarias (GI/GU), mientras que otros no parecen tener un evento desencadenante.
- La amplia gama de signos y síntomas de las espondiloartritis puede dificultar el diagnóstico.
- Se ha observado que la mayoría de los pacientes tardan de 6 a 8 años en tener un diagnóstico definitivo y establece.
- Este retraso puede conducir a una inflamación no controlada, daño estructural y, posteriormente, restricción de la movilidad física. Una vez que se realiza el diagnóstico y se inicia el tratamiento, existen complicaciones que el médico debe conocer debido a la progresión natural del proceso de la enfermedad y sus tratamientos.
- El tratamiento de primera línea de las espondiloartritis tiene como objetivo:
 - reducir la inflamación con medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE).
- Aunque existe una variación en la forma en que se escala el tratamiento, los inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF) generalmente pueden lograr la supresión de los síntomas si fallan los AINE.
- Los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) convencionales se pueden utilizar para tratar síntomas específicos, mientras que los inhibidores de la interleucina se pueden utilizar como herramientas de tratamiento adicionales. ¹



MANIFESTACIONES CLÍNICAS Musculoesqueléticas

- El dolor lumbar es una queja extremadamente común. En el caso de los adultos estadounidenses aproximadamente el 25 % de ellos informan 1 día de dolor lumbar en los últimos 3 meses.
- Existen factores que pueden sugerir una causa más grave al médico, en especial si el paciente consulta en el servicio de urgencias.
- Incluyen presencia de fiebre, edad menor de 18 años, edad mayor de 50 años, complicaciones GU (retención urinaria, incontinencia fecal), uso de esteroides o anticoagulantes, abuso de drogas por vía intravenosa, cirugía espinal reciente o inyección epidural, y antecedentes de malignidad.
- Por el contrario, la presencia de dolor lumbar, antes de los 45 años, que afecta a los pacientes durante 3 o más meses sin una causa mecánica debe hacer sospechar una EspA que requiera estudios de imagen y evaluación adicional.
- El dolor de espalda inflamatorio, es una de las características distintivas de EspA.
- Puede asociarse también a entesitis, oligoartritis (generalmente de las extremidades inferiores) y dactilitis.
- Los pacientes pueden experimentar síntomas no musculoesqueléticos, como psoriasis, uveítis anterior, enfermedad de Crohn/colitis ulcerosa y pueden informar antecedentes de enfermedad GI/GU, antecedentes familiares de EspA o presencia del gen HLA-B27.

Terapia de primera línea

En el caso de todos los síntomas de la EspA axial son los AINE, que han demostrado eficacia en comparación con el placebo en la mejoría del dolor de los pacientes con dolor de espalda inflamatorio.

Una revisión Cochrane de 2015 de 39 ensayos controlados aleatorios (ECA)/cuasi-ECA y los estudios de cohortes encontraron que para los AINE tradicionales versus placebo e inhibidores de la COX-2 versus placebo, los AINE y los inhibidores de la COX-2 fueron más eficaces que el placebo en la reducción del dolor y la mejora en la actividad y el funcionamiento de la enfermedad.

Los AINE tradicionales y los inhibidores de la COX-2 fueron comparables en eficacia. El AINE más estudiado fue la indometacina con diclofenaco y el naproxeno como segundo y tercer AINE más evaluados, respectivamente³⁶. Actualmente, el American College of Rheumatology (ACR) no recomienda un AINE sobre otro en el tratamiento de la EspA estable o activa; sin embargo, recomiendan el uso continuo de AINE para EspA activa y el uso de AINE a demanda o PRN para EspA estable.



Los pacientes a menudo necesitan la dosis máxima, sin embargo el médico debe considerar varios AINE si el AINE seleccionado inicialmente no es eficaz.

Cada AINE debe probarse durante 2 a 4 semanas antes de declarar el fracaso del tratamiento.

El uso de AINE debe combinarse con un tratamiento no farmacológico, como educación, ejercicio y fisioterapia.

