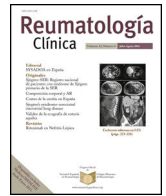




Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Carta al Editor

Prevalencia del entesofito occipital en enfermedades reumáticas inflamatorias y no inflamatorias



Prevalence of occipital enthesophyte in non-inflammatory and inflammatory rheumatic diseases

Sr. Editor:

Las entesis son regiones de fibrocartilago localizadas predominantemente en zonas extraarticulares y suponen una diana clave en la artritis psoriásica (AP), con una prevalencia del 35%¹, y en la espondiloartritis (EspA), especialmente en las HLA-B27 (human leukocyte antigen - B27) negativas², ya que cuentan con un microambiente inmunológico específico activado por el estrés mecánico, la susceptibilidad genética y por microorganismos³, y su principal función como parte del complejo entesis-órgano es disipar la concentración de estrés mecánico en la superficie ósea alejada del anclaje⁴. Aunque los entesofitos normalmente se suelen observar en las radiografías simples de población anciana asintomática, el entesofito occipital (EO) está presente en el 41% de los adultos menores de 30 años⁵.

Según nuestro conocimiento, el EO no ha sido descrito en las enfermedades reumáticas inflamatorias, por lo que nuestro objetivo fue determinar su prevalencia en APs, EspA y artritis reumatoide (AR) y compararlo con pacientes con cervicalgia mecánica (CM). Diseñamos un estudio descriptivo retrospectivo de las radiografías simples cervicales en proyección lateral de pacientes mayores de 18 años que acudieron a consulta de Reumatología de un hospital universitario entre julio de 2022 y enero de 2023 hasta

alcanzar 30 pacientes por grupo (total 120). El motivo de solicitud fue la cervicalgia en el grupo CM (excluidos accidentes de tráfico y cirugía cervical) y AR y como parte del protocolo diagnóstico en el grupo AP y EspA. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad en el momento de la realización de la radiografía, EO (sí/no) evaluado por un reumatólogo con 25 años de experiencia y por una residente de Reumatología de cuarto año. Los resultados se presentan de forma descriptiva, se calculó el coeficiente Kappa de Cohen para cuantificar el grado de concordancia entre ambos reumatólogos, el sexo y la prevalencia se compararon con el test de la χ^2 aplicándose la corrección de Yates y para la edad media se utilizó ANOVA.

El 78% eran mujeres, la edad media fue $58,5 \pm 15$ años. Los cuatro grupos eran homogéneos en cuanto a sexo y edad y el análisis estratificado no mostró diferencias ($p=0,2$ y $p=0,06$, respectivamente), solo una tendencia a su mayor presencia en ancianos del grupo CM. El 51% presentaron EO, un 23% en el grupo CM y un 60% en las enfermedades inflamatorias (70% EspA, 70% AP y 40% AR), siendo el EO estadísticamente significativo en enfermedades reumáticas inflamatorias ($p<0,001$). Se alcanzó un acuerdo sustancial global (89%) y casi perfecto en EspA y AP (97%). En términos de descripción macroscópica, se observaron diferentes morfologías de EO, más grueso en los grupos de EspA y AP y más fino en el grupo de AR (fig. 1).

En los pacientes psoriásicos la carga de erosiones óseas no es significativamente mayor en comparación con controles sanos, sin embargo, las diferencias en los entesofitos son mucho más pronunciadas⁶. La prevalencia de entesopatía asintomática con señal *Doppler* en ecografía fue significativamente mayor en psoriásicos (77%) que en controles⁷, y se ha demostrado que es específica

