



Investigación original

Espondiloartritis: caracterización de la cohorte del Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

Javier D. Márquez-Hernández^{a,*}, Andrés Felipe Echeverri-García^a,
Mauricio Restrepo-Escobar^b, María Fernanda Álvarez Barreneche^c,
Alejandro Hurtado^d y Luis Fernando Pinto-Peñaranda^a

^a Departamento de Medicina Interna, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

^b Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

^c Departamento de Medicina Interna, Clínica Cardiovid, Medellín, Colombia

^d Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad CES, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de septiembre de 2019

Aceptado el 24 de noviembre de 2020

On-line el 20 de agosto de 2021

Palabras clave:

Espondiloartritis

Espondilitis anquilosante

Antígeno HLA-B27

Sulfasalazina

Metotrexato

Factor de Necrosis Tumoral Alfa

R E S U M E N

Introducción: Las espondiloartritis son un grupo de enfermedades inflamatorias crónicas. Se desconoce su comportamiento en nuestro medio, al igual que el comportamiento clínico y radiológico, las características demográficas y la carga de enfermedad en los pacientes colombianos.

Objetivos: Caracterizar los aspectos demográficos, el comportamiento clínico y paraclínico y los requerimientos terapéuticos de la cohorte de pacientes con espondiloartritis seguidos en el Hospital Pablo Tobón Uribe desde el 1.º de enero del 2005 hasta el día 31 de diciembre del 2017.

Metodología: Estudio de cohorte. La población se caracterizó mediante estadística descriptiva, las variables cualitativas mediante frecuencias simples y relativas, en tanto que para las cuantitativas se emplearon medias y desviación estándar o medianas con sus rangos intercuartílicos.

Resultados: La cohorte está constituida por 181 pacientes, 100 hombres (54,9%) y 81 mujeres (44,5%). El 45,1% tenía espondilitis anquilosante, el 18,1% espondiloartritis indiferenciada, el 17,1% artropatía psoriásica, el 14,8% artritis reactiva y el 4,4% enfermedad inflamatoria intestinal. El 69,8% de los pacientes tenía manifestaciones periféricas y el 67% axiales. El 55,6% de los pacientes tuvo HLAB27 positivo. La RMN mostró cambios agudos y crónicos en las sacroilíacas en el 69% y 37%, respectivamente; en el 59,5% de los casos se observó sacroileítis radiológica. el 91,1% de los pacientes se trató con AINE, el 60,1% con sulfasalazina, el 43,4% con inhibidores COX2 y el 33,7% con metotrexato. El 56,6% de los sujetos requirió inhibidores-TNF α 3 años después del inicio de los síntomas. Los biológicos más utilizados fueron adalimumab (31,1%), etanercept (21,7%), infliximab (13,1%), golumimab (6,1%) y certolizumab (0,5%).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Jadamarq@yahoo.com (J.D. Márquez-Hernández).

<https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2020.11.005>

0121-8123/© 2021 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Conclusiones: Nuestra población se caracterizó por una alta actividad y gran compromiso funcional, lo que se refleja en altos puntajes de Basdai y Basfi y en que el 56,6% de los pacientes requirió agentes anti-TNF α .

© 2021 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Spondyloarthritis: characterisation of a cohort. Pablo Tobón Uribe Hospital. Medellín, Colombia

A B S T R A C T

Keywords:

Spondyloarthritis
Ankylosing spondylitis
HLA-B27 antigen
Sulfasalazine
Methotrexate
Tumor necrosis factor inhibitors

Introduction: Spondyloarthritis is a group of chronic inflammatory diseases. Several factors of the disease remain unknown, including clinical and radiological behaviour, the demographic characteristics and burden of disease in Colombian patients.

Objective: To characterise the demographic aspects, the clinical and paraclinical behaviour, and the therapeutic requirements of a cohort of patients with spondyloarthritis followed-up in the Hospital Pablo Tobón Uribe from January 1, 2005 to December 31, 2017.

Methodology: Cohort study. The population was characterised using descriptive statistics, qualitative variables using simple and relative frequencies, and quantitative variables using means and standard deviation or medians with their interquartile ranges.