CLÍNICAS PUNTOS DE ATENCIÓN

- A menos que exista una contraindicación, los antiinflamatorios no esteroideos deben ser el tratamiento de primera línea para las espondiloartropatías en el servicio de urgencias.
- La sospecha clínica de una espondiloartropatía debe desencadenar una pronta derivación a un reumatólogo.
- Las espondiloartropatías incluyen manifestaciones musculoesqueléticas y extraesqueléticas y tienen características clínicas superpuestas.
- Las visitas al departamento de emergencias pueden ser provocadas por complicaciones de la espondiloartropatía subyacente o de las terapias médicas.



Resumen

- La evaluación de un paciente con espondiloartropatía debe incluir la consideración de posibles complicaciones de la enfermedad, así como sus tratamientos.
- Los criterios de diagnóstico ampliados de la espondilitis axial permiten que la RMI diagnostique a los pacientes con sacroileítis que pueden no ser evidentes en las radiografías de columna lumbosacra.
- Se puede administrar con seguridad una prueba de respuesta a los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos a pacientes con sospecha de espondiloartritis en ausencia de contraindicaciones conocidas y enfermedad intestinal activa.
- El tratamiento posterior debe evaluar las características axiales y periféricas de la espondiloartritis con atención a los efectos adversos.

La afectación del esqueleto axial (articulaciones sacroilíacas y columna vertebral) es una manifestación relativamente frecuente asociada a la enfermedad cutánea psoriásica, mayoritariamente junto con la afectación de estructuras musculoesqueléticas periféricas (artritis periférica, entesitis, dactilitis), a las que se denomina artritis psoriásica (APs). Los datos sugieren que hasta el 30% de los pacientes con psoriasis tienen APs. Según la definición utilizada, la prevalencia de afectación axial varía del 25 al 70% de los pacientes con APs.²



Imagen, Lumbalgia inespecífica

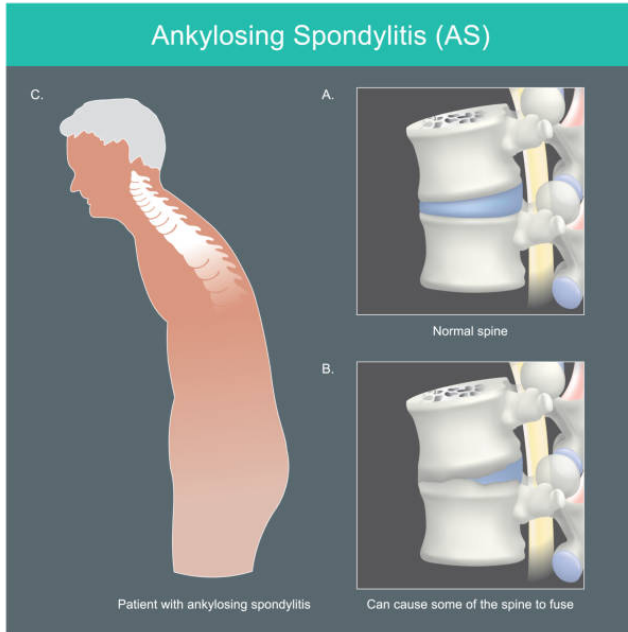


Imagen de espondilitis anquilosante (fuente: <https://www.istockphoto.com/es/vector/espondilitis-anquilosante-deformidades-de-la-columna-vertebral-humana-gm1404303297-456558209> y sin logos: <https://www.istockphoto.com/es/search/2/image?phrase=spondyloarthritis>)

Referencias:

- 1- Taitt, Hope A., and Rithvik Balakrishnan. "Spondyloarthritides." *Emergency Medicine Clinics* 40.1 (2022): 159-178.
- 2- Poddubnyy, Denis, et al. "Axial Involvement in Psoriatic Arthritis cohort (AXIS): the protocol of a joint project of the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) and the Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA)." *Therapeutic advances in musculoskeletal disease* 13 (2021): 1759720X211057975.

Resumen hecho para médicos de Centroamérica, República Dominicana y Ecuador, por el Departamento Médico de Gutis. Se respetan los derechos de autor.