

Estudio 3e

Carlos Manuel González Fernández

Unidad de Reumatología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción

El proyecto 3e es una iniciativa internacional, propuesta y liderada por el profesor M. Dougados, que busca fundir la evidencia científica (*evidence*) con la experiencia práctica de los reumatólogos (*experts*) para desarrollar unas recomendaciones útiles y estandarizadas aplicables en la práctica clínica diaria (*exchange*) de la espondilitis anquilosante (EA).

En esta edición el proyecto 3e se ha centrado en la EA y el objetivo ha sido obtener recomendaciones específicas sobre el manejo de pacientes con EA en la práctica clínica diaria sin interferir con las recomendaciones específicas ASAS/EULAR. Han participado 700 reumatólogos de 10 países distintos.

Los objetivos secundarios han sido evaluar la variabilidad de las recomendaciones entre los distintos países que participan en el proyecto, difundir el conocimiento de la epidemiología clínica en EA entre los reumatólogos y dar a conocer las recomendaciones al mayor número de reumatólogos.

El proyecto 3e se ha desarrollado aunando las reuniones de comités de expertos y la revisión sistemática de la literatura científica. En una primera reunión los comités científicos de cada país propusieron una serie de cuestiones sobre tres temas: diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la EA excluyendo los tratamientos con antifactor de necrosis tumoral (anti-TNF). Se eligieron 9 cuestiones, 3 por cada tema y además cada país pudo rescatar otras 4 cuestiones desestimadas por el comité internacional para poder desarrollarlas de forma local.

Cada país participante celebró una reunión para contestar las 9 cuestiones internacionales y las 4 locales después de que un grupo de expertos realizase y expusiese la revisión sistemática de la literatura acerca de las cuestiones planteadas. En la reunión celebrada en España participaron 90 reumatólogos que tratan a pacientes con EA. A continuación se exponen los resultados con los grados de acuerdo conseguidos.

Correspondencia: Dr. C. M. González Fernández.
Hospital Gregorio Marañón.
Doctor Ezquerdo, 46. 28046 Madrid. España.
Correo electrónico carlosmg@ono.com

Diagnóstico

1. En caso de dolor de espalda, ¿cuáles son los signos, síntomas, criterios diagnósticos y la respuesta a los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) para considerar el diagnóstico de EA (temprana)?

Los síntomas y signos más importantes en el diagnóstico de EA son el dolor lumbar inflamatorio, el dolor alternante de nalgas y el entumecimiento matutino. Los datos guía de espondiloartritis como historia familiar, entesitis, uveítis, psoriasis, dactilitis y enfermedad inflamatoria intestinal (EII) aumentan la probabilidad de EA. Grado de acuerdo: 7,38.

2. ¿Cuál es el grado de precisión de las técnicas de diagnóstico por imagen para diagnosticar la EA (temprana)?

La radiología convencional es la primera técnica y la más importante cuando se sospecha el diagnóstico de EA.

La resonancia magnética es la mejor técnica para evaluar la EA temprana.

La tomografía computarizada no es útil para el diagnóstico temprano de EA, pero sirve para la evaluación de las lesiones de las sacroilíacas.

La gammagrafía ósea no es útil en el diagnóstico de EA. Grado de acuerdo: 7,24.

3. ¿Cuáles son los datos clínicos en los que se debe basar el médico de atención primaria (MAP) para remitir el paciente al reumatólogo?

Los MAP deben referir al reumatólogo a pacientes con dolor lumbar inflamatorio y que además presenten dolor alternante en nalgas, limitación de la movilidad, menores de 45 años, HLA-B27 positivo o con síntomas asociados a espondiloartritis (psoriasis, EII, uveítis, entesitis o artritis periférica en los miembros inferiores). Grado de acuerdo: 6,40.

Seguimiento

1. ¿Qué parámetros (signos, síntomas, metrología, bioquímica, técnicas de imagen, etc.) son útiles en la evaluación de la actividad de la EA?

Los parámetros recomendados en la evaluación de la actividad de la EA son: BASDAI, evaluación general de la enfermedad por el paciente y por el médico, dolor

axial en la escala analógica visual (EAV), recuento de articulaciones/entesitis y reactantes de fase aguda (velocidad de sedimentación globular [VSG], proteína C reactiva [PCR]).

Grado de acuerdo: 7,08.

2. ¿Qué parámetros (signos, síntomas, metrología, bioquímica, técnicas de imagen, etc.) son útiles en la valoración de la gravedad de la EA?

La persistencia de BASDAI y BASFI elevados, las manifestaciones extraarticulares (especialmente caderas), los índices metrologícos (Schöber, occipucio-pared, expansión torácica, flexión lateral) y la evaluación radiográfica (pelvis, columna lumbar y columna cervical) son los parámetros útiles para la valoración de la severidad de la EA.

Grado de acuerdo: 6,47.

3. ¿Qué parámetros (p. ej., signos, síntomas, metrología, bioquímica, técnicas de imagen, etc.) son útiles para valorar el pronóstico de la EA?

Los cambios radiográficos tempranos así como la afectación de cadera son parámetros de mal pronóstico en la EA. La alteración funcional temprana (BASFI), la actividad mantenida (BASDAI, reactantes de fase aguda), el comienzo temprano (> 16 años), la artritis periférica/entesitis, la limitación progresiva de la movilidad y el retraso en el diagnóstico son también factores de mal pronóstico. Un nivel socioeconómico bajo puede influir también en el mal pronóstico de la EA.

Grado de acuerdo: 6,85.

Tratamiento

1. ¿Hay alguna indicación para los bisfosfonatos en el tratamiento de la EA?

No hay evidencia que demuestre la utilidad de los bisfosfonatos en la EA. Tampoco existen suficientes datos que evalúen la eficacia de los bisfosfonatos en el tratamiento de la osteoporosis en la EA.

Grado de acuerdo: 5,93.

2. ¿Cuál es el tratamiento óptimo de la entesitis periférica/costocondritis?

No existe evidencia que demuestre la efectividad del metotrexato o de la sulfasalazina en el tratamiento de la entesitis/costocondritis.

Los AINE son útiles en el tratamiento de la entesitis/costocondritis.

Las infiltraciones locales con corticosteroides pueden ser útiles aunque no hay suficiente evidencia en la literatura científica.

Grado de acuerdo: 6,72.

3. ¿Qué lugar exacto ocupan los AINE en el tratamiento de los pacientes con EA?

3.a. ¿Cuál es el perfil de seguridad/eficacia entre los AINE (dosis, COX-2 frente a convencionales, vida media, etc.)?

Los AINE son útiles en el tratamiento de la EA cuando se utilizan a las dosis adecuadas. La fenilbutazona es útil en los casos resistentes a otros AINE. El perfil de seguridad gastrointestinal es mejor en los inhibidores de la COX-2.

Grado de acuerdo: 6,33.

3.b. ¿Cuál es el perfil de seguridad (cardiovascular y gastrointestinal) y eficacia a largo plazo de los AINE (uso continuo frente a demanda)?

No hay evidencia suficiente que demuestre que el uso continuado de AINE puede controlar el daño articular. El uso de los AINE debe ajustarse a cada paciente.

Los efectos secundarios de los AINE son más frecuentes cuando se usan de forma continua.

Grado de acuerdo: 7,6.

3.c. ¿Cómo es el cumplimiento del tratamiento con AINE de los pacientes con EA?

La mayoría de los pacientes con EA usa los AINE a demanda y a dosis subóptimas. El tratamiento con AINE de vida media larga parece tener un mejor cumplimiento que con los de vida media corta.

Grado de acuerdo: 6,24.

3.d. ¿Hay diferencias en la utilidad de los AINE según las características clínicas de la EA (axial/periférica/entesopatías)?

Los AINE son más eficaces en el tratamiento de los síntomas axiales que en la artritis periférica o en las entesitis.

Grado de acuerdo: 6,62.

3.e. ¿Hay evidencias de que los AINE desencadenen enfermedad inflamatoria gastrointestinal o los sucesivos brotes de ésta en pacientes con EA?

No existe evidencia en la literatura que demuestre que los AINE convencionales ni los inhibidores de la COX-2 precipiten brotes de EII.

Grado de acuerdo: 5,37.

Cuestiones nacionales

1. ¿Las manifestaciones extraarticulares están relacionadas con el pronóstico de la EA?

Algunas manifestaciones extraarticulares como las uveítis y las manifestaciones cardiovasculares se pueden asociar a un peor pronóstico en pacientes con EA.

Grado de acuerdo: 8,20.

2. ¿Existe alguna batería de pruebas analíticas que deban solicitarse a un paciente con dolor lumbar inflamatorio?

En los pacientes con dolor lumbar inflamatorio es útil solicitar de forma sistemática los reactantes de fase aguda (VSG y PCR) y el HLA-B27.

Grado de acuerdo: 6,2.

3. ¿Cuál es el programa educativo o de ejercicios más adecuado para los pacientes con EA según su estadio evolutivo?

Los programas educativos pueden ser útiles para los pacientes con EA, pero su contenido y desarrollo se debe definirlos al inicio de la enfermedad. La cinesiterapia, en grupo o individual, y la hidroterapia pueden ser útiles y deben ajustarse para cada paciente. Se recomienda que los pacientes realicen programas de actividades aeróbicas y/o ejercicio regular.

Grado de acuerdo: 6,84.

4. ¿Cuál debería ser el principal objetivo terapéutico en EA? ¿Cómo se puede definir el fallo terapéutico en EA?

El objetivo terapéutico principal debe consistir en reducir la actividad de la enfermedad, controlar la progresión radiográfica de la enfermedad, conservar la capacidad funcional y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

El objetivo terapéutico ideal es la remisión de la EA mediante la normalización de los reactantes de fase aguda (VSG y PCR), y mantener el BASDAI y la EVA general del paciente en 2 o menos.

Un objetivo terapéutico aceptable es conseguir un BASDAI y EAV general del paciente en menos de 4 y/o BASDAI50.

El fallo terapéutico se define como no conseguir una respuesta terapéutica aceptable.