



# ACTUALFARMA

Jornadas farmacológicas



*Infundimos conocimiento*

Dra. MARTA CABALLERO MUÑOZ

Institución: HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR

SAN JAVIER, MURCIA

## INTRODUCCIÓN

Las espondiloartritis (o espondiloartropatías) son un grupo de enfermedades reumatológicas crónicas inflamatorias que causan artritis, involucrando a las llamadas “entesis”, sitios anatómicos donde los ligamentos y tendones se unen a los huesos, así como afectación sistémica de la piel, intestino o manifestaciones oculares.



# PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente varón de 35 años que acude a la consulta de Atención Primaria por lumbalgia de dos semanas de evolución.

No presenta antecedentes médicos ni familiares de interés.

Comenta que ha estado tomando antiinflamatorios en domicilio (ibuprofeno 600 mg cada 8 horas) y realizando reposo relativo, pero no ha notado mejoría.

Trabaja en una sucursal bancaria y no recuerda haber realizado ningún esfuerzo físico fuera de lo habitual.

Localiza el dolor a nivel de región lumbar derecha, irradiado a glúteo.

Refiere también que **por las mañanas**, desde hace un **cuatro o cinco meses** aproximadamente, ha notado **dificultad para flexionar el tronco** a la hora de levantarse de la cama, notando rigidez, pero el resto del día se moviliza sin problemas.



## Estilo de vida

Ciclismo de los 20 años varias veces a la semana  
Atletismo algunas temporadas



## Episodios previos lumbalgia

Algún episodio de lumbalgia desde que tenía 20 años, que cedían con la toma de antiinflamatorios durante un par de días.

No recuerda episodios de inflamación en ninguna articulación.



NO HA CEDIDO CON AINEs

HA DEJADO DE HACER EJERCICIO

pensando en que el reposo ayudaría a una recuperación precoz, pero no ha sido así.

Empeoramiento progresivo de la intensidad del dolor.

**Dificultad para flexionar el tronco**

LE IMPIDE EL DESCANSO NOCTURNO, y mejora a lo largo del día.

molestia a nivel de los talones, no sabe precisar el tiempo de evolución.

No episodios infecciosos previos.

# PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Varón de 35 años que es posible que haya presentado episodios de lumbalgia inflamatoria siendo más joven, que cedieron rápidamente con la utilización de AINEs, retrasando posiblemente el diagnóstico.



Analítica completa con reactantes de fase aguda, objetivándose PCR 6 mg/L, HLA-B27 positivo.

Radiografía simple de columna lumbar: no se observan hallazgos significativos.

Radiografía simple de articulaciones sacroilíacas: se observa una esclerosis bilateral y erosiones en los bordes articulares (sacroileitis grado 2).

RMN de columna lumbar y sacroilíacas donde informan de infiltrado inflamatorio tanto en columna lumbar como en ambas articulaciones sacroilíacas.



## Criterios modificados de Nueva York para el diagnóstico de espondiloartritis anquilosante

### Criterios clínicos

- Dolor lumbar (>3 meses, mejora con el ejercicio, no se alivia con el reposo)
- Limitación del movimiento de la columna lumbar, planos sagital y frontal
- Limitación de la expansión torácica en relación con los valores normales para la edad y sexo

### Criterios radiológicos

- Sacroileítis grado  $\geq 2$  bilateralmente o grado 3–4 unilateralmente

### Clasificación

- **Definida** criterio radiológico de espondiloartritis anquilosante presente más al menos un criterio clínico
- **Probable** espondiloartritis anquilosante si:
  - 3 criterios clínicos
  - Criterio radiológico presente pero sin signos/ síntomas que satisfagan criterios clínicos

DIAGNÓSTICO ESTABLECIDO DE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE, POR LO QUE ES DERIVADO AL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA PARA UN ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR Y AJUSTE DE TRATAMIENTO ADECUADO



## TRATAMIENTO PARA ESTE PACIENTE

Insistir en que, a pesar de la creencia inicial de que precisa reposo,

**debe continuar realizando ejercicio físico regularmente**

así retrasar la posible restricción de movilidad en un futuro y mejorar el dolor.

