

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

El camino desde el dolor lumbar crónico

hasta el diagnóstico de la espondiloartritis

The path from chronic low back pain to the diagnosis of spondyloarthritis

Recibido: 25-10-2022 **Aceptado:** 15-03-2023 **Publicado:** 31-03-2023

DOI: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol31/1/2023/51-59>

Revista **MetroCiencia**
Volumen 31, Número 1, 2023
ISSNp: 1390-2989 **ISSNe:** 2737-6303
Editorial Hospital Metropolitano

El camino desde el dolor lumbar crónico hasta el diagnóstico de la espondiloartritis

The path from chronic low back pain to the diagnosis of spondyloarthritis

Marilú Mestanza-Peralta¹; Franklin Uguña-Sari²

RESUMEN

El dolor lumbar puede ser una de las primeras manifestaciones de las espondiloartritis, es importante identificarlo y evaluar sus manifestaciones clínicas, hacer un diagnóstico temprano e iniciar el tratamiento. Con el objetivo de lograr el control de la enfermedad, llevarle a remisión o a la más baja actividad clínica posible. Con esto se mejora la calidad de vida del paciente y se disminuye la frecuencia de ausentismo laboral.

Palabras clave: Lumbalgia, Espondiloartritis, Dolor de la Región Lumbar.

ABSTRACT

Low back pain can be one of the first manifestations of the spondyloarthritis, it is important to identify it and evaluate its clinical manifestations, make an early diagnosis and initiate treatment. In order to achieve control of the disease, bring it to remission or to the lowest possible clinical activity. This improves the patient's quality of life and reduces the frequency of absenteeism from work.

Keywords: Low back pain, Spondyloarthritis, Low Back Pain.

Marilú Mestanza-Peralta

 <https://orcid.org/0000-0003-4201-0066>

Franklin Uguña-Sari

 <https://orcid.org/0000-0002-3717-0092>

1. Médico Reumatólogo Hospital Metropolitano. Médico tratante de la fundación para las enfermedades reumáticas (FUNDARVI); Quito, Ecuador.
2. Médico reumatólogo del Hospital General del Sur de Quito- IESS. Médico tratante de la Fundación para las enfermedades reumáticas (FUNDARVI); Quito, Ecuador.



Usted es libre de:
Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.

Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

*Correspondencia: mmestanza_peralta@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El dolor se definió por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés), como la experiencia sensorial y emocional no placentera asociada a un daño actual o potencial en algún tejido¹.

La lumbalgia se refiere al dolor localizado en la región lumbar que abarca desde el borde inferior de la caja torácica hasta el sacro, y puede estar acompañado o no de radiculopatía².

El dolor en la lumbalgia puede provenir desde las estructuras inervadas por los nervios sinovertebrales, como son el anillo fibroso del disco intervertebral, el núcleo pulposo con inervación patológica, el ligamento longitudinal posterior y en algunos casos la estenosis foraminal inicial, etc. Así como desde las facetas articulares, los ligamentos y los músculos paravertebrales.

Las fibras nerviosas capaces de transmitir la información del dolor son las fibras A mielinizadas (delta y beta) y las fibras C desmielinizadas, para ello utilizan diferentes mediadores químicos que se han identificado: como la sustancia P, el péptido relacionado a calcitonina (CGRP) y el polipéptido intestinal vasoactivo³, también se han involucrado factores de crecimiento neuronal como el neurotrofin. Por otro lado, se han identificado a citocinas proinflamatorias como la IL-1 β , la IL-6 y el TNF en el proceso del dolor patológico⁴. Cuando se compararon con un grupo control se encontró valores altos de TNF (factor de necrosis tumoral) en aquellos pacientes con dolor crónico. Además, el TNF aislado también obtiene diferencias significativas entre los pacientes con dolor lumbar crónico y agudo⁵.

Es importante anotar que el TNF actúa en varias rutas de señalización a través de sus receptores presentes en las neuronas de la glía y desempeña papeles importantes tan-

to en la hiperalgesia inflamatoria como en la neuropática⁶.

METODOLOGÍA

Para esta revisión narrativa se han empleado varias formas de búsqueda de la literatura. Búsqueda en base de datos de internet, Pub/MEDLINE, Scopus. Luego de la eliminación de artículos duplicados, se procedió a clasificarles según su importancia, debido a la abundancia de información. Las palabras utilizadas fueron lumbalgia, espondilitis.

Epidemiología

Se calcula que hasta el 85% de los adultos presentarán lumbalgia durante su vida. En un estudio epidemiológico se reportó la prevalencia de lumbalgia sin antecedente de traumatismo en un 6% y una prevalencia de lumbalgia en general de 1%-58%, y en un periodo de un año es de 0.8%-82.5%⁷.

La incidencia del primer episodio en un año es de 6.3% al 15.4%, en cambio cualquier episodio o recurrencia se presenta del 1.5% al 36%.

Se ha demostrado que no es un problema exclusivo de la edad adulta, al parecer hay un patrón creciente en la infancia y adolescencia, sin diferencia entre géneros⁸.

Clasificación

Existen diferentes clasificaciones sobre el dolor lumbar, de acuerdo al tiempo de evolución, el origen, síntomas acompañantes como radiculopatía, y se debe tomar en cuenta todo, para la optimización en la evaluación del paciente.

De acuerdo al tiempo:

Lumbalgia aguda: Aquella con duración menor de seis semanas; el 50%-75% tendrán una resolución espontánea de los síntomas a las cuatro semanas, mientras que el 90% alcanzarán la remisión de su sintomatología en seis semanas.

Lumbalgia subaguda: Si el dolor tiene una duración entre seis semanas a tres meses.

Lumbalgia crónica: El dolor con duración mayor a los tres meses, ésta se caracteriza por exacerbaciones o recurrencias^{9,10}.

De acuerdo al origen:

Lumbalgia no específica: es la causa más común y ocurre en el 70% de los casos

Lumbalgia de origen mecánico: se presenta en el 27%, y se incluyen la enfermedad degenerativa del disco o facetaria y la hernia de disco.

Entre las causas menos prevalentes y no por ello menos importantes se encuentran aquellas de origen visceral o referido (no maligno) que representan el 2% de los casos (por ejemplo, aneurisma aórtico, enfermedades pélvicas o gastrointestinales).

Lumbalgia no mecánico o misceláneo: (1%) donde están incluidas las causas neoplásicas, inflamatorias, infecciosas y metabólicas.

La tercera clasificación: propuesta es la que incluye los signos y síntomas: lumbalgia no específica, lumbalgia con radiculopatía y lumbalgia con datos de alarma¹¹.

Cuando evaluamos el dolor lumbar es muy importante tomar en cuenta los síntomas acompañantes.

Dolor lumbar inflamatorio, que se caracteriza por un empeoramiento en el reposo, mejoría con la actividad física, rigidez matutina de la espalda, mejoría del dolor con el uso de antiinflamatorios. A estos le sumaremos los antecedentes personales como entesitis, tendinitis a repetición, uveítis, psoriasis, enfermedad intestinal inflamatoria, y los antecedentes familiares que debe recabarse y anotarse.

Otras manifestaciones clínicas con predominio de dolor lumbar inflamatorio, dolor

glúteo alternante, artritis de las extremidades inferiores y entesopatía¹².

Cuando hablamos de dolor lumbar inflamatorio obligadamente debemos buscar y descartar las espondiloartritis.

Espondiloartritis

Espondiloartritis (EspA) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta principalmente a las articulaciones vertebrales y sacroilíacas, y que, básicamente, evoluciona desde una forma sin afectación en la radiografía convencional (EsA axial no radiológica) hasta otra con sacroilitis radiológica (espondilitis anquilosante [EA]). Se ha estimado que su prevalencia está en torno al 0,7%.

Es conocido que la enfermedad debuta comúnmente de forma insidiosa, por lo general antes de los 45 años, con dolor lumbar crónico de tipo inflamatorio. Lo que debemos recordar es que la espondiloartritis pueden diagnosticarse aplicando una serie de criterios clínicos y radiológicos sencillos y apoyándose en el HLA B27. Sin embargo, pueden pasar entre 7 a 9 años desde el inicio de los síntomas hasta que se establece un diagnóstico¹³.

La enfermedad está fuertemente ligada al antígeno leucocitario humano B-27 (HLA B-27), con una prevalencia del 5-15% en pacientes con HLA B-27 positivo, que poseen un riesgo 20 veces mayor que la población sin este antígeno. En Latinoamérica la prevalencia de EA está cerca de los 10/10.000 habitantes¹⁴.

Históricamente, el grupo de las espondiloartritis (EspA) ha englobado diferentes entidades, siendo la más representativa la espondilitis anquilosante. Otras entidades dentro de este grupo incluyen la artritis psoriásica, la EspA asociada a enfermedad inflamatoria intestinal, la artritis reactiva y la EspA indiferenciada¹⁵.

Además de modificar el concepto de las EspA, los resultados de múltiples estudios llevados a cabo en las últimas décadas también han generado un enorme avance en este campo, todos estos avances han generado nuevos términos, abreviaturas o acrónimos en el campo de las EspA. Muy

importante y necesaria la estandarización de la nomenclatura que fue realizada por el grupo ASAS (Assessment of SpondyloArthritis International Society), en su consenso del 2020 con lo se clarificó el lenguaje, mejorando la comunicación tanto para los pacientes como para las publicaciones¹⁶. (Figura 1)

#	Término inglés (abreviatura)	Término español	Abreviatura
1	<i>Spondyloarthritis (SpA)</i>	Espondiloartritis	EspA
2	<i>Axial spondyloarthritis (axSpA)</i>	Espondiloartritis axial	EspAax
3	<i>Ankylosing spondylitis (AS), radiographic spondyloarthritis (r-SpA)</i>	Espondilitis anquilosante	EA
4	<i>Non radiographic axial spondyloarthritis (nr-axSpA)</i>	Espondiloartritis axial no radiográfica	EspAax-nr
5	<i>Peripheral spondyloarthritis (pSpA)</i>	Espondiloartritis periférica	EspAp
6	<i>Psoriatic arthritis (PsA)</i>	Artritis psoriásica	APs
7	<i>Inflammatory back pain (IBP)</i>	Dolor lumbar inflamatorio	DLI
8	<i>Magnetic resonance imaging of the sacroiliac joints (MRI-SIJ)</i>	Resonancia magnética de articulaciones sacroilíacas	RM-SI
9	<i>Bone marrow edema (BME)</i>	Edema de médula ósea	EMO
10	<i>Modified New York criteria (mNY)</i>	Criterios de Nueva York modificados	NYm

Figura 1. Términos y abreviaturas recomendadas por el grupo de expertos.

En los últimos años ha aparecido diferentes instrumentos de clasificación y sus respectivas modificaciones, con el objetivo entre otros de mejorar la sensibilidad e incluir pruebas diagnósticas más sensibles¹⁷.

En la actualidad, se tiende a hablar de la espondiloartritis como una enfermedad global y esto se logrado por la capacidad para realizar un diagnóstico de la enfermedad de forma más temprana mediante la aplicación de nuevas técnicas de imagen, los nuevos criterios de clasificación, el desarrollo de herramientas para monitorizar de forma más adecuada la actividad de la enfermedad y sus consecuencias, así como el empleo de

nuevas terapias eficaces para aliviar los síntomas y signos de la enfermedad.

Recientemente, los criterios de ASAS nos han permitido mejorar el diagnóstico precoz, clasificando la EspA en 2 grupos: EspA de predominio axial, incluyéndose la EA clásica (sacroilitis radiográfica que cumple criterios de Nueva York modificados) y la EspA axial pre-radiográfica o no radiográfica (con el apoyo de la RMