

Espondilitis Anquilosante



Sociedad Española de
Reumatología



Fundación Española de
Reumatología

¿QUÉ ES?

La espondilitis anquilosante es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta fundamentalmente a las articulaciones de la columna vertebral, las cuales tienden a soldarse entre sí, provocando una limitación de la movilidad (de ahí el término anquilosante, que proviene del griego ANKYLOS y significa soldadura, fusión). Como resultado final se produce una pérdida de flexibilidad de la columna, quedándose rígida y fusionada.

Es una enfermedad frecuente, sobre todo en la raza blanca (0.5-1% de la población). Habitualmente aparece entre los 20 y 30 años de edad. En mujeres es algo menos frecuente y suele ser más leve.

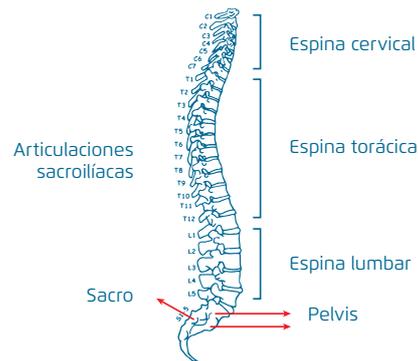
La espondilitis anquilosante se presenta como enfermedad aislada la mayoría de las veces, aunque, en algunos casos puede asociarse a una enfermedad de la piel llamada psoriasis o a enfermedades inflamatorias del intestino.

¿CÓMO ES LA COLUMNA VERTEBRAL?

La columna vertebral constituye el eje óseo del tronco y sostiene el cráneo. Está formada, de arriba abajo, por las vértebras cervicales (cuello), vértebras dorsales (con las que se articulan las costillas para formar la caja torácica), vértebras lumbares, el sacro y el cóccix. El sacro, a su vez, se une al resto de la pelvis por medio de las articulaciones sacroiliacas.

En la espondilitis anquilosante las articulaciones sacroiliacas suelen ser las primeras en

inflamarse. Después la inflamación suele implicar a otras articulaciones existentes entre las vértebras. La inflamación producida tiende, con el tiempo, a fusionar o soldar las vértebras entre sí. Este proceso da lugar a una anquilosis de la columna que se manifiesta con rigidez y disminución de la movilidad del cuello y la espalda en general y de la caja torácica.



¿CUÁL ES SU ORIGEN?

No se conoce la causa por la que se produce esta enfermedad. Sin embargo, en los últimos años se está avanzando en el conocimiento de los mecanismos que desencadenan el proceso y en el/los posibles agentes responsables.

Se conoce desde hace tiempo que la espondilitis anquilosante afecta con mayor frecuencia a las personas que presentan por herencia genética el "antígeno HLA B27". El hecho de la transmisión genética de esta marca explica por qué la espondilitis anquilosante aparece con más frecuencia en determinadas razas y dentro de éstas en determinadas familias. La posesión del antígeno HLA-B27 parece causar una respuesta anormal de la persona a la acción de determinados gérmenes. Probablemente la conjunción de estos dos factores entre otros muchos desconocidos, desencadene la enfermedad.

¿TENER EL ANTÍGENO HLA-B27 SUPONE PADECERLA?

No, ni mucho menos. Una minoría escasa de personas con este antígeno padecerá la enfermedad, aun teniendo familiares con espondilitis anquilosante. Aproximadamente el 7% de la población española posee el "antígeno HLA-B27". En este grupo, el riesgo de desarrollar la enfermedad es entre el 2 y 5%. Por poner un ejemplo, en España, de cada 1000 personas, aproximadamente 70 tienen el HLAB27positivo y de estas 70, sólo 2 o 3 desarrollarán la enfermedad.

El riesgo de padecer la enfermedad es algo mayor si un miembro de la familia (padre o hermano) desarrolla la enfermedad y si usted tiene el test para el antígeno HLA-B27 positivo. Entonces el riesgo de padecer la enfermedad es del 20%. Es decir, para tener la enfermedad hay otros factores, todavía no conocidos que influyen en que aparezca.

¿QUÉ SÍNTOMAS PRODUCE?

Lo primero que nota la persona que tiene espondilitis anquilosante suele ser un dolor lumbar o lumbago o síntomas parecidos a la "ciática", que se produce por la inflamación de las articulaciones sacroilíacas y vertebrales. Este dolor es de tipo inflamatorio, que se caracteriza por ser de aparición insidiosa, lenta y paulatina, no pudiendo precisarse con exactitud el instante en el que comenzó el síntoma, sobre todo cuando el paciente se encuentra en reposo y mejora con la actividad física. De esta forma el dolor suele ser máximo en las

últimas horas de la noche y en las primeras de la madrugada, cuando el paciente lleva un largo rato en la cama. Esto obliga a la persona a levantarse y caminar para notar un alivio e incluso la desaparición del dolor.

Con el paso del tiempo el dolor y la rigidez pueden progresar a la columna dorsal y al cuello. Las vértebras se van fusionando, la columna pierde flexibilidad y se vuelve rígida, limitándose los movimientos de la misma. La caja torácica también puede afectarse, produciéndose dolor en la unión de las costillas al esternón y limitándose la expansión normal del pecho (al hinchar los pulmones) y dificultando la respiración.

La inflamación y el dolor también pueden aparecer en las articulaciones de las caderas, hombros, rodillas o tobillos, o en las zonas del esqueleto donde se fijan los ligamentos y los tendones a los huesos (dolor en el talón, en el tendón de Aquiles...)

¿SE PRODUCEN SÍNTOMAS FUERA DEL APARATO LOCOMOTOR?

La espondilitis anquilosante es una enfermedad sistémica, lo que significa que puede afectar a otros órganos del cuerpo. En algunas personas puede causar fiebre, pérdida de apetito, fatiga e incluso inflamación en órganos como pulmones y corazón, aunque esto último ocurre muy raramente. Puede haber una disminución de la función de los pulmones al disminuir la elasticidad del tórax lo cual, combinado con el tabaco, puede deteriorar la capacidad para respirar. Por lo tanto, las personas con espondilitis anquilosante deben evitar el hábito de fumar.

Es relativamente frecuente la inflamación de algunas de las partes del ojo (uveítis), que ocurren en una cuarta parte de las personas con espondilitis anquilosante y se manifiesta como dolor y enrojecimiento ocular (“ojo rojo”), precisando atención por el oftalmólogo.

¿CÓMO EVOLUCIONA?

Es una enfermedad crónica que evoluciona produciendo brotes o ataques de inflamación de las articulaciones de la columna vertebral, o de otras articulaciones como los hombros, las caderas, las rodillas o los tobillos. Entre ataque y ataque, generalmente, el paciente se queda sin síntomas de dolor y mantiene una actividad cotidiana normal. Generalmente el paso del tiempo juega a favor del paciente, porque con la edad los brotes suelen distanciarse y ser cada vez más leves.

Hoy en día es poco frecuente que la espondilitis anquilosante sea grave, es decir, que se suelden todas las vértebras, dejando a la persona anquilosada y rígida. Esto es debido a que en la actualidad el diagnóstico se suele hacer de forma más temprana, lo que conlleva una mayor rapidez en el inicio de los tratamientos y en las medidas rehabilitadoras.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA ESTA ENFERMEDAD?

El diagnóstico se basa en los síntomas y en la exploración física. Para confirmar el diagnóstico se realizan radiografías de la pelvis y la columna vertebral, para ver los cambios que ha producido la inflamación en las sacroilíacas y las vértebras. Sin embargo, a veces estos

cambios radiológicos aparecen con una demora más o menos grande con respecto al inicio de los síntomas.

La realización de determinados análisis de sangre puede apoyar el diagnóstico como son la determinación del HLAB27 o una proteína que mide la inflamación como la proteína C reactiva que en algunos casos está elevada. En la actualidad, para detectar las lesiones agudas, antes de que se produzcan las lesiones que se ven en las radiografías, ha supuesto una gran ayuda el estudio mediante resonancia magnética.

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO?

Actualmente no existe ningún tratamiento capaz de curar definitivamente la enfermedad. Sin embargo, sí existen una serie de medicamentos eficaces y técnicas de rehabilitación que alivian el dolor y permiten una buena movilidad, con objeto de lograr una buena calidad de vida.

Los medicamentos antiinflamatorios (AINE) consiguen disminuir e incluso suprimir la inflamación articular, aliviando de esta forma el dolor y permitiendo un adecuado reposo nocturno. Estos fármacos no producen habituación (es decir, el paciente no se “acostumbra” a ellos), ni adicción, por lo que pueden tomarse en periodos prolongados de tiempo. Sin embargo, las personas con antecedentes de úlcera de estómago o de duodeno o con problemas de riñón o cardiovasculares deberán tener más precaución con su uso.

Un pilar muy importante en el tratamiento de la espondilitis es la rehabilitación permanente, es decir la realización de ejercicios físicos re-

glados y ejercicios respiratorios orientados a fortalecer la espalda, para evitar la rigidez y la pérdida de movilidad de la columna vertebral.

La práctica deportiva que permita la extensión de la espalda, y que mantenga la movilidad de los hombros y caderas, es muy recomendable. En este sentido, la natación es el mejor ejercicio, porque con ella se ejercitan de una forma equilibrada todos los músculos y articulaciones de la espalda, susceptibles de lesionarse por la enfermedad. Se deben evitar los deportes y ejercicios de contacto y colisión física, por la posibilidad de traumatismo articular y óseo.

En algunos pacientes con espondilitis anquilosante con una evolución más importante y cuando se ven afectadas otras articulaciones además de la columna vertebral, puede ser útil la administración de sulfasalazina o metotrexato, generalmente asociada a antiinflamatorios. También están disponibles en la actualidad los llamados "tratamientos biológicos", que son medicamentos potentes dirigidos específicamente a los componentes de la respuesta inmunológica que están interviniendo en la enfermedad. Los autorizados en el momento actual son los antiTNFalfa (infliximab, adalimumab, etanercept, certolizumab, golimumab) y un anti IL17 (secukinumab), aunque aparecerán otros nuevos en el futuro. Su reumatólogo le informará cuando están indicados y la diferencia entre cada uno de ellos.

La cirugía contribuye poco al tratamiento de la espondilitis anquilosante. Sólo, de forma ocasional puede ser necesaria la intervención quirúrgica sobre articulaciones muy dañadas que tengan una movilidad muy escasa (fundamentalmente la cadera).

RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO DE LA COLUMNA VERTEBRAL

- Se debe abandonar el hábito de fumar. El tabaco ha demostrado ser un factor que empeora el pronóstico de forma muy significativa.
- Mantener una postura correcta durante el trabajo y el descanso nocturno para contrarrestar posibles alteraciones en la estática y dinámica de la columna vertebral (mantener las piernas derechas en vez de dormirse de lado con las piernas encogidas, tumbarse con la cabeza hacia abajo al menos media hora diaria...).
- El colchón debe ser firme. Emplear una almohada delgada o una que solamente apoye el hueso del cuello. No es recomendable el uso de corsés y fajas puesto que favorecen la inmovilidad de la espalda.
- Realización diaria de gimnasia que fortalezca la musculatura abdominal y espinal. En las fases de mayor inflamación puede ser útil la aplicación de calor y la hidroterapia. El baño o la ducha matinal con agua caliente pueden ayudar a desentumecer los músculos y las articulaciones.

VIDA LABORAL

Las personas con espondilitis anquilosante pueden realizar su actividad laboral de una manera eficaz y productiva. Los trabajos ideales son aquellos que permiten una amplia va-

riedad de movimientos (andar, sentarse, estar de pie). Cuando realicen actividades sedentarias, como trabajos de oficina es conveniente levantarse y pasear cada cierto tiempo. De la misma manera, cuando conduzcan medianas o largas distancias se recomienda que realicen paradas para "estirar las piernas".

No son recomendables trabajos de carga y descarga, que sometan a sobrecarga mecánica a las distintas estructuras de la columna vertebral.

EMBARAZO Y CONSEJO GENÉTICO

El embarazo en mujeres con espondilitis anquilosante no supone ningún problema especial para la madre y el feto. Sólo habrá que vigilar los medicamentos que puedan ser da-

ñinos para el feto y en los casos en los que haya una importante afectación de las caderas puede ser preferible la elección de una cesárea en el momento del parto.

Dado que la espondilitis anquilosante es una enfermedad que se agrupa en determinadas familias al existir un manifiesto componente genético hereditario, se puede plantear la posibilidad de consejo genético. Como hemos comentado previamente la presencia de la señal llamada "antígeno HLA-B27" no significa padecer la enfermedad, pues sólo una minoría de las personas que la presentan la desarrollarán. Por lo tanto, no se aconseja realizar a los hijos de las personas que presentan una espondilitis anquilosante el análisis de dicho antígeno, debido a la baja incidencia de la enfermedad.