No control sintomático con:  
ibuprofeno a dosis máximas durante dos semanas



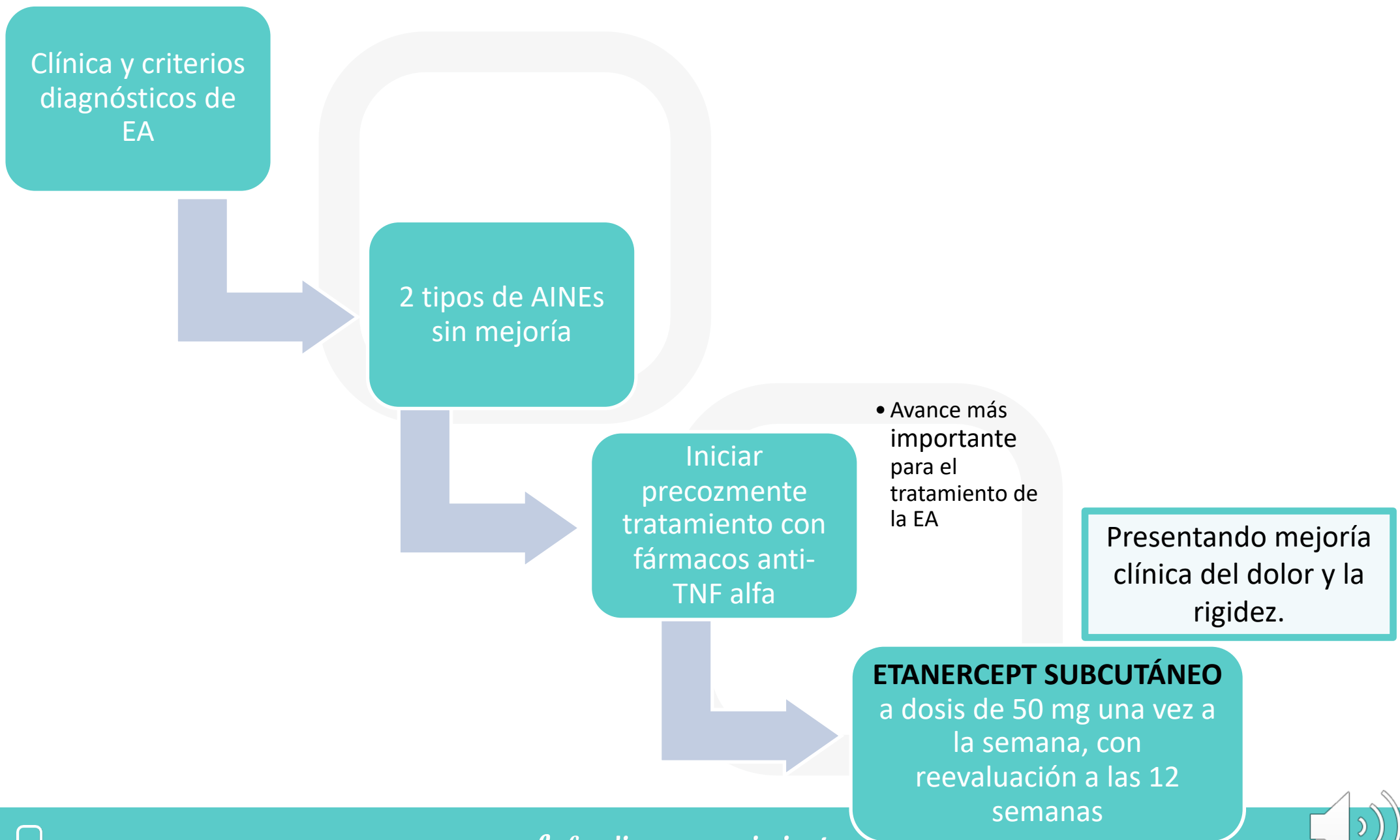
se cambió a celecoxib 100 mg cada 12 horas, con mejoría parcial del dolor, pero