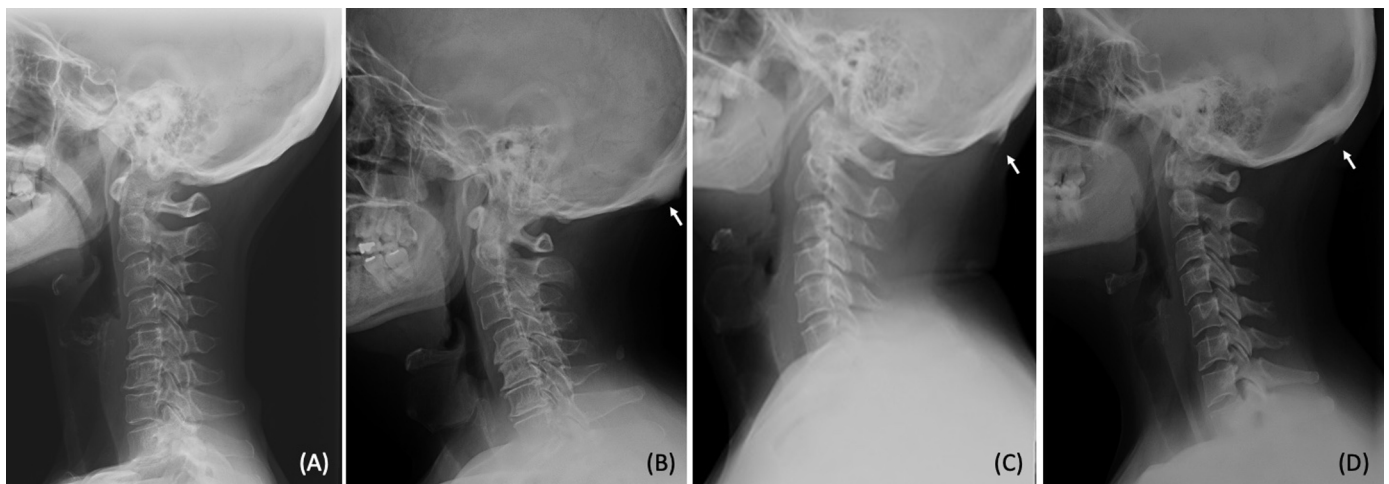


Figura 1. Tipos de morfología de entesofito occipital (flechas blancas): (A) normal, (B) artritis psoriásica, (C) espondiloartritis, (D) artritis reumatoide.

<https://doi.org/10.1016/j.reuma.2024.06.004>

1699-258X/© 2024 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

de la entesitis periférica en la EspA⁸. Debido a que el estudio ha sido exploratorio, existen varias limitaciones del mismo: no correlacionamos esta entesopatía con el dolor, el tipo de psoriasis, la predisposición genética HLA-B27, la actividad física o el IMC, por lo que lo evaluaremos en futuros estudios mediante el uso de otras pruebas de imagen para saber si podría ayudarnos en el diagnóstico precoz de pacientes con psoriasis sin AP⁷ o con AP incipiente y EspA-B27 negativa y conocer si puede ser un factor predictivo de desarrollar una forma más grave de la enfermedad.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

Quisiéramos hacer un reconocimiento al Dr. Jesús Sanz por haber advertido este entesofito y proponer que se denomine, en segundo término, signo de Sanz.

Bibliografía

1. Chaudhary H, López-Medina C, Khan MA, Dougados M, Magrey M. Clinical profile and treatment utilisation based on HLA-B*27 status in axial spondyloarthritis: results from ASAS-PerSpA study. *RMD Open*. 2023;9:e003179.
2. Polachek A, Li S, Chandran V, Gladman DD. Clinical enthesitis in a prospective longitudinal psoriatic arthritis cohort: incidence, prevalence, characteristics, and outcome. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017;69:1685–91.
3. Schett G, Lories RJ, D'Agostino M-A, Elewaut D, Kirkham B, Soriano ER, et al. Enthesitis: from pathophysiology to treatment. *Nat Rev Rheumatol*. 2017;13:731–41.
4. Benjamin M, Moriggl B, Brenner E, Emery P, McGonagle D, Redman S. The «enthesitis organ» concept: why enthesopathies may not present as focal insertional disorders. *Arthritis Rheum*. 2004;50:3306–13.
5. Shahar D, Sayers MGL. A morphological adaptation? The prevalence of enlarged external occipital protuberance in young adults. *J Anat*. 2016;229:286–91.
6. Simon D, Faustini F, Kleyer A, Haschka J, Englbrecht M, Kraus S, et al. Analysis of periarticular bone changes in patients with cutaneous psoriasis without associated psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2016;75:660–6.
7. Tinazzi I, McGonagle D, Biasi D, Confente S, Caimmi C, Girolomoni G, et al. Preliminary evidence that subclinical enthesopathy may predict psoriatic arthritis in patients with psoriasis. *J Rheumatol*. 2011;38:2691–2.
8. Naredo E, Möller I, de Miguel E, Batlle-Gualda E, Acebes C, Brito E, et al. High prevalence of ultrasonographic synovitis and enthesopathy in patients with psoriasis without psoriatic arthritis: a prospective case-control study. *Rheumatology (Oxford)*. 2011;50:1838–48.

Natalia de la Torre Rubio*, Jose Campos Esteban,
José Luis Andréu Sánchez y Jesús Sanz Sanz

*Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Puerta de Hierro
Majadahonda, Majadahonda, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ndltr.md@icloud.com (N. de la Torre Rubio).