Results: The cohort consisted of 181 patients, 100 men (54.9%) and 81 women (44.5%). Just under one half (45.1%) had ankylosing spondylitis, 18.1% undifferentiated spondyloarthritis, 17.1% psoriatic arthropathy, 14.8% reactive arthritis, and 4.4% inflammatory bowel disease. More than two-thirds (69.8%) of the patients had peripheral manifestations, and 67% had axial. A positive HLAB27 was observed in 55.6% of patients. The MRI showed acute and chronic changes in the sacroiliac in 69% and 37%, respectively, with radiological sacroiliitis being observed in 59.5% of cases. The large majority (91.1%) of the patients were treated with NSAIDs, 60.1% with sulfasalazine, 43.4% with COX2 inhibitors, and 33.7% with methotrexate. TNF α inhibitors were required by 56.6% of the subjects 3 years after the onset of symptoms. The most commonly used biological drugs were adalimumab (31.1%), etanercept (21.7%), infliximab (13.1%), golimumab 6.1%, and certolizumab 0.5%.

Conclusions: Our population was characterised by a high activity and functional compromise demonstrated by the high scores of BASDAI and BASFI, and because 56.6% of the patients required anti-TNF α agents.

© 2021 Asociación Colombiana de Reumatología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Las espondiloartritis (SpA) son un grupo heterogéneo de enfermedades que comparten un amplio espectro clínico e inmunogenético y que por la diversidad de sus manifestaciones constituyen un reto para el diagnóstico en etapas tempranas. Este grupo de entidades incluye la espondilitis anquilosante, la artritis reactiva, la artritis psoriásica, la espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal, la espondiloartritis de inicio juvenil y las espondiloartritis indiferenciadas^{1,2}.

El desarrollo y la evolución de nuevos criterios de clasificación han permitido su identificación más temprana, basada en aspectos imagenológicos (radiográficos o de resonancia magnética) o genéticos (presencia de HLA-B27) aunados a una serie de manifestaciones clínicas y de laboratorio. Adicionalmente, se clasifican los pacientes con compromiso

predominantemente periférico o axial; estos últimos se subdividen en aquellas formas con evidencia radiográfica o no radiográfica³.

Esta nueva clasificación ha permitido la introducción del término «espondiloartritis axial no radiológica», que hace referencia a pacientes con manifestaciones clínicas, de laboratorio o genéticas sugestivas de espondiloartritis en ausencia de signos en la radiografía simple de compromiso axial o sacroileítis, pero evidentes en las imágenes de resonancia magnética nuclear. Estas evidencias han dado pie a una nueva taxonomía en las SpA con la finalidad de facilitar su comprensión, de la siguiente manera: SpA axial con sacroileítis radiológica; SpA axial sin sacroileítis radiológica (sacroileítis en RMN o HLA-B27 positivo con manifestaciones clínicas); SpA periférica con psoriasis, con enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa o colitis indiferenciada); SpA con infección precedente (reactiva), sin psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal o infección precedente (SpA indiferen-

ciada). En las últimas décadas ha sido de gran interés mejorar el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno para detener el efecto devastador que tienen estas enfermedades en personas jóvenes y en plena capacidad productiva^{4,5}.

Hay aspectos inmunogenéticos, etiopatogénicos, clínicos, radiológicos y del tratamiento que han despertado el interés de investigadores a escala mundial^{6,7}. Sin embargo, los tópicos que más han evolucionado en este grupo de enfermedades son los factores genéticos, el dolor lumbar inflamatorio como signo cardinal crucial en los criterios de clasificación y las imágenes diagnósticas, en especial la resonancia magnética, fundamental en el diagnóstico temprano y el tratamiento de las SpA^{8,9}.

La espondilitis anquilosante, la más frecuente de todos los tipos de SpA, por lo general comienza en la tercera década de la vida, 5 años más temprano en los pacientes HLA-B27 positivos que en los pacientes HLA-B27 negativos. En el registro español Regisponser, la edad promedio de inicio fue de 30 años. Se presenta con mayor frecuencia en hombres que en mujeres, con una relación 2-3:1, mientras que en pacientes con espondiloartritis axial no radiográfica la distribución por sexo es igual¹⁰.

Las SpA tienen una prevalencia elevada en las poblaciones caucásicas, lejanas de las zonas ecuatoriales o del trópico. Se estima la prevalencia de la espondiloartritis axial en alrededor del 0,32-1,4%, de acuerdo con la población estudiada, mientras que la prevalencia para todos los tipos de espondiloartritis, incluyendo las formas periféricas, varía entre el 0,2% en el sudeste asiático hasta el 1,6% en las poblaciones del Ártico Norte. En poblaciones afroamericanas y en japoneses son enfermedades muy raras. España tiene una prevalencia descrita del 1,8% y Estados Unidos cercana al 1%¹¹⁻¹³.