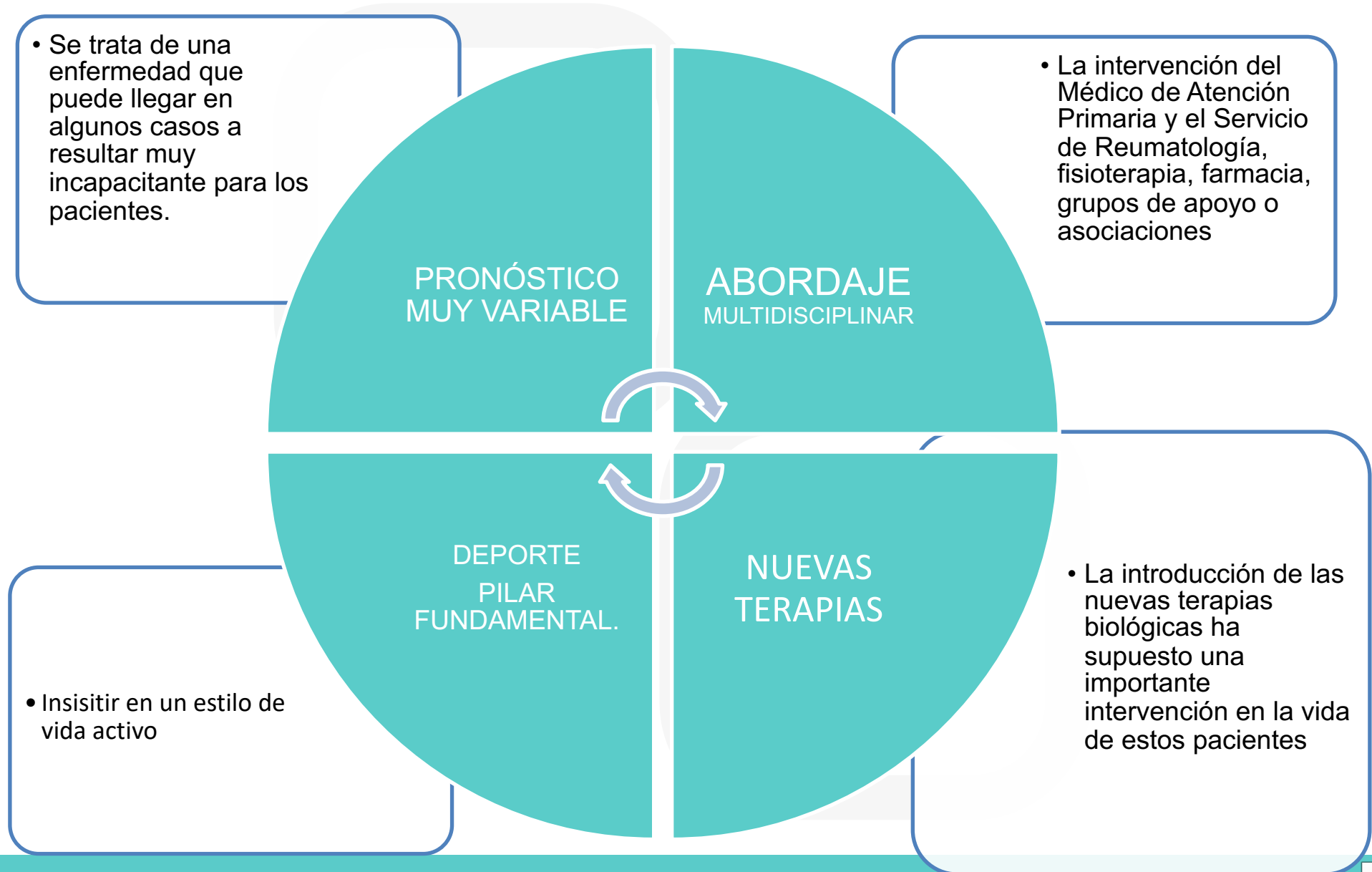


persistencia del mismo y limitación para su actividad diaria.



# PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO





## INTERVENCIÓN CRUCIAL DE LOS FÁRMACOS ANTI TNF-ALFA

### ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

ENFERMEDAD INFLAMATORIA CRÓNICA

del esqueleto axial (columna y sacroilíacas), de grandes articulaciones periféricas y de las entesis.

ENFERMEDAD POLIGÉNICA

su actividad está relacionada con el antígeno leucocitario humano (HLA) B27 (HLA-B27), siendo positivo en el 90% de los pacientes.

ETIOPATOGENIA

linfocitos T citotóxicos y ciertas citocinas, involucradas tanto en la **actividad inflamatoria (factor de necrosis tumoral-alfa [TNF- alfa], IL-6)** como en su gravedad o daño estructural (IL-23 e IL-17).

Inflamación se asienta en los tejidos fibrocartilagosos

Osteitis con posterior osificación endocondral, reemplazando el cartílago articular por hueso trabecular y provocando una **ANQUILOSIS ARTICULAR** en los estadios más avanzados de la enfermedad.



- Espoguia Group. Espoguia 2009. Guía de práctica clínica sobre el manejo de los pacientes con Espondiloartritis. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2010. Disponible en: [http://www.ser.es/practicaClinica/espoguia/espondilitis\\_anquilosante\\_6/evaluacion.php](http://www.ser.es/practicaClinica/espoguia/espondilitis_anquilosante_6/evaluacion.php)
- Jordi Gratacós, Petra Díaz del Campo Fontecha, Cristina Fernández-Carballido, Xavier Juanola Roura, Luis Francisco Linares Ferrando, Eugenio de Miguel Mendieta, Santiago Muñoz Fernández, Jose Luis Rosales-Alexander, Pedro Zarco Montejo, Mercedes Guerra Rodríguez, Victoria Navarro Compán,
- *Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología sobre el uso de terapias biológicas en espondiloartritis axial*, Reumatología Clínica, Volume 14, Issue 6, 2018, Pages 320-333,
- Manual SER de enfermedades reumáticas. Sociedad Española de Reumatología. 6ª Edición. ISBN edición impresa: 978-84-9022-903-3.

GRACIAS  
POR SU  
ATENCIÓN

