

Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): Argentina

V. Bellomio^a, A. Berman^a, R. Sueldo R^a, M.J. Molina^a, A. Spindler^a, E. Lucero^a, H. Berman^a, A. Nitsche^b, C. Asnal^b, J.A. Maldonado Cocco^c, G. Citera^c, S. Paira^d, C. Sandoval^d, R. Wong^e, R. Gallo^e, O. Rillo^f, R. Chaparro^f, A. Alvarellos^g, J.A. Albiero^g, C. Graf^h, A. Zunino^h, C.G. Casadoⁱ, C.B. Romeoⁱ, J.C. Barreira^j y E. Aroca Briones^j

^aHospital Ángel Padilla. Tucumán. Argentina.

^bHospital Alemán. Buenos Aires. Argentina.

^cIREP. Buenos Aires. Argentina.

^dHospital JM Cullen. Santa Fe. Argentina.

^eSanatorio Plaza. Rosario. Argentina.

^fHospital Tornú. Buenos Aires. Argentina.

^gHospital Privado de Córdoba. Córdoba. Argentina.

^hCentro Médico Mitre. Paraná. Argentina.

ⁱHospital Militar Central. Buenos Aires. Argentina.

^jHospital Británico. Buenos Aires. Argentina.

Objetivo: Describir las principales características de las espondiloartritis (SpA) en la población argentina.

Material y métodos: Se realizó un análisis descriptivo y transversal de la información recogida entre marzo y diciembre de 2007 y almacenada en línea, en la página electrónica del grupo Registro de Espondiloartritis de la Sociedad Española de Reumatología (REGISPONSER). Participaron 11 centros de Argentina, siguiendo todos similares pautas de evaluación del paciente y de registro de datos.

Resultados: Se incluyó a 405 pacientes con SpA, 238 varones (59%), con una edad media \pm desviación estándar de $48,1 \pm 15,7$ años y un tiempo de evolución medio de la enfermedad de $10,9 \pm 9,5$ años. La artritis psoriásica (APs) fue el diagnóstico prevalente (46,7%), y siguiendo en orden de frecuencia estaban la espondilitis anquilosante (EA) (30,3%) y la SpA indiferenciada (12,4%). La edad al inicio fue de $38,4 \pm 16,6$ años y el tiempo de evolución hasta el diagnóstico fue de $7,5 \pm 8,6$ años. Los síntomas de inicio más frecuentes fueron artritis periférica (66%), lumbalgia (54%) y sacroileítis (39%). El 43% presentó dactilitis y el 10%, uveítis durante la evolución de la enfermedad. El tratamiento incluyó inhibidores del factor de necrosis tumoral en un 10,4% de los pacientes. El BASDAI promedio fue de $4 \pm 2,5$ puntos y el BASFI, de $3,3 \pm 2,9$ puntos. Los pacientes con EA presentaron una edad menor, más discapacidad laboral, más dolor, una afectación axial mayor y más daño radiológico que los pacientes con APs.

Conclusión: Los pacientes de Argentina con SpA presentan las clásicas características de afectación axial y periférica, y con frecuencia presentan manifestaciones extraarticulares.

Palabras clave: Espondiloartritis. Espondilitis anquilosante. Artritis psoriásica. Iberoamérica.

RESPONDIA. Iberoamerican Spondyloarthritis Registry: Argentina

Objective: To describe the principal characteristics of spondyloarthritis in the Argentina population.

Material and methods: A descriptive transversal study was carried out with information obtained between March and December 2007 and stored online at the Spondyloarthropathy Records website of the Spanish Society for Rheumatology (REGISPONSER). Eleven Argentine Centers participated and they all adopted similar criteria to assess patients and data were collected in the same database.

Results: A total of 405 patients with spondyloarthritis (SpA) were included: 238 were males (59%) with an average age \pm standard deviation 48.1 ± 15.7 years and an average disease progress of 10.9 ± 9.5 years. The majority was diagnosed with psoriatic arthritis (PsA) (46.7%), followed by ankylosing spondylitis (AS) (30.3%) and undifferentiated spondyloarthritis (U-SpA) (12.4%). Average age at onset was 38.4 ± 16.6 years and time until diagnosis was 7.5 ± 8.6 years. The most common initial symptoms were peripheral arthritis (66%), lumbago (54%) and sacroiliitis (39%). 43% of these patients presented dactylitis and 10% uveitis during the disease

Correspondencia: Dr. A. Berman.
Servicio Posgrado Reumatología. Hospital Ángel Padilla.
Tucumán. Argentina.
Correo electrónico: albertoberman1@yahoo.com.ar

progress. TNF inhibitor treatment was administered in 10.4% of the patients. Average BASDAI score was 4 ± 2.5 and BASFI 3.3 ± 2.9 . Patients with ankylosing spondylitis were younger, showed a higher incapacity for work, felt more pain and presented more axial disorders and more evidence of radiologic damage than psoriatic arthritis patients.

Conclusion. Argentina spondyloarthritis patients presented classical characteristics of axial and peripheral disorders and extraarticular symptoms were common.

Key words: Spondyloarthritis. Ankylosing spondylitis. Psoriatic arthritis. Iberoamerica.

Las espondiloartritis (SpA) incluyen un grupo de enfermedades de etiología aún desconocida, que comparten ciertas características clínicas, serológicas y genéticas. Estas enfermedades son: espondilitis anquilosante (EA), artritis psoriática (APs), artritis reactiva (ARe), SpA asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (SpA EII) y las formas indiferenciadas (U-SpA)¹. Las SpA son enfermedades articulares crónicas, cuyas características principales son: *a)* afectación frecuente del esqueleto axial y de las articulaciones sacroilíacas; *b)* artritis periférica preferentemente asimétrica y en las extremidades inferiores; *c)* entesopatía; *d)* ausencia de factor reumatoide clásico; *e)* asociación genética con el complejo mayor de histocompatibilidad, HLA-B27, y *f)* agregación familiar frecuente.

En los últimos años se ha producido un importante avance en el conocimiento de los mecanismos inmunogenéticos, moleculares y bioquímicos que participan en la etiopatogenia de las SpA. El desarrollo final de la enfermedad parece resultar de la interacción de diferentes factores, principalmente genéticos, ambientales, inmunológicos y hormonales²⁻⁷.

En el caso de la EA, observamos una frecuencia mayor de HLA-B27 en SpA frente a controles sanos en Argentina, y se encontró que el 87,5% de pacientes con SpA tenía HLA-B27 frente a 4,8% de controles sanos, $p < 1 \times 10^{-7}$. El subtipo predominante fue el B*2705, que se halló en 84,1% de la población estudiada (pacientes y controles); el B*2702 se observó en 2 pacientes y 5 controles, y sólo un control tuvo B*2703. Si bien el B27 es el principal alelo asociado con SpA en nuestra población como en el resto de grupos étnicos, éste no logra explicar el 100% de la asociación genética observada. En un estudio más reciente en 52 pacientes con SpA de Buenos Aires y 153 controles sanos no relacionados, observamos que además de HLA-B27, el HLA-DR1 fue significativamente más frecuente en pacientes (59,6%) frente a controles (19,5%) (*odds ratio* [OR] = 6,1; intervalo de confianza [IC] del 95%, 3-12). También se conoce la participación de diferentes citocinas en la patogenia de las SpA, por lo cual también se ha

estudiado el polimorfismo de algunas de ellas, principalmente el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) y la interleucina IL-1 β . En nuestra población observamos que el genotipo GA del polimorfismo de nucleótido simple (SNP) -308 del TNF fue significativamente más frecuente en pacientes con SpA frente a controles (94 frente a 81%; OR = 3,96; $p = 0,02$) y el alelo -511 de la IL-1 β también fue más frecuente en pacientes que en controles (66 frente a 53%; OR = 1,74; $p = 0,03$)⁸.

Con respecto a la APs, su aparición está relacionada con la prevalencia de la afectación cutánea. La incidencia es muy variable, entre el 0,2 y el 40%. A pesar de la gran variabilidad, influida por los distintos criterios utilizados, la prevalencia aceptada es del 7%⁹. En un estudio reciente de nuestra población argentina, observamos que los pacientes de clases sociales bajas tienen más escala visual analógica (EVA) global, BASDAI (del inglés Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), BASFI (del inglés Bath Ankylosing Spondylitis Functional Activity Index) y AsQoL (del inglés Ankylosing Spondylitis Quality of Life) y el grado de estudio universitario se asoció con una actividad menor de la enfermedad, un estado funcional mejor y una calidad de vida mejor¹⁰.

En un estudio de 3 diferentes centros de Argentina, se observa que al igual que en otras poblaciones predominantemente caucásicas, el HLA-C6 fue el alelo asociado con más frecuencia con la enfermedad, y se observa en el 33% de los pacientes frente al 15% de controles sanos (OR = 2,78; IC del 95%; 1,3-6,2)¹¹.

Desde el punto de vista epidemiológico clínico, estas enfermedades afectan preferentemente a varones jóvenes en la etapa más productiva de sus vidas. El curso de la enfermedad es lento y progresivo, librado a su evolución natural produce un importante deterioro de la capacidad funcional y de la calidad de vida, lo cual implica importantes connotaciones socioeconómicas. Diversos estudios demostraron que los pacientes con SpA presentan diferentes grados de incapacidad laboral, lo que genera importantes pérdidas económicas para el individuo y para la sociedad¹²⁻¹⁴. En un estudio reciente, observamos que el 26,2% de nuestros pacientes con SpA estaba desocupado, frente a un 4,5% de controles apareados por sexo y edad ($p = 0,0001$). La principal variable asociada a la pérdida laboral fue la presencia de fatiga asociada a más actividad de la enfermedad¹⁵. Esto demuestra que un control clínico adecuado de la enfermedad permitiría mejorar la capacidad funcional de los pacientes con SpA, lo que resulta en beneficio no sólo para el paciente, sino para la sociedad en general.

El conocimiento de las características epidemiológicas, clínicas y genéticas de los pacientes con SpA y la comparación de diferentes poblaciones, es de suma importancia para detectar no sólo los factores asociados con el desarrollo de la enfermedad, sino también para imple-

mentar programas o medidas tendentes a mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida de estos pacientes. El objetivo de este trabajo es presentar un análisis descriptivo de los pacientes con SpA y sus características más relevantes en Argentina, incluidos en el registro RESPONDIA.

Material y métodos

Se realizó un análisis descriptivo, de corte transversal, de los datos recogidos sobre pacientes con SpA pertenecientes a 11 centros de reumatología de Argentina (Servicio-Posgrado Reumatología, Hospital Padilla [Tucumán]; IREP [Buenos Aires]; Centro Médico Mitre [Paraná]; Hospital Alemán [Buenos Aires]; Hospital Tornú [Buenos Aires]; Hospital Privado de Córdoba [Córdoba]; Sanatorio Plaza [Rosario]; Hospital JM Cullen [Santa Fe]; Hospital Militar Central [Buenos Aires]; Hospital Interzonal [Mar del Plata]; Hospital Británico [Buenos Aires]), entre marzo y diciembre de 2007. Los datos se almacenaron en línea, en la página electrónica del grupo REGISPONSER. La metodología general, los criterios de inclusión, la definición de variables y la evaluación del paciente, así como el llenado de los formularios, fue similar en todos los centros, a partir de pautas ya descritas.

Características principales de la población argentina

La República Argentina se encuentra al sur del continente americano, con una superficie de 3.761.274 km². La población es de 36.260.130 habitantes, según datos del último censo poblacional del 2001. El 14,3% de la población presenta necesidades básicas insatisfechas. La tasa de analfabetismo es del 2,6%, la cual se incrementa en grupos de edad mayores. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, en el 2001, el 48% de la población no presentaba cobertura de salud¹⁶.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables, informadas como media y mediana, con sus respectivas medidas de variabilidad, frecuencias absolutas y relativas. Para la comparación entre grupos, se utilizó el test de la t no pareado o el test de Mann-Whitney, según correspondiera.

Resultados

Se incluyó a 405 pacientes, 238 varones (59%), con edad media \pm desviación estándar de 48,1 \pm 15,7 años,

y un tiempo medio \pm desviación estándar de evolución de la enfermedad de 10,9 \pm 9,5 años. La edad media \pm desviación estándar de inicio de los síntomas fue de 38,4 \pm 16,6 años y el tiempo medio de retraso en el diagnóstico fue de 7,5 \pm 8,6 años. En el 16% de los pacientes había una historia familiar de SpA.

La mayoría de los pacientes tenían condiciones de alojamiento buenas (45%), óptimas sin lujo (42%) y el 18% se encontraba sin trabajo.

En la figura 1 se describe la frecuencia de los diferentes tipos de SpA, en la que destaca el predominio de APs, con un 46,7%, y en segundo lugar la EA, con un 30,3%. La U-SpA en un 12,4%, la ARe con un 6,3%, la SpA Juvenil con un 1,7% y SpA EII con un 0,7%. En 105 pacientes se determinó HLA-B27, y fue positivo en 48 (46%). Predominó la raza blanca (71%) y blanca-indígena (23%). En la tabla 1 aparece el resto de las características sociodemográficas.

Si se diferencia por cada SpA, encontramos HLA-B27 positivo en el 14% de los pacientes con APs, en el 74% con EA, en el 50% con ARe y en el 80% con SpA juvenil.

Entre las manifestaciones de inicio (tabla 2), predominaron artritis de las extremidades inferiores (66%), lumbalgia inflamatoria (54%), artritis de las extremidades superiores (48%) y dolor en sacroilíacas (34%). El 33% de los pacientes tuvo entesitis de inicio. Entre las manifestaciones clínicas asociadas a SpA, el 43% de los pacientes presentó dactilitis; el 39%, afección ungueal, y el 10%, uveítis en algún momento de la evolución (tabla 3).

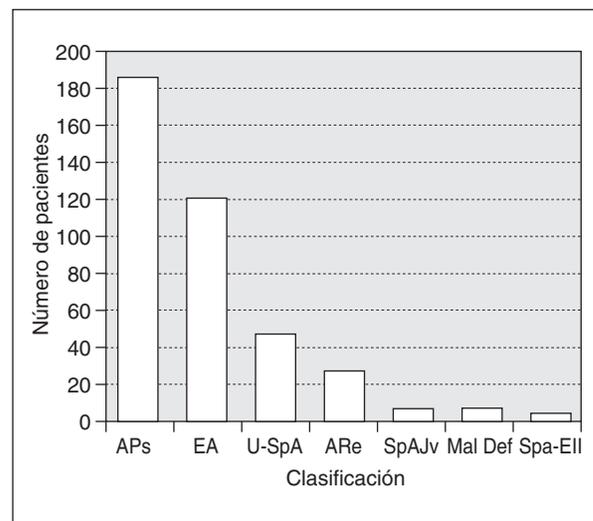


Figura 1. Frecuencia de EASN en Argentina ($n = 405$). En esta cohorte de pacientes argentinos predominaron los que cumplían criterios para artritis psoriásica (46,7%). Sólo se clasificó a un 12,4% como espondiloartritis indiferenciadas (U-SpA). APs: artritis psoriásica; ARe: artritis reactivas; EA: espondilitis anquilosante; SpAJv: espondiloartritis juvenil; Mal Def: espondiloartritis mal definidas; Spa EII: espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal.

TABLA 1. Características demográficas de pacientes de Argentina (n = 405)

| Datos demográficos | |
|------------------------------------|-------------|
| Sexo | |
| Varones | 238 (59) |
| Mujeres | 167 (41) |
| Edad | 48,1 ± 15,7 |
| Edad al inicio de los síntomas | 38,4 ± 16,6 |
| Tiempo de evolución al diagnóstico | 10,9 ± 9,5 |
| Historia familiar de SpA | 62 (16,4) |
| HLA-B27 (+)/105 pacientes | 48 (46) |
| Grupo étnico | |
| Blanca | 288 (71) |
| Negra | 3 (0,7) |
| Blanca-negra | 7 (1,7) |
| Blanca-indígena | 93 (23) |
| Blanca-amarilla | - |
| Negra-indígena | 2 (0,5) |
| Negra-amarilla | - |
| Indígena | 11 (2,7) |
| Otras | 1 (0,2) |
| Profesión | |
| Universitario | 72 (18) |
| Técnico | 44 (11) |
| Empleado | 143 (35) |
| Obrero especializado | 62 (15) |
| Obrero no especializado | 84 (21) |
| Estudios | |
| Universitario | 92 (22,7) |
| Bachillerato | 56 (13,8) |
| Secundaria | 148 (36,5) |
| Primaria | 109 (26,9) |
| Analfabeto | - |
| Laborales | |
| Trabaja | 244 (60) |
| No trabaja | 72 (17,7) |
| Estudiante | 7 (1,7) |
| Jubilado por edad | 26 (6,4) |
| Incapacidad laboral | |
| Transitoria | 27 (7) |
| Permanente | 33 (8) |

SpA: espondiloartritis.

Después de agrupar a todos los pacientes estudiados, se observó que hubo un predominio del sexo masculino, la raza blanca y el nivel secundario de estudios.

Valores expresados como número (%) y media ± desviación estándar.

TABLA 2. Manifestaciones clínicas y tratamiento (n = 405)

| Manifestaciones clínicas | Número (%) |
|---------------------------------------|------------|
| <i>Al inicio</i> | |
| Artritis, extremidades inferiores | 267 (66) |
| Dolor lumbar inflamatorio | 219 (54) |
| Artritis, extremidades superiores | 194 (48) |
| Dolor glúteo alternante o sacroilíaco | 137 (34) |
| Entesitis | 133 (33) |
| Dactilitis | 130 (32) |
| Dolor cervical | 128 (32) |
| Tarsitis | 77 (19) |
| Dolor coxofemoral | 26 (6,4) |
| Tratamiento actual | |
| AINE | 303 (77,5) |
| Habitualmente | 219 (56) |
| A demanda | 84 (21,5) |
| Sulfasalacina | 48 (12) |
| Infliximab | 12 (3) |
| Etanercept | 22 (5) |
| Adalimumab | 7 (2) |
| Glucocorticoides | 115 (29) |
| Metotrexato | 195 (49) |
| Leflunomida | 41 (10) |

AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

La artritis de las extremidades inferiores fue la manifestación clínica de inicio más frecuente. Los tratamientos más utilizados fueron AINE y metotrexato. El 10% se encontraba con agentes biológicos.

Al analizar los parámetros de clinimetría en todos los pacientes estudiados (tabla 4), tanto en las mediciones clínicas, de laboratorio y los cuestionarios, los resultados mostraron valores bajos de actividad inflamatoria y de limitación funcional.

La mayoría de los pacientes tenían condiciones de alojamiento buenas (45%), óptimas sin lujo (42%) y el 18% se encontraban sin trabajo.

Los tratamientos recibidos de forma más frecuente en el momento de la evaluación fueron: antiinflamatorios no esteroideos, metotrexato y corticoides. Cuarenta y un pacientes (10%) se encontraban en tratamiento con agentes biológicos (anti-TNF); 22 (5%), con etanercept; 12 (3%), con infliximab, y 7 (2%), con adalimumab (tabla 2).

Se compararon las características más relevantes entre pacientes con EA y APs. Los pacientes con EA fueron significativamente más jóvenes, con una frecuencia mayor de sexo masculino, una edad de inicio de la enfermedad menor y una incapacidad laboral mayor ($p < 0,0001$).

TABLA 3. Manifestaciones clínicas asociadas a la espondiloartritis (n = 405)

| Manifestaciones | Número (%) |
|-------------------------|------------|
| Dactilitis | 171 (43) |
| Afección ungueal | 152 (39) |
| Uveítis | 40 (10) |
| Afección renal | 13 (3,3) |
| Balanitis | 12 (3) |
| Afección cardíaca | 8 (2) |
| Afección pulmonar | 8 (2) |
| Prostatitis | 7 (1,7) |
| Acné conglobata | 4 (1) |
| Afección neurológica | 4 (1) |
| Pustulosis palmoplantar | 3 (0,3) |

Las manifestaciones asociadas más frecuentes fueron dactilitis y afección ungueal.

TABLA 4. Clinimetría del grupo global de espondiloartritis de Argentina (n = 405)

| Clinimetría | |
|---------------------------------|-----------------|
| Schober modificado, cm | 3,95 ± 1,9 |
| Expansión torácica, cm | 3,76 ± 1,65 |
| Distancia dedos-suelo, cm | 14,6 ± 14,8 |
| Distancia occipucio-pared, cm | 2,99 ± 5,2 |
| Articulaciones inflamadas, n | 3,1 ± 5 |
| Entesis doloridas, n | 3,2 ± 2,7 |
| EVA actividad, médico | 3,43 ± 2,3 |
| EVA dolor, última semana, noche | 3,24 ± 3,2 |
| EVA dolor, última semana | 3,3 ± 3,1 |
| EVA global del paciente | 4,5 ± 2,8 |
| BASDAI, puntuación | 3,97 ± 2,5 |
| BASFI, puntuación | 3,32 ± 2,9 |
| AsQol, puntuación | 5 ± 5,3 |
| SF12, puntuación | |
| Físico | 35,9 ± 10,3 |
| Mental | 47,4 ± 10,9 |
| BASRI total, puntuación | 5,6 ± 3,9 |
| VSG, mm/h | 23 ± 17 |
| PCR, mediana (min.-máx.) | 1,88 ± 0,01-200 |

AsQol: Ankylosing Spondylitis Quality of Life; BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Activity Index; BASRI: Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index; EVA: escala visual analógica (cm); PCR: proteína C reactiva; SF12: Short Form Health Survey; VSG: velocidad de sedimentación globular. Valores expresados como media ± desviación estándar, excepto donde se indique.

Además presentaron más frecuencia de dolor lumbar inflamatorio y sacroileítis, con puntajes significativamente mayores en BASFI, EVA del dolor y BASRI (del inglés Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index) ($p < 0,05$) comparados con los pacientes con APs. En éstos, en cambio, se observó una afectación articular periférica mayor y dactilitis. El tratamiento con agentes biológicos fue más frecuente en el grupo con EA. Ambos grupos presentaron antecedentes familiares similares, valores de velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR) y puntajes de BASDAI, AsQol y SF12 (del inglés Short Form Health Survey) (tablas 5-7).

Discusión

Nuestro estudio describe las características de una cohorte argentina de pacientes con SpA, evaluados en 11 centros de reumatología de Argentina. Encontramos una frecuencia elevada de APs (46,7%), lo cual difiere de lo presentado por la serie mexicana (publicada en esta misma revista), donde predominaron los pacientes con EA. El retraso al diagnóstico, importante determinante en la evolución funcional de estos pacientes, fue de 7 años en nuestra serie. Las razas blanca y blanca-indígena fueron las más prevalentes. Si bien el 15% presentó algún tipo de discapacidad laboral, el 60% trabajaba en el momento de la evaluación. Aunque en Argentina aún hay numerosos habitantes con necesidades básicas insatisfechas y analfabetos¹⁶, los pacientes con SpA tuvieron grados de estudios aceptables (casi el 80% entre estudios secundarios y universitarios) y condiciones de alojamiento buenas y óptimas, de acuerdo a la clasificación utilizada. Respecto a la prevalencia de HLA-B27, observamos una proporción similar de pacientes positivos y negativos al considerar todo el grupo de SpA. Sin embargo, al diferenciarlos, ésta fue significativamente mayor en EA y muy baja en APs. Estudios previos demostraron que el HLA-B27 no puede explicar por sí solo la aparición de SpA como aquél, en el cual la presencia de este HLA está presente sólo en el 9% de las ARE descriptas¹⁷. Aparentemente, habría diferencias cuantitativas en la expresión de B27 en linfocitos de pacientes con EA que explicarían la susceptibilidad o no de tener la enfermedad. Además, las citocinas como el TNF tendrían un papel en esta expresión incrementada de B27^{18,19}. Si bien en nuestra población, que incluye a diferentes provincias de Argentina, la proporción de pacientes con SpA y HLA-B27 negativos es elevada, no se comparó la prevalencia de HLA en población sana. La presentación clínica es la clásica para las 2 entidades más frecuentes: predominantemente axial en EA y periférica en APs. Dado que predominaron los pacientes con APs, las manifestaciones asociadas con un número mayor de casos fueron dactilitis y afección ungueal.

TABLA 5. Comparación de los principales parámetros entre las SpA más frecuentes de Argentina

| Datos demográficos | EA (n = 120) | APs (n = 185) | p |
|----------------------------|--------------|---------------|----------|
| Varones | 92 | 83 | < 0,0001 |
| Mujeres | 28 | 102 | < 0,0001 |
| Edad, años | 45,2 ± 15,7) | 52,1 ± 14,4 | 0,0001 |
| Edad de inicio, años | 33 ± 16,5 | 43,3 ± 14,9 | < 0,0001 |
| Tiempo de evolución, años | 12 ± 9,8 | 9,9 ± 8,2 | NS |
| Historia familiar de SpA | 21 (19) | 34 (19) | NS |
| Grupo étnico, n | | | |
| Blanca | 88 | 126 | |
| Indígena + blanca-indígena | 25 | 56 | 0,03 |
| Estudios | | | |
| Universitarios | 30 (25) | 37 (20) | |
| Primarios | 27 (22,5) | 54 (29) | NS |
| Incapacidad laboral | 32 (27) | 15 (8) | < 0,0001 |

APs: artritis psoriásica; EA: espondiloartritis anquilosante; NS: no significativo; SpA: espondiloartritis.

Valores expresados como media ± desviación estándar y número (%).

Los pacientes con EA fueron predominantemente de sexo masculino y más jóvenes que aquéllos con APs. Éstos presentaron, además, una prevalencia mayor de incapacidad laboral.

TABLA 6. Características clínicas y terapéuticas de las SpA más prevalentes

| Características clínicas y terapéuticas | EA | APs | P |
|---|---------|----------|----------|
| Lumbalgia inflamatoria | 89 (74) | 81 (44) | < 0,0001 |
| Artritis de las extremidades inferiores | 64 (53) | 142 (77) | < 0,0001 |
| Entesitis | 34 (28) | 63 (34) | NS |
| Dactilitis | 23 (19) | 73 (39) | < 0,0001 |
| Sacroileítis | 56 (47) | 45 (24) | < 0,0001 |
| Tratamiento con biológicos | 21 (18) | 14 (8) | 0,007 |
| HLA-B27 positivo* | 28 (72) | 5 (14) | < 0,0001 |

APs: artritis psoriásica; EA: espondiloartritis anquilosante; NS: no significativo; SpA: espondiloartritis.

Valores expresados como número (%).

*HLA-B27 fue determinado en 39 de los 120 pacientes con EA y en 36 de los 185 con APs.

Los pacientes con EA presentaron una frecuencia mayor de lumbalgia inflamatoria y sacroileítis, y aquellos con APs, una frecuencia mayor de artritis y dactilitis. El tratamiento con agentes biológicos fue más utilizado en EA.

En nuestra serie, la EA fue la enfermedad con más afectación funcional, la cual se refleja en índices de discapacidad más elevados, más afectación radiológica, más dolor por EVA y una frecuencia mayor de tratamiento con agentes biológicos, a pesar de que los pacientes tiene una edad menor y un tiempo igual de evolución que aquéllos con APs.

Si bien nuestro estudio tiene la limitación de tratarse de una descripción observacional, con el sesgo que puede

TABLA 7. Clinimetría de las SpA más prevalentes de Argentina

| Clinimetría | EA (n = 120) | APs (n = 185) | p |
|---------------------------|--------------|---------------|----------|
| EVA dolor nocturno | 4,1 (3,3) | 2,9 (3,2) | 0,0023 |
| EVA dolor | 4,3 (3,3) | 3,04 (3) | 0,0012 |
| EVA global | 5 (2,9) | 4,4 (2,8) | NS |
| BASDAI, puntuación | 4,2 (2,5) | 3,9 (2,5) | NS |
| BASFI, puntuación | 3,9 (3) | 3,2 (3) | NS |
| AsQoL, puntuación | 6,8 (5,4) | 6 (5,3) | NS |
| SF 12 físico, puntuación | 35 (10,4) | 36 (0,8) | NS |
| BASRI total, puntuación | 8,7 (3,7) | 4,6 (3,2) | < 0,0001 |
| BASRI columna, puntuación | 7,3 (2,9) | 4,08(2,7) | < 0,0001 |
| VSG mm/h | 24,5 (18) | 23 (18) | NS |

APs: artritis psoriásica; AsQoL: Ankylosing Spondylitis Quality of Life; BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Activity Index; BASRI: Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index; EA: espondiloartritis anquilosante; EVA: escala visual analógica (cm); NS: no significativo; PCR: proteína C reactiva; SF12: Short Form Health Survey; SpA: espondiloartritis; VSG: velocidad de sedimentación globular.

Valores expresados como media ± desviación estándar.

Los pacientes con EA presentaron en el momento de la evaluación una EVA de dolor mayor y una puntuación mayor en el score radiológico. En el resto de los parámetros estudiados, los resultados fueron similares al grupo con APs.

significar la obtención de datos de diferentes centros y los métodos de selección de los pacientes, presenta la primera aproximación a las características clínicas de las SpA de Argentina.

Conclusiones

La población de pacientes argentinos con SpA presenta una frecuencia elevada de APs, y pocos casos de SpA indiferenciadas.

Los pacientes con EA presentan una afectación axial mayor que aquellos con AP.

Las manifestaciones extraarticulares más frecuentes fueron dactilitis y afectación ungueal.

En general, los pacientes con EA presentan una afectación funcional más elevada, más dolor y daño radiológico, y con más frecuencia reciben tratamiento con anti-TNF.

Bibliografía

- Citera G. Espondiloartropatías seronegativas. En: Maldonado-Cocco JA, editor. *Reumatología*. 1.ª ed. Editorial Americana de publicaciones; 2000. p. 331-5.
- Calin A, Elswood J, Riggs S, Skevington S. Ankylosing Spondylitis. An analysis review of 1500 patients. The changing pattern of disease. *J Rheumatol*. 1988;15:1234-8.
- Khan MA. Update on Spondyloarthropathies. *Ann Intern Med*. 2002;136:896-907.
- Wagener P, Mau W, Zeidler H, Eckert G, Robin-Winn M, Deicher H. HLA-B27 and Clinical Aspects of Ankylosing Spondylitis: Results of prospectives studies. *Immunol Rev*. 1985;86:93-100.
- López de Castro JA. The pathogenic role of HLA-B27 in chronic arthritis. *Curr Opin Immunol*. 1998;10:59-66.
- González S, Martínez-Borra J, López-Larrea C. Immunogenetics, HLA-B27 and spondyloarthropathies. *Curr Opin Rheumatol*. 1999;11:257-64.
- Alvarez I, López de Castro JA. HLA-B27 and Immunogenetics of spondyloarthropathies. *Curr Opin Rheumatol*. 2000;12:248-53.
- Citera G, Schneeberger EE, Anaya JM, Maldonado-Cocco JA. TNF alpha and IL1 beta genetic polymorphism and risk factor for ankylosing spondylitis. Confirming evidence in Argentina. *Ann Rheum Dis*. 2007;66:387.
- Berman A, Lucero E, Spindler A. Artritis Psoriásica. En: Valle Oñate R, Espinoza L, Londoño Patiño J, editores. *Espondiloartropatías*. 2007. p. 216-30.
- Molina MJ, Berman A, Sueldo R, Spindler A, Lucero E. *Rev Arg Reumatol*. 2007;2:26-31
- Rodríguez Gil G, Citera G, Granel A, Arturi A, Maldonado Cocco JA. Caracterización clínica e inmunogenética de pacientes con artritis psoriásica. *Rev Arg Reumatol*. 2002;13:26.
- Boonen A, Chorus A, Miedema H, Van der Heijde D, Van der Tempel H, Van der Linden SJ. Employment, work disability, and work days lost in patients with ankylosing spondylitis: a cross sectional study of Dutch patients. *Ann Rheum Dis*. 2001;60:353-8.
- Allaire SH. Update on work disability in rheumatic diseases. *Curr Opin Rheumatol*. 2001;13:93-8.
- Barlow JH, Wright CC, Williams B, Keat A. Work disability among people with ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum*. 2001;45:424-9.
- Marengo MF, Schneeberger EE, Citera G, Maldonado Cocco JA. Work status among patients with ankylosing spondylitis in Argentina. *J Clin Rheumatol*. 2008. En prensa.
- INDEC-Instituto Nacional de Estadísticas y Censos- Argentina- Estadísticas reportadas al 30/5/2008.
- Schieller UP, Krogfelt K, Loch HA. Comparison of Self-reported Joint Symptoms Following Infection with Different Enteric Pathogens: Effect of HLA-B27. *J Rheumatol*. 2008;35:480-7.
- Cauli A, Dessole G, Fiorillo MT. Increased level of HLA-B27 expression in ankylosing spondylitis patients compared with healthy HLA-B27-positive subjects: a possible further susceptibility factor for the development of disease. *Rheumatology*. 2002;41:1375-9.
- Gaston JS. How much HLA-B27 expression is needed for spondyloarthritis? *J Rheum*. 2008;35:238-40.