En Colombia aún existen grandes interrogantes respecto al comportamiento de este grupo de enfermedades, los estudios de cohortes más grandes reportados se llevaron a cabo en el Hospital Militar Central en Bogotá (139 y 218 pacientes) y en el Hospital Pablo Tobón Uribe (HPTU) de la ciudad de Medellín (71 pacientes)^{14,15}.

Londoño et al.¹⁶ describieron la prevalencia de las diferentes enfermedades reumáticas (osteoartritis, fibromialgia, artritis reumatoide, gota, lupus, síndrome de Sjögren, dermatomiositis, esclerosis sistémica y las SpA), además de diversas afectaciones osteomusculares (reumatismos de partes blandas o dolor regional apendicular y malestar musculoesquelético no especificado y enfermedades no reumáticas) en Colombia, con base en la aplicación de un instrumento ampliamente validado: el modelo Copcord, y entrevistaron a 6.693 personas en las 6 ciudades capitales más importantes del país. Los investigadores en mención establecieron que la prevalencia de la espondilitis anquilosante en mayores de 18 años en ciudades como Bogotá era del 0,08%, en Medellín 2,2% y en Cali 0,47%; más del 64% de las personas entrevistadas fueron mujeres.

El conocimiento del comportamiento clínico y radiológico, así como de las características demográficas y la carga de enfermedad de los pacientes colombianos con espondiloartritis, es importante para promover su diagnóstico y tratamiento oportunos, además de la planificación de estrategias integrales y correctamente direccionadas en los servicios de atención¹⁷⁻¹⁹.

Objetivo

Caracterizar los aspectos demográficos, el comportamiento clínico e inmunogenético de los reactantes de fase aguda, el comportamiento radiológico y los requerimientos terapéuticos de la cohorte de pacientes con SpA seguidos en el HPTU desde el 1.º de enero del 2005 hasta el 31 de diciembre del 2017.

Diseño

Estudio descriptivo de corte transversal, en el que se hace seguimiento a una cohorte descrita previamente, la cual incluye a todos los pacientes con SpA diagnosticados y seguidos en el HPTU desde enero del 2005 hasta diciembre del 2017 que fueron seguidos al menos por un año.

Pacientes y métodos

Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años con espondiloartritis que cumplieron los criterios ASAS (*Ankylosing Spondylitis Assessment Study*) y consultaron a los servicios de reumatología urgencias, los cuales fueron evaluados por reumatólogo, desde el 1.º de enero del 2005 hasta el 31 de diciembre del 2017. Se excluyeron aquellos pacientes con otras enfermedades reumáticas que pudieran interferir con la clinimetría, tales como artritis reumatoide, lupus, artrosis de la columna y fibromialgia. También fueron excluidos los pacientes con enfermedades autoinmunes, infecciones virales (VIH, hepatitis) o neoplasias. El protocolo fue aprobado por el comité de ética e investigación del HPTU.

Las variables incluidas en el análisis fueron: demográficas (edad; sexo; edad al inicio de los síntomas; antecedentes personales y familiares de SpA, psoriasis, uveítis, EII); clínicas (manifestación inicial de la SpA: talalgia, uveítis, entesitis calcánea, dactilitis, psoriasis de la piel, psoriasis unguar, diarrea, uretritis, artritis, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, dolor lumbar inflamatorio, dolor glúteo, rigidez matinal, psoriasis, enfermedad intestinal inflamatoria y tipo de espondiloartritis); clinimétricas (puntaje del Basdai y Basfi basal, máximo y promedio durante la evolución de la enfermedad y al inicio del inhibidor de factor de necrosis tumoral [TNF- α]); de laboratorio (reactantes de fase aguda [VSG y PCR], HLA-B27); de imágenes (RMN [edema medular óseo vertebral y en las articulaciones acroilíacas], presencia de erosiones, sindesmófitos, fusión de las articulaciones acroilíacas y radiografías simples de estas para aplicar la clasificación de Nueva York); y de tratamiento (AINE, esteroides orales, COXIBS, metotrexato, sulfasalazina, TNF- α).

