

Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): Brasil. Informe del Registro Brasileño de Espondiloartritis

Percival D. Sampaio-Barros^a, Célio R. Gonçalves^b, José Antonio Braga da Silva^c, Antonio Carlos Ximenes^d, Valderílio F. Azevedo^e, Washington A. Bianchi^f, Rubens Bonfiglioli^g, Sueli Coelho da Silva Carneiro^h, Hellen Mary da Silveira de Carvalhoⁱ, Marco Antonio Parreiras de Carvalho^j, Rozana M. Cicconelli^k, Izaias Pereira da Costa^l, Angela P. Duarte^m, Maria Bernadete O. Gaviⁿ, Mauro W. Keiserman^ñ, Charles Kohem^o, Nocy H. Leite^p, Sonia Anti L. Lima^q, Eduardo S. Meirelles^r, Ivânio A. Pereira^s, Elizandra Polito^t, Sandra Lúcia E. Ribeiro^u, Francisco Airton C. Rocha^v, Mittermayer B. Santiago^w, Maria de Fátima Lobato C. Sauma^x, Telma L. Skare^y, Roberto Acayaba de Toledo^z, Walber P. Vieira¹, Geraldo da Rocha Castelar Pinheiro² y Fernando Neubarth³

^aUniversidade Estadual de Campinas. Campinas. Brasil.

^bUniversidade de São Paulo. São Paulo. Brasil.

^cUniversidade de Brasília. Brasília. Brasil.

^dHospital General de Goiânia. Goiânia. Brasil.

^eUniversidade Federal do Paraná. Curitiba. Brasil.

^fSanta Casa do Rio de Janeiro. Brasil.

^gPontifícia Universidade Católica. Campinas. Brasil.

^hUniversidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Brasil.

ⁱHospital de Base. Brasília. Brasil.

^jUniversidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. Brasil.

^kUniversidade Federal de São Paulo. São Paulo. Brasil.

^lUniversidade Federal do Mato Grosso do Sul. Campo Grande. Brasil.

^mUniversidade Federal de Pernambuco. Recife. Brasil.

ⁿUniversidade Federal do Espírito Santo. Vitória. Brasil.

^oPontifícia Universidade Católica. Porto Alegre. Brasil.

^pUniversidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Brasil.

^qFaculdade de Medicina Souza Marques. Rio de Janeiro. Brasil.

^rHospital do Servidor Público Estadual. São Paulo. Brasil.

^sInstituto de Ortopedia y Traumatología. Universidade de São Paulo. São Paulo. Brasil.

^tUniversidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. Brasil.

^uSanta Casa de Belo Horizonte. Brasil.

^vUniversidade Federal do Amazonas. Manaus. Brasil.

^wUniversidade Federal do Ceará. Fortaleza. Brasil.

^xEscola de Saúde Pública de Bahia. Salvador. Brasil.

^yUniversidade Federal do Pará. Belém. Brasil.

^zHospital Evangélico de Curitiba. Curitiba. Brasil.

¹Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto. Brasil.

²Hospital General de Fortaleza. Fortaleza. Brasil.

³Director Científico de la Sociedad Brasileña de Reumatología. Rio de Janeiro. Brasil.

³Presidente de la Sociedad Brasileña de Reumatología. Porto Alegre. Brasil.

Antecedentes: La prevalencia de las espondiloartritis en el mundo varía de acuerdo con la región. Aunque se conocen las características clínicas de las espondiloartritis en poblaciones relativamente “puras” desde el punto de vista genético, estos aspectos se desconocen en bases genéticas mixtas como en Brasil.

Objetivo: Describir el perfil clínico de las espondiloartritis en un grupo grande de pacientes brasileños.

Material y métodos: En el período 2006-2007, 28 centros universitarios brasileños utilizaron un protocolo de investigación común para evaluar variables epidemiológicas, clínicas y radiológicas de 1.036 pacientes consecutivos con espondiloartritis. Además, se aplicaron traducciones validadas del BASDAI (del inglés Bath

Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) y BASFI (del inglés Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index) para el portugués.

Resultados: El mayor grupo estuvo constituido por la espondilitis anquilosante (72,3%) y luego la artritis psoriásica (13,7%), las espondiloartritis indiferenciadas (6,3%), artritis reactivas (3,6%), espondiloartritis juveniles (3,1%) y artritis relacionadas con enfermedad inflamatoria intestinal (1,0%). La mayoría de los pacientes eran varones (73,6%), de los cuales un 59,5% eran blancos; un 25,9%, afrobrasileños (5,2% negros puros y 20,7% pardos o mulatos) y un 14,6%, mestizos. La media \pm desviación estándar de edad al inicio de los síntomas fue de 31 \pm 13,6 años. La mayoría de los pacientes (47,9%) tuvo afección mixta (axial, periférica y entesopática). Las manifestaciones extraaxiales más frecuentes fueron coxitis (51,6%), artritis en las extremidades inferiores (45,4%) y superiores (21,3%), entesitis periférica (24,7%) y dactilitis (7,7%). La afección extraarticular más frecuente fue la uveítis anterior (20,2%). La frecuencia del complejo mayor de histocompatibilidad, HLA-B27, fue del 69,5% y la historia familiar de espondiloartritis definida de un 16,2%. El BASDAI promedio fue de 4,12 y el BASFI, de 4,53. **Conclusiones:** Este estudio muestra que la espondilitis anquilosante es la espondiloartritis más frecuente en la

El acceso al software electrónico del Registro Brasileño de Reumatología fue posible con el apoyo financiero del laboratorio Wyeth Brasil, que no interfirió en el desarrollo del contenido del protocolo científico, ni en su análisis estadístico.

Correspondencia: Dr. P.D. Sampaio-Barros.
Disciplina de Reumatología. Departamento de Clínica Médica.
Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas
Barão Geraldo. 13081-970 Campinas. São Paulo. Brasil.
Correo electrónico: pdsampaibarros@uol.com.br;
psbarros@fcm.unicamp.br

población brasileña, caracterizada por una gran heterogeneidad étnica y afectación periférica.

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

RESPONDIA. Iberoamerican Spondyloarthritis Registry: Brazil. Report of the Brazilian Spondyloarthritis Registry

Background: The prevalence of spondyloarthritis (SpA) varies around the world. The clinical and radiological picture of SpA in populations of pure genetic background is well known, but there are no large studies analyzing populations of mixed genetic background like the Brazilian.

Objective: To describe the epidemiological profile of a large series of Brazilian SpA patients.

Methods: During the period 2006-2007, 28 university centers in Brazil used a standardized protocol of investigation to study epidemiologic, clinical and radiological variables of 1,036 consecutive SpA patients. Validated translated versions of BASDAI and BASFI to Portuguese were applied.

Results: The series was formed by patients with ankylosing spondylitis (AS) (72.3%), psoriatic arthritis (13.7%), undifferentiated SpA (6.3%), reactive arthritis (3.6%), juvenile SpA (3.1%), and arthritis related to inflammatory bowel disease (1.0%). There was predominance of male patients (73.6%). Regarding race, 59.5% were Caucasians, 25.9% African-Brazilians (5.2% pure black and 20.7% Mulattos), and 14.6% from other origins (mixture of white, black, indigenous and/or East Asians). Mean age was 43.7 ± 12.6 years and mean age at onset was 31 ± 13.6 years. Pure axial disease was referred by 36.7% of the patients, whilst pure peripheral involvement was observed in 10.7% and pure enthesal disease in 4.7%; the mixed pattern (axial, peripheral and enthesal) was observed in 47.9%. The most common extra-articular involvement was anterior uveitis, referred by 20.2% of the patients. HLA-B27 was positive in 69.5% of the tested patients, and familial history of a defined SpA was referred by 16.2%. Mean BASDAI was 4.12 and mean BASFI was 4.53.

Conclusions. This first large series of Brazilian SpA patient's reveals AS as the most common presentation, race heterogeneity, and a high frequency of peripheral involvement.

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

Aunque hay descripciones de pacientes con probable espondiloartritis desde hace milenios¹, el concepto tal y

como lo conocemos hoy es muy reciente, probablemente no más allá de la década de los años setenta del siglo pasado², cuando se descubrió la asociación entre el antígeno HLA-B27 y la espondilitis anquilosante (EA)^{3,4}. En la última década, con la mejoría de las posibilidades terapéuticas de las espondiloartritis, en diversos estudios se ha mostrado una prevalencia mayor a la que se pensaba⁵⁻⁷. Se desconocen la frecuencia, la incidencia y la prevalencia de las espondiloartritis en la población general brasileña.

Las descripciones clínicas de pacientes con EA en poblaciones brasileñas se iniciaron en los años setenta, con los estudios pioneros de Verztman en Rio de Janeiro⁸, Chahade et al⁹ en São Paulo y Rachid en Paraná¹⁰; en estos estudios se encontró que el 75-86,7% de los pacientes tenía HLA-B27. En estudios posteriores en población más mezclada, se encontraron frecuencias menores¹¹⁻¹³. En el mayor grupo de pacientes con EA estudiados en Brasil (n = 147) la frecuencia de HLA-B27 alcanzó el 78,2% del total¹⁴, y el principal alelo es el HLA-B*2705^{15,16}.

La enfermedad es más frecuente en varones de ascendencia blanca⁸⁻¹⁴. En individuos de raza negra es muy poco frecuente, pero en mestizos (*pardos o mulatos*, originarios de la mezcla de blancos y negros) puede ser semejante a aquella de poblaciones blancas¹⁴. La EA es la más frecuente de las espondiloartritis juveniles¹⁷. En los estudios sobre las espondiloartritis indiferenciadas en Brasil, se ha mostrado que un número significativo de pacientes desarrolla EA después de algunos años de seguimiento y que tanto el HLA-B27 como los antígenos de reacción cruzada (CREG) son factores pronósticos importantes^{18,19}.

La psoriasis es una enfermedad que puede afectar al 1-2% de la población general. En términos medios, la artritis psoriásica se presenta en el 5-10% de los pacientes con psoriasis²⁰. En estudios recientes se han encontrado polimorfismos del HLA clases I y II y microsatélites del *locus* del factor de necrosis tumoral (TNF) asociados a predisposición genética en la psoriasis vulgar que ocurre en la población brasileña^{21,22}; la forma de artritis psoriásica más frecuente es la oligoarticular^{23,24}, y el alelo del HLA-B27 más frecuente fue el HLA-B*2705, en un único estudio²⁴.

El concepto de las artritis reactivas se ha ampliado en las últimas décadas, incluido un número considerable de pacientes con infecciones gastrointestinales y genitourinarias²⁵. Los pacientes con artritis reactiva incluidos en el grupo de las espondiloartritis no son frecuentes en Brasil, y representan una fuerte asociación con el HLA-B27²⁶. En un grupo de pacientes brasileños con artritis enteropática, asociada a la enfermedad de Crohn y a la colitis ulcerosa, se encontró oligoartritis asimétrica predominante y una frecuencia baja de afección ocular y HLA-B27 positivo²⁷.

Brasil es una nación de grandes dimensiones que necesita tener una evaluación mejor de las características clí-

nicas y radiológicas de sus pacientes con espondiloartritis, por lo que se instauró el Registro Brasileño de Espondiloartritis (RBE). Asimismo, la inclusión de los datos en la base RESPONDIA (Registro Iberoamericano de Espondiloartritis) permitirá identificar las similitudes y las diferencias en la expresión clínica e inmunogenética, así como los aspectos demográficos de las espondiloartritis en países iberoamericanos y tratar de determinar si hay o no un patrón clínico similar.

El propósito de este trabajo es presentar un análisis descriptivo de las principales características de las espondiloartritis en la población brasileña incluida en el grupo RESPONDIA.

Material y métodos

Este trabajo es un análisis descriptivo y transversal de la información recogida acerca de pacientes brasileños con espondiloartritis entre enero del 2006 y diciembre del 2007, y almacenada en línea en la página electrónica del grupo REGISPONSER (Registro de Espondiloartritis de la Sociedad Española de Reumatología). La metodología general, incluidos los criterios de inclusión, las variables recogidas, el funcionamiento del sistema electrónico y el análisis de los datos están expuestos en el artículo de Vázquez-Mellado et al que aparece en este mismo monográfico.

El BASDAI (del inglés Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)²⁸ y el BASFI (del inglés Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index)²⁹ se tradujeron y validaron para el portugués de Brasil³⁰.

Sitios clínicos

El estudio se llevó a cabo en 28 centros del país, en 14 Estados y en el Distrito Federal, lugares que representan las 5 grandes regiones geográficas del país. En la región Sudeste, participaron 13 centros (7 en São Paulo, 3 en Rio de Janeiro, 2 en Minas Gerais y uno en Espírito Santo); en la región Sur, 5 centros (2 en Paraná y 2 en Rio Grande do Sul, y uno en Santa Catarina); en la región Centro-Oeste, 4 centros (2 en el Distrito Federal, uno en Goiás y otro en Mato Grosso do Sul); en la región Nordeste, 4 centros (2 en Ceará, uno en Bahía y otro en Pernambuco), y, en la región Norte, 2 centros (uno en Amazonas y otro Pará).

Características principales del país y la población brasileña

De acuerdo con el Instituto Brasileiro de Geografía e Estatística (IBGE), el área total del territorio brasileño es de 8.514.876 km², con 27 Estados y 5.564 ciuda-

des. La población estimada del país en 2007 fue de 183.887.291 personas. De acuerdo con el último censo demográfico (2000), el 50,8% de la población brasileña es de sexo femenino, un 29,6% jóvenes (≤ 15 años de edad), 5,9% adultos en plenitud (≥ 65 años de edad) y el 81,2% vive en zonas urbanas. La tasa de crecimiento de la población brasileña en la primera década del siglo XXI fue de 1,27%/año. La tasa de analfabetismo es del 10,2% y el desempleo, de 7,1%. El producto interno bruto (PIB) es de 2.232.936.000.00 reales, y la renta per cápita (estimada) es de 12.491,00 reales/año.

Por ser una nación caracterizada por una intensa mezcla racial, el concepto de raza es complejo en Brasil. En el censo de 2005, el 49,9% de los brasileños se declararon blancos (de origen europeo, predominantemente portugueses, español o italiano); el 43,2%, mestizos (en su mayoría *pardos*, fruto de la mezcla de blancos y negros); el 6,3%, negros; el 0,5%, amarillos (descendientes de pueblos asiáticos, principalmente japoneses), y el 0,4%, indígenas.

Análisis

El análisis estadístico de este estudio es fundamentalmente descriptivo.

Resultados

Se incluyó a 1.036 pacientes en este estudio. El diagnóstico más frecuente fue de EA (72,3%), seguido de artritis psoriásica (13,7%), espondiloartritis indiferenciadas (6,3%), artritis reactivas (3,6%), espondiloartritis juveniles (3,1%) y artritis enteropática (1,0%). Entre los pacientes con EA, el 5,6% presentó psoriasis y el 2,4%, enfermedad inflamatoria intestinal.

Hubo predominio de varones (mezcla de blancos, negros, indígenas y/o amarillos). El promedio de edad al inicio de los síntomas fue de $31 \pm 13,6$ años, y el promedio de edad al incluirlos en el estudio, de $43,7 \pm 12,6$ años. La enfermedad se inició antes de los 50 años en el 92,7% de los casos. El HLA-B27 fue positivo en el 69,5% de los pacientes estudiados y la historia familiar fue positiva en el 16,2% de los pacientes. En el 36,7% de los pacientes se observó afección axial; en el 10,7%, artritis periférica, y en el 4,7%, entesitis periférica aislada. La mayoría de los pacientes (47,9%) tuvo afección axial, artritis periférica y entesitis combinadas. La manifestación inicial más frecuente (65,5%) fue lumbalgia inflamatoria.

Las manifestaciones extraaxiales más frecuentes fueron coxitis (51,6%), artritis de las extremidades inferiores (45,4%), artritis de las extremidades superiores (21,3%), entesitis periférica (24,7%) y dactilitis (7,7%).

En relación con las manifestaciones extraarticulares, el 20,2% de los pacientes había tenido uveítis anterior. En

general, pocos casos tuvieron otro tipos de afección extraarticular (renal en el 1,4%, pulmonar en el 1,1% y neurológica en el 0,8%). En el 11,4% de los pacientes se observó afección ungueal; en el 3,8%, balanitis, y en el 1,1%, prostatitis.

El promedio del BASDAI fue de $4,12 \pm 2,37$ y el promedio de BASFI fue de $4,53 \pm 2,80$. La escala visual analógica (EVA) global del paciente en la última semana fue de $4,68 \pm 2,86$, con la EVA de dolor de noche en la última semana de $3,95 \pm 3,10$, y la EVA de actividad de la enfermedad por el médico de $3,82 \pm 2,62$. El tratamiento de la mayoría de los pacientes había incluido antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (77%), glucocorticoides (7,5%), sulfasalacina (21,3%), metotrexato (26,2%) y bloqueadores del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) (5,4%).

Subgrupos

El análisis descriptivo de los 3 subgrupos principales –EA, artritis psoriásica y espondiloartritis indiferenciada– muestra algunas diferencias entre ellos (tabla 1).

Específicamente, las diferencias más importantes se encontraron en la edad de inicio, la intensidad del dolor, los síntomas y los signos por afectación del esqueleto axial, la artritis en las extremidades superiores, la artritis en las extremidades inferiores, entesitis y dactilitis.

Los pacientes con EA tuvieron una edad menor al inicio de los síntomas, una intensidad mayor del dolor por la noche, más incapacidad funcional (BASFI) y una frecuencia mayor de lumbalgia. Los pacientes con artritis psoriásica presentaron una frecuencia mayor de artritis en las extremidades superiores y dactilitis. Los pacientes con espondiloartritis indiferenciadas presentaron una frecuencia mayor de artritis en las extremidades inferiores y entesitis.

Discusión

Estos resultados preliminares del RBE en el grupo RESPONDIA son muy importantes, porque es la primera vez que se tiene una población tan grande de pacientes brasileños con espondiloartritis; de hecho, incluye las principales regiones geográficas del país,

TABLA 1. Descripción de los principales parámetros por subgrupos más importantes

	EA (n = 736)	APs (n = 139)	EInd (n = 64)	p*
Datos demográficos				
Varones	570 (77)	82 (59)	40 (62,5)	NS
Mujeres	166 (23)	57 (41)	24 (37,5)	NS
Edad al inicio	27,7 (11,4)	39,7 (12,2)	30,5(10,7)	0,000
Datos clínicos				
Historia familiar de SpA	125 (16,9)	21 (17,8)	7 (12,3)	NS
Dolor lumbar inflamatorio	548 (74,4)	52 (59,8)	37 (57,8)	0,000
Artritis, extremidades inferiores	278 (37,8)	90 (64,7)	42 (65,6)	0,000
Entesitis	170 (23,1)	26 (18,7)	30 (46,9)	0,000
Artritis, extremidades superiores	99 (13,5)	76 (54,7)	22 (34,4)	0,000
Dolor cervical	260 (35,3)	37 (26,6)	17 (26,6)	0,066
Dolor coxofemoral	225 (30,6)	25 (18)	11 (17,2)	0,001
Dactilitis	39 (5,3)	27 (19,4)	5 (7,8)	0,000
Clinimetría				
BASDAI, puntuación	$4,6 \pm 3,3$	$4,0 \pm 2,5$	$4,2 \pm 2,4$	NS
BASFI, puntuación	$4,9 \pm 2,7$	$4,0 \pm 2,9$	$3,2 \pm 2,6$	0,000
EVA dolor, última semana, noche	$4,2 \pm 3,3$	$3,3 \pm 3,2$	$4,0 \pm 3,3$	0,005
EVA global del paciente	$4,8 \pm 2,7$	$4,6 \pm 2,9$	$4,7 \pm 2,8$	NS

APs: espondiloartritis psoriásica; BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index; EA: espondiloartritis anquilosante; EInd: espondilitis indiferenciada; EVA: escala visual analógica (cm); SpA: espondiloartritis.

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

*ANOVA de una vía.

algunas nunca antes descritas en la bibliografía nacional o internacional. Después de su inicio en 2006 con 28 centros, el RBE pretende llegar a unos 40 centros a finales del 2008, para aún mejor caracterizar los distintos aspectos clínicos y epidemiológicos de las espondiloartritis en el mosaico de la población brasileña. El desarrollo de un protocolo de investigación de las espondiloartritis común fue importante, porque ayudó a montar estructuras ambulatorias específicas de evaluación y seguimiento de los pacientes afectados en diferentes instituciones universitarias en el país. La existencia del protocolo de investigación de la Sociedad Española de Reumatología (REGISPONSER) fue decisiva en la adopción por toda la comunidad iberoamericana involucrada en el estudio de las espondiloartritis. El protocolo español se tradujo al portugués y se validaron los instrumentos de evaluación, como el BASDAI y el BASFI³⁰. Después de casi 4 años de mucho trabajo, actualmente hay 10 países iberoamericanos que participan en el grupo RESPONDIA, con lo que esperamos tener un perfil de las espondiloartritis en esta vasta región para ampliar el conocimiento médico sobre un conjunto de enfermedades frecuentes y ofrecerles un tratamiento mejor.

La EA fue la enfermedad más frecuente en el grupo brasileño, con un 72,3% de casos. Como en Brasil algunos pacientes con artritis psoriásica oligoarticular son visitados por dermatólogos, algunos pacientes con artritis enteropática por gastroenterólogos y la mayoría de los pacientes con artritis reactivas tiene síntomas y signos autolimitados, es posible que la baja frecuencia aportada en este estudio sea resultado de sesgos de referencia de los pacientes. Con la ampliación del tiempo de evaluación y del número de pacientes, probablemente se podrá responder a esta duda.

La publicación reciente de un gran grupo de pacientes españoles con espondiloartritis (n = 1.385)³¹ también mostró que la EA era la enfermedad predominante (61%), seguida por la artritis psoriásica (21%), las espondiloartritis indiferenciadas (15%), las artritis reactivas (1,2%), las artritis enteropáticas (0,9%) y las espondiloartritis juveniles (0,9%), con una distribución parecida a la brasileña.

El predominio del sexo masculino no supuso una sorpresa, ya que la mayoría de los pacientes tenía EA. En la variable de la raza, los resultados fueron más interesantes. El porcentaje de pacientes blancos (59,5%) en el estudio fue mayor que el observado en la población general brasileña (49%), pero menor a la observada en países europeos (> 80%), donde la población blanca brasileña se originó. También nos llamó la atención el número significativo de pacientes *pardos* o mulatos (20,7%), los que tienen una enfermedad similar a sus ancestros blancos. El estudio más detallado de las poblaciones mestizas brasileñas (blancas, negras, indígenas y amarillas) se hará con la ampliación del tamaño de la muestra; su comparación

con otras poblaciones mestizas en Iberoamérica, como la mexicana y la peruana, es muy importante para comprender la evolución del perfil epidemiológico de las espondiloartritis en el continente americano.

Mientras que la EA fue la enfermedad más frecuente en nuestro grupo y la lumbalgia inflamatoria, el síntoma inicial más frecuente, la afección periférica estuvo presente en más de la mitad de los pacientes, una proporción mayor que la observada en poblaciones europeas^{5,6,31}. El 47,9% de los pacientes refirió la afección combinada (axial y periférica). Esta alta frecuencia de afección periférica en las espondiloartritis puede explicar la mejor respuesta terapéutica al metotrexato –demostrada en un estudio abierto brasileño en pacientes con EA³².

La única manifestación extraarticular frecuente en este grupo de pacientes brasileños fue la uveítis anterior, presente en el 20,2% de los casos. Esta cifra es un poco mayor que la encontrada en otros estudios brasileños^{33, 34} y menor que el promedio aportado en una revisión sistemática reciente de la bibliografía internacional³⁵.

La artritis psoriásica estuvo presente en 13,7% de los pacientes. Sería importante detallar las distintas presentaciones (oligoarticular, poliarticular, axial, entesítica, mutilante) desde el punto de vista clínico o con un estudio genético, ya que su asociación con el HLA-B27 es baja, comparado con las otras espondiloartritis.

El análisis de las opciones terapéuticas reveló que los AINE son los medicamentos más prescritos para este tipo de pacientes en Brasil (77%), lo que no difiere de lo que se hace en otros países. Debido a la frecuente afección periférica, la sulfasalazina y el metotrexato se utilizan en más del 20% de los casos. La baja proporción de pacientes que usa agentes biológicos anti-TNF (5,4%) es reflejo del poco uso de ellas en el 2007. Así, esperamos que esta proporción aumentará en los próximos años.

Agradecimientos

El grupo RESPONDIA de Brasil agradece a la Sociedad Española de Reumatología el apoyo ilimitado para llevar a cabo este proyecto. Asimismo, agradece a las Dras. Pilar Font y Elisa Muñoz por desarrollar la base de datos; al Prof. Eduardo Collantes-Estevez por el importante apoyo al desarrollo del protocolo en portugués; al Prof. Rubén Burgos-Vargas por la inestimable ayuda en la redacción de este artículo en español, y especialmente a la Dra. Janitzia Vázquez-Mellado por el trabajo de depuración y análisis de la base de datos brasileña.

Bibliografía

1. Feldtkeller E, Lemmel EM, Russell AS. Ankylosing spondylitis in the pharaohs of ancient Egypt. *Rheumatol Int.* 2003;23:1-5.

2. Moll JM, Haslock I, Macrae IF, Wright V. Associations between ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, Reiter's disease, the intestinal arthropathies, and Behçet's syndrome. *Medicine (Baltimore)*. 1974;53:343-64.
3. Schlosstein L, Terasaki PI, Bluestone R, Pearson CM. High association of an HL-A antigen, W27, with ankylosing spondylitis. *N Engl J Med*. 1973;288:704-6.
4. Brewerton DA, Hart FD, Nicholls A, Caffrey M, James DC, Sturrock RD. Ankylosing spondylitis and HL-A 27. *Lancet*. 1973;1:904-7.
5. Akkoc N, Khan MA. Epidemiology of ankylosing spondylitis and related spondyloarthropathies. En: Weisman MH, Van der Heijde D, Reveille JD, editors. *Ankylosing spondylitis and the spondyloarthropathies*. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2006. p. 117-31.
6. Braun J, Bollow M, Remlinger G, Eggens U, Rudwaleit M, Distler A, et al. Prevalence of spondylarthropathies in HLA-B27 positive and negative blood donors. *Arthritis Rheum*. 1998;41:58-67.
7. Saraux A, Guedes C, Allain J, Devauchelle V, Valls I, Lamour A, et al. Prevalence of rheumatoid arthritis and spondyloarthropathy in Brittany, France. *J Rheumatol*. 1999;26:2622-7.
8. Moraes JRF, Moraes MEH, Verztman L, Zamolyi JJ, Zamolyi MAJ, Braga JA. HLA-B27 e espondilite anquilosante. Estudo familiar. Resumos do IV Simpósio Brasileiro de Imunologia. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências ; 1978.
9. Chahade WH, El-Koury AB, Swarc IS. Incidência do HLA-B27 em espondilite anquilosante em caucásios brasileiros. Associação dos locos A, B e C/espondilite anquilosante/tuberculose pulmonar. *Rev Bras Reumatol*. 1979;19:23-6.
10. Rachid A. Espondilites anquilosantes. B27 positivas e B27 negativas. Coitejo clínico, laboratorial e radiológico. *Rev Bras Reumatol*. 1979;19:107-32.
11. Ramalho ES, Freitas GG, Kosminsky S, Cavalcanti FS, Menezes MFC, Leite MSS. Espondilite anquilosante: estudo epidemiológico em 30 casos. *Rev Bras Reumatol*. 1989;29:1-3.
12. Sauaya DR. Espondilite anquilosante: apresentação clínica. Dissertação de Mestrado em Medicina. Rio de Janeiro: Universidad Federal de Rio de Janeiro ; 1994.
13. Bomtempo CAS. Avaliação clínica, laboratorial e radiográfica em pacientes com espondiloartropatias, com especial referência ao antígeno leucocitário humano B27. Dissertação de Mestrado em Medicina. Universidad Federal de Minas Gerais ; 2004.
14. Sampaio-Barros PD, Bertolo MB, Kraemer MHS, Marques Neto JF, Samara AM. Primary ankylosing spondylitis: patterns of disease in a Brazilian population of 147 patients. *J Rheumatol*. 2001;28:560-5.
15. Uehara CB. Caracterização do gene HLA-B27 e seus subtipos de alelos em pacientes com espondilite anquilosante. Dissertação de Mestrado em Medicina. São Paulo: Universidad de São Paulo; 2001.
16. Conde RA, Sampaio-Barros PD, Donadi EA, Kraemer MHS, Persoli L, Coimbra I, et al. Frequency of the HLA-B27 alleles in Brazilian patients with ankylosing spondylitis. *J Rheumatol*. 2003;30:2511-2.
17. Faustino PC, Terreri MT, Andrade CT, Len C, Hilário MO. Características clínicas das espondiloartropatias na infância: análise de 26 pacientes. *Rev Ass Med Brasil* 2001;47:216-20.
18. Sampaio-Barros PD, Bertolo MB, Kraemer MHS, Marques Neto JF, Samara AM. Undifferentiated spondyloarthropathies: A 2-year follow-up. *Clin Rheumatol*. 2001;20:201-6.
19. Sampaio-Barros PD, Conde RA, Donadi EA, Kraemer MHS, Persoli L, Coimbra I, et al. Undifferentiated spondyloarthropathies in Brazilians: Importance of HLA-B27 and the B7-CREG alleles in characterization and disease progression. *J Rheumatol*. 2003;30:2632-7.
20. Gladman DD, Antoni C, Mease P, Clegg D, Nash P. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. *Ann Rheum Dis*. 2005;64 Suppl II:ii14-ii17.
21. Cardoso CB, Uthida-Tanaka AM, Magalhães RF, Magna LA, Kraemer MH. Association between psoriasis vulgaris and MHC-DRB, -DQB genes as a contribution to disease diagnosis. *Eur J Dermatol*. 2005;15:159-63.
22. Biral AC, Magalhães RF, Wastowski IJ, Simões R, Donadi EA, Simões AL, et al. Association of HLA-A, -B, -C genes and TNF microsatellite polymorphism with psoriasis vulgaris: a study of genetic risk in Brazilian patients. *Eur J Dermatol*. 2006;16:523-9.
23. Aslanian FM, Lisboa FF, Iwamoto A, Carneiro SC. Clinical and epidemiological evaluation of psoriasis : clinical variants and articular manifestations. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2005;19:141-2.
24. Bonfiglioli R, Conde RA, Sampaio-Barros PD, Louzada-Junior P, Donadi EA, Bertolo MB. Frequency of HLA-B27 alleles in Brazilian patients with psoriatic arthritis. *Clin Rheumatol* 2008;27:709-12.
25. Leirisalo-Repo M. Epidemiology of reactive arthritis. En: Ritchlin CT, FitzGerald O (editores). *Psoriatic and reactive arthritis*. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2007. p. 123-7.
26. Sampaio-Barros PD, Conde RA, Donadi EA, Bonfiglioli R, Costallat LT, Samara AM, et al. Frequency of HLA-B27 and its alleles in patients with Reiter syndrome: comparison with the frequency in other spondyloarthropathies and a healthy control population. *Rheumatol Int*. 2008;28:483-6.
27. Lanna CC, Ferrari ML, Rocha SL, Nascimento E, Carvalho MA, Cunha AS. A cross-sectional study of 130 Brazilian patients with Crohn's disease and ulcerative colitis: analysis of articular and ophthalmologic manifestations. *Clin Rheumatol*. 2008;27:503-9.
28. Garrett S, Jenkinson T, Kennedy LG, Whitelock H, Gaisford P, Calin A. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J Rheumatol*. 1994;21:2286-91.
29. Calin A, Garrett S, Whitelock H, Kennedy LG, O'Hea J, Mallorie P, et al. A new approach to defining functional ability in ankylosing spondylitis: the development of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. *J Rheumatol*. 1994;21:2281-5.
30. Cusmanich KG. Validação para a língua portuguesa dos instrumentos de avaliação de índice funcional e índice de atividade de doença em pacientes com espondilite anquilosante. Dissertação de Mestrado em Ciências, Faculdade de Medicina de la Universidad de São Paulo, Banco de Tesis Capes; 2006.
31. Collantes E, Zarco P, Muñoz E, Juanola X, Mulero J, Fernandez-Sueiro JL, et al. Disease pattern of spondyloarthropathies in Spain: description of the first national registry (REGISPONSER) – extended report. *Rheumatology*. 2007;46:1309-15.
32. Sampaio-Barros PD, Costallat LTL, Bertolo MB, Marques Neto JF, Samara AM. Methotrexate in the treatment of ankylosing spondylitis. *Scand J Rheumatol*. 2000;29:160-2.
33. Sampaio-Barros PD, Conde RA, Bonfiglioli R, Bertolo M, Samara AM. Characterization and outcome of uveitis in 350 patients with spondyloarthropathies. *Rheumatol Int*. 2006;26:1143-6.
34. Skare TL, Silva TQ, Pastro PC. Uveite nas espondiloartropatias : prevalência e relação com doença articular. *Arq Bras Oftalmol*. 2007;70:827-30.
35. Zeboulon N, Dougados M, Gossec L. Prevalence and characteristics of uveitis in spondylarthropathies: a systematic literature review. *Ann Rheum Dis*. 2008;67:955-9.