Metodología

Estudio de cohorte. La población se caracterizó mediante estadística descriptiva, la distribución de las variables continuas se determinó con el método de Kolmogorov-Smirnov para aquellas con n de 50 o más, y con el método de Shapiro-Wilk para aquellas con n menor de 50. Las variables paramétricas se resumieron con medias y desviaciones estándar (DE) y las variables no paramétricas con medianas y rangos

Tabla 1 – Características demográficas de la población de pacientes con espondiloartritis

Edad al inicio de los síntomas (años)	35, RIC 19 (24-42)
Hasta 25	27,5% (50)
26-40	40,7% (74)
Más de 40	31,9% (58)
Edad al diagnóstico (años)	38,1, DE 13,5 (13-77)
Hasta 25	22% (40)
25-45	30,8% (56)
Más de 45	47,2% (86)
Tipo de espondiloartritis	
Espondilitis anquilosante	45,1% (82)
Espondiloartritis indiferenciada	18,1% (33)
Artropatía psoriásica	17% (31)
Artritis reactiva	14,8% (27)
Asociada a EII	4,4% (8)

DE: desviación estándar; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; RIC: rango intercuartílico.

intercuartílicos (RIC). Se utilizó el software SPSS versión 22, licencia HPTU. La investigación fue aprobada por el comité de ética de la institución y no confirió riesgo a los pacientes.

Resultados

La cohorte está conformada por 181 pacientes, 81 mujeres (44,5%) y 100 hombres (54,9%), con un promedio de edad de 45,3 años (DE = 13,39 años) y rango entre 20 y 83 años. El 24,2% (44) de los sujetos tenía 35 años o menos, el 40,6% (74) entre 36 y 50 años y el 35,2% (64) eran mayores de 50 años.

La edad promedio al ingreso a la cohorte fue de 39,31 (DE = 12,32 años), con rango entre 17 y 77 años. El 24,7% (45) tenía 30 años o menos, el 54,4% (99) entre 30 y 50 años y el 20,9% (38) eran mayores de 50 años. La mediana del tiempo de seguimiento de los pacientes fue de 5 años (RIC = 32,0-32). El 46,2% (84) se siguió por más de 6 años, el 30,8% (56) entre 3 y 6 años y el 23,1% (42) por menos de 3 años. Cerca de 5 ± 7 años fue la duración para establecer el diagnóstico desde el inicio de los síntomas, similar a lo ocurrido en las diversas cohortes a escala mundial (6 años). En la [tabla 1](#) se describen las características demográficas de la población.

El 7,7% (14) de los pacientes con espondilitis anquilosante tuvo antecedentes familiares de SpA, los cuales se observaron en el 3,8% (7) de aquellos con artropatía psoriásica, 1,1% (2) con artritis reactiva y 0,5% (1) de los diagnosticados con EII o espondiloartritis indiferenciada; el 84% de los sujetos (153) no tenía historia familiar de espondiloartritis. La [tabla 2](#) muestra las características clínicas de la población.

La mediana del valor máximo de la velocidad de sedimentación globular (VSG) fue de 21 mm/h, RIC 40 (2-75). El 43,4% (79) de los pacientes tuvo VSG normal (hasta 20 mm/h), el 26,4% (48) entre 21 y 49, y el 30,2% (55) de 50 (74) mm/h, o mayor. La PCR se encontró elevada en el 40,7% (74) de los casos (valor normal 1 mg/dL) y la mediana del valor máximo durante la evolución fue de 1,7 mg/dL, RIC 5 (0,5-24).

El 8,8% (16) de los pacientes tuvo PCR de 5 mg/dL o menor, el 4,9% (9) entre 5,1 y 10 mg/dL y el 86,3% (157) mayor de 10 mg/dL. El HLA-B27 fue positivo en el 55,6% (59/106) de los pacientes.

Tabla 2 – Manifestaciones clínicas en la población de pacientes con espondiloartritis

Manifestaciones clínicas	Porcentaje % (N)
Compromiso axial	67 (122)
Lumbalgia inflamatoria	70 (128)
Sacroilitis	57 (104)
Dolor glúteo alternante	40 (73)
Rigidez matinal	71 (130)
Compromiso periférico	69 (127)
Artritis	66 (121)
de articulaciones inflamadas	2 RIC 3 (1-2)
de articulaciones dolorosas	3 RIC 2,5 (1-4)
Entesitis	45 (83)
Dactilitis	24 (44)
Talalgia	41 (76)
Compromiso de caderas	31 (57)
Uveítis	11 (20)
Psoriasis cutánea	17 (31)
Psoriasis ungueal	11 (21)
Diarrea	12 (22)
Enfermedad de Crohn	2,7 (5)
Colitis ulcerativa idiopática	2,2 (4)

RIC: rango intercuartílico.

Tabla 3 – Manifestaciones radiológicas en 181 pacientes con espondiloartritis

Manifestaciones radiológicas	Porcentaje (N)
Sacroilitis radiológica	59,5% (69/116)
Clasificación de Nueva York	
Grado 0	40,8% (51)
Grado I	6,4% (8)
Grado II	8,8% (11)
Grado III	28,8% (36)
Grado IV	15,2% (19)
Sindesmófitos lumbares (rayos X)	29,4% (23/78)
RMN de sacroilíacas	
Cambios agudos (edema óseo)	69% (54/78)
Cambios crónicos	37% (29/78)
RMN de columna vertebral	
Cambios agudos (edema óseo)	35% (11/31)
Cambios crónicos (sindesmófitos)	22,5% (7/31)

En la [tabla 3](#) se describen las manifestaciones radiológicas de la población estudiada, mientras que en la [tabla 4](#) se presentan las características clínicas en los diferentes tipos de SpA.

La población se caracterizó por tener alta actividad tanto al ingreso a la cohorte como durante el seguimiento. El puntaje de Basdai inicial fue de 4 RIC 3 (0-8) y el 89% de los pacientes tenía puntaje de 4 o más. Durante el seguimiento el puntaje promedio de Basdai fue de 3,3 DE 1,9 (0-8).

El 91,1% de los pacientes (164/181) fue tratado con AINE, el 60,1% (107/178) con sulfasalazina, el 43,4% (76/175) con AINE inhibidores selectivos de ciclo-oxigenasa 2, el 33,7% (59/175) con metotrexato y el 20,45% (36/176) con esteroides. En el 56% de los casos (101/181) se requirió el uso de TNF-i. El biológico más utilizado fue adalimumab, en el 31,1% de los casos (56), seguido de etanercept, en el 21,7% (39), e infliximab, en el 13,9% (25). El 30,8% (31) de los pacientes requirió más de un TNF-i.

Tabla 4 – Características clínicas de las diferentes formas de espondiloartritis

Característica	EA	APs	ReA	EII	SpAi
Edad de inicio en años (DE)	29,6 (11,4)	46,2 (11,3)	33,9 (12,4)	29,7 (11,5)	32 (12)
Sexo masculino	42,8%	42%	46%	50%	56,2%
Compromiso articular periférico	53%	94,7%	92,3%	83,3%	43,7%
Compromiso articular axial	98%	26,3%	53,8%	66%	68,7%
Dactilitis	10%	42%	23%	33%	19%
Entesitis	50%	22,2%	46%	33%	57%
Psoriasis cutánea	0	89,4%	0	0	6,2%
Psoriasis ungueal	2%	68,4%	0	0	6,2%
HLA-B27	58%	50%	25%	100%	53,3%

APs: artritis psoriásica; DE: desviación estándar; EA: espondilitis anquilosante; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; ReA: artritis reactiva; SpAi: espondiloartritis indiferenciada.

Discusión

Las SpA se caracterizan por un amplio espectro clínico e inmunogenético que varía según la población en estudio. La presente cohorte incluye 181 pacientes del noroccidente de Colombia. Previamente, en Colombia se había hecho la descripción de 2 cohortes, una en el Hospital Militar de Bogotá, con 139 pacientes, y otra del HPTU, con 71 pacientes^{14,15}.

En la población hubo un predominio de hombres, y 124 pacientes presentaron inicio de los síntomas antes de los 40 años, hallazgo acorde con lo descrito en la literatura, de afectación principalmente de personas jóvenes en etapa productiva. La edad promedio de diagnóstico fue de 45,3, DE = 13,39 años, mayor a la edad de inicio de síntomas, lo cual representa un retraso en el diagnóstico de 6 años en promedio, tal como se ha descrito en las diferentes cohortes estudiadas a escala mundial²⁰⁻²². Posiblemente, el retraso en el diagnóstico se asocia a múltiples factores como la sensibilidad de los médicos de atención primaria en detectar pacientes con dolor lumbar inflamatorio, las condiciones socioeconómicas y el acceso a los sistemas de salud de cada población^{23,24}. Diversos aspectos pueden explicar el retraso o la dificultad para hacer el diagnóstico oportuno: en nuestro medio, la falta de conocimiento de la enfermedad, incluso por el personal de salud o por los médicos no reumatólogos, la escasez de reumatólogos a escala del territorio nacional, lo difícil que resulta para los pacientes obtener una consulta especializada oportuna en reumatología mediante su entidad prestadora de salud, la dificultad en el acceso a estudios de imágenes como la resonancia magnética o inmunogenéticos como el HLA-B27, debido al costo o por falta de disponibilidad. Incluso, más de un 60% de nuestra consulta en el HPTU corresponde a pacientes que lo hacen de forma particular, buscando una segunda opción ante la incertidumbre diagnóstica y terapéutica. Si a todo lo anterior se suma la migración de los pacientes por las diferentes instituciones prestadoras de salud, por los vaivenes de la contratación, se dificulta aún más el seguimiento de este grupo de enfermedades en Colombia.

La espondilitis anquilosante fue la más frecuente, seguida de la espondiloartritis indiferenciada y la espondiloartritis psoriásica. El dolor lumbar inflamatorio, la rigidez matinal, la entesitis y la dactilitis fueron las manifestaciones clínicas más frecuentes, tal como lo habíamos descrito en el 2010¹⁵.

En el análisis por grupos la espondilitis anquilosante inicia de una forma más temprana, entre la segunda y la tercera década de la vida, a diferencia de la artritis psoriásica que clásicamente empieza después de los 40 años. La dactilitis fue más frecuente en el grupo de artritis psoriásica, mientras que la entesitis predominó más en la espondiloartritis indiferenciada y la espondilitis anquilosante (véase [tabla 4](#)).

En el grupo de pacientes con espondilitis anquilosante, el compromiso periférico fue frecuente, la artritis se presentó en un 53%, seguida de la entesitis (50%) y la dactilitis (10%), similar a la otra serie colombiana de Londoño et al.¹⁴. Esta situación que difiere de las cohortes europeas como Gespic²⁴ y la binacional Regisponser/Aspect et al.²⁵, en las cuales las manifestaciones periféricas fueron menores. Es este grupo la diferencia de frecuencia entre hombres y mujeres fue de 1,3/1, a diferencia de las cohortes de Londoño et al.¹⁴, Gespic²⁶ y Regisponser/Aspect²⁵ que mostraron mayor frecuencia de presentación en hombres, con una relación hombre/mujer entre 1,8 y 2,7/1.

La manifestación extraarticular más frecuente en los pacientes con espondilitis anquilosante fue la uveítis, que se presentó en el 11% de la población, un porcentaje menor comparado con la cohorte Gespic que fue del 20,9%²³. Una posible explicación de esta diferencia es la relación de la uveítis con el HLA-B27 y la mayor prevalencia de este en la población europea.

En general, el comportamiento de las SpA difiere entre los países europeos y los latinoamericanos; en estos últimos predomina el compromiso periférico y los pacientes presentan más entesitis, se utilizan más los AINE, los esteroides y los fármacos modificadores de la enfermedad, mientras que los pacientes en Europa tienen más alta frecuencia de HLA-B27 positivos, lo que puede además explicar el mayor compromiso axial^{25,26}.

En la [tabla 5](#) se resumen las diferencias del grupo de pacientes con espondilitis anquilosante incluido en esta serie, junto con la otra cohorte latinoamericana de Londoño et al.¹⁴ y las europeas Gespic²⁶ y Regisponser/Aspect²⁵.

En la población la artritis periférica estuvo presente en el 53% de los pacientes, mayor que lo descrito en la cohorte alemana Gespic y la española Regisponser en las que se observó, aproximadamente, en el 37-42% de los sujetos estudiados.

Al igual que en los otros estudios en los que se describen pacientes colombianos, el HLA-B27 se presenta en el 50-60%

Tabla 5 – Comparación de las series de EA latinoamericanas y europeas

Característica	Márquez et al. N=82	Londoño et al. ¹⁴ N=55	GESPIC ²⁴ N= 236	Benegas et al. ²⁵ N= 2.356
Edad de inicio en años (DE)	29,6 (11,4)	34,2(13,3)	35,6 (10,2)	27 (11)
Sexo masculino	57,2%	72,7%	64%	72%
Compromiso articular periférico	53%	70,9%	37,4%	42%
Compromiso articular axial	98%	92,7%	98,7%	100%
Dactilitis	10%	14,5%	6,3%	ND
Entesitis	50%	89,1%	39,4%	38%
Uveítis	11%	14,5%	20,9%	24%
Psoriasis	2%	ND	10,2%	9%
HLA B27	58%	87%	82,2%	83%

DE: desviación estándar; EA: espondilitis anquilosante; ND: no disponible.

de los casos, lo cual difiere con las cohortes europeas, en las cuales la prevalencia es mayor del 80%¹⁸.

En lo referente a reactantes de fase aguda, la PCR y la VSG se encontraron elevadas en aproximadamente el 40% de los casos, y el 60% de los pacientes tuvo sacroilitis radiológica. Este hallazgo es importante dado que la elevación de la PCR se ha asociado con daño estructural y progresión radiográfica¹⁴.

La población se caracterizó por tener alta actividad, tanto al ingreso a la cohorte como durante el seguimiento, similar a lo descrito en los pacientes del Regisponser, que tenían altos índices de Basdai y Basfi¹⁰, lo que puede explicar que el 56% de los casos de nuestra población requiera el uso de TNF-i.

Las debilidades del estudio son las inherentes a los estudios descriptivos observacionales, como el sesgo de información determinado por aspectos tales como información incompleta y el seguimiento irregular, en tanto que la principal fortaleza es la inclusión de la totalidad de los sujetos con SpA, lo que permite generalizar los hallazgos a la población de origen.

Conclusiones

En la cohorte se observó un leve predominio de hombres, la espondilitis anquilosante fue la enfermedad más frecuente, las manifestaciones axiales y periféricas tuvieron una frecuencia similar, aunque la lumbalgia inflamatoria y la rigidez matinal fueron las más frecuentes. La población se caracterizó por una alta actividad y compromiso funcional, demostrado por los altos puntajes de Basdai y Basfi y porque el 56% de los pacientes requirió agentes TNF-i.

Conflicto de intereses

Todos los autores de este manuscrito declaramos no tener ningún conflicto de interés.

Agradecimientos

A todos los pacientes que participaron en esta cohorte y al Hospital Pablo Tobón Uribe.

BIBLIOGRAFÍA

- Candia L, Cuellar ML, Marlowe SM, Marquez J, Iglesias A, Espinoza LR. Charcot-like arthropathy: A newly-recognized subset of psoriatic arthritis. *Clin Exp Rheumatol*. 2006;24:172-5.
- Candia L, Marquez J, Hernández C, Zea A, Espinoza LR. Toll-like receptor2 expression is upregulated in antigen-presenting cells from patients with psoriatic arthritis: a pathogenic role for innate immunity? *J Rheumatol*. 2007;34:374-8.
- Rudwaleit M, Taylor WJ. Classification criteria for psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis/axial spondyloarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010;24:589-604, <http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2010.05.007>.
- Busch R, Kollnberger S, Mellins ED. HLA associations in inflammatory arthritis: emerging mechanisms and clinical implications. *Nat Rev Rheumatol*. 2019;15:364-81, <http://dx.doi.org/10.1038/s41584-019-0219-5>.
- Taurog JD, Chhabra A, Colbert RA. Ankylosing spondylitis and axial spondyloarthritis. *N Engl J Med*. 2016;374:2563-74, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1406182>.
- Maksymowych WP. Biomarkers for diagnosis of axial spondyloarthritis, disease activity, prognosis, and prediction of response to therapy. *Front Immunol*. 2019;10:305, <http://dx.doi.org/10.3389/fimmu.2019.00305>, eCollection 2019.
- Bianchi E, Rogge L. The IL23/IL17 pathway in human chronic inflammatory diseases-new insight from genetics and targeted therapies. *Genes Immun*. 2019;20:415-25, <http://dx.doi.org/10.1038/s41435-019-0067-y>.
- Castro MP, Stebbings SM, Milosavljenic S, Pedersen SJ, Bussey MD. Assessing the construct validity of clinical test to identify sacroiliac joint inflammation in patients with non-radiographic axial spondyloarthritis. *Int J Rheum Dis*. 2019;22:1521-8, <http://dx.doi.org/10.1111/1756-185X.13606>.
- Shi Z, Han J, Qin J, Zhang Y. Clinical application of diffusion-weighted imaging and dynamic contrast-enhanced MRI in assessing the clinical curative effect of early ankylosing spondylitis. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98:e15227, <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000015227>.
- Ariza R. Regisponser. *Reumatol Clin*. 2005;1 Suppl 1.:S7-11, [http://dx.doi.org/10.1016/S1699-258X\(05\)72755-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1699-258X(05)72755-8).
- Reveille JD, Witter JP, Weisman MH. Prevalence of axial spondyloarthritis in the United States: estimates from a cross-sectional survey. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64:905-10, <http://dx.doi.org/10.1002/acr.21621>.
- Van Tueren A. The changing clinical picture and epidemiology of spondyloarthritis. *Nat Rev Rheumatol*. 2015;11:110-8, <http://dx.doi.org/10.1038/nrrheum.2014.181>.
- Stolwijk C, van Onna M, Boonen A, van Tubergen A. The global prevalence of spondyloarthritis: A systematic review and meta-regression analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016;68:1320-31, <http://dx.doi.org/10.1002/acr.22831>.
- Londoño J, González L, Ramírez A, Santos P, Ávila L, Santos A, et al. Caracterización de las espondiloartropatías y determinación de factores de mal pronóstico en una

- población de pacientes colombianos. *Rev Colomb Reumatol.* 2005;12:195-207.
15. Márquez J, Pinto LF, Candia DL, Restrepo M, Uribe E, Rincon O, et al. Espondiloartritis en el Hospital Pablo Tobón Uribe. Descripción de una cohorte. *Rev Colomb Reumatol.* 2010;17:280-5.
 16. Londoño J, Peláez Ballestas I, Cuervo F, Angarita I, Giraldo R, Rueda JC, 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. *Rev Colomb Reumatol.* 2018;25:245-56.
 17. Márquez JD, Pinto LF, Velásquez CJ, Aristizábal B, Rincón O, Velásquez EP, et al. Expresión inmunogenética de las manifestaciones periféricas de las espondiloartritis en una cohorte de pacientes colombianos. *J Clin Rheumatol.* 2012;18 Suppl.:S27. April 2012.
 18. Velásquez EP, Quintero JC, Aristizábal BH, Rincón OL, Velásquez CJ, Pinto LF, et al. Frecuencia de alelos HLA de clase I y II en una cohorte de pacientes con espondiloartritis provenientes del noroccidente colombiano. *Biomédica.* 2012;32:43-51, <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v32i1.569>.
 19. Alarcón C, Arango C, Bautista A, Caicedo T, Guzmán C, Jaimes D, et al. Ankylosing spondylitis treatment and follow-up costs in Colombia. *Value Health.* 2015;18:A875, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2015.09.036>.
 20. Van den Berg R, de Hooge M, Van Gaalen F, Reijnders M, Huizinga T. Percentage of patients with spondyloarthritis in patients referred because of chronic back pain and performance of classification criteria: experience from the Spondyloarthritis Caught Early (SPACE) cohort. *Rheumatology.* 2013;52:1492-8, <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/ke164>.
 21. Dougados M, Sepriano A, Molto A, van Lunteren M, Ramiro S, de Hooge M, et al. Sacroiliac radiographic progression in recent onset axial spondyloarthritis: the 5-year data of the DESIR cohort. *Ann Rheum Dis.* 2017;76:1823-8, <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2017-211596>.
 22. Macfarlane GJ, Shim J, Jones GT, Walker-Bone K, Pathan E, Dean LE. Identifying persons with axial spondyloarthritis at risk of poor work outcome: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register. *J Rheumatol.* 2019;46:145-52, <http://dx.doi.org/10.3899/jrheum.180477>.
 23. Gamez-Nava J, González-López L, Davis P, Suárez-Almazor ME. Referral and diagnosis of common rheumatic diseases by primary care physicians. *Rheumatology.* 1998;37:1215-9, <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/37.11.1215>.
 24. Redeker I, Callhoff J, Hoffmann F, Haibel H, Sieper J, Zink A, et al. Determinants of diagnostic delay in axial spondyloarthritis: an analysis based on linked claims and patient-reported survey data. *Rheumatology (Oxford).* 2019;58:1634-8, <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/kez090>.
 25. Benegas M, Muñoz-Gomaritz E, Font P, Burgos-Vargas R, Chaves J. Comparison of the clinical expression of patients with ankylosing spondylitis from Europe and Latin America. *J Rheumatol.* 2012;39:2315-20, <http://dx.doi.org/10.3899/jrheum.110687>.
 26. Rudwaleit M, Haibel H, Baraliakos X, Listing J, Märker-Hermann E, Zeidler H, et al. The early disease stage in axial spondyloarthritis: results from the German Spondyloarthritis Inception Cohort. *Arthritis Rheum.* 2009;60:717-27, <http://dx.doi.org/10.1002/art.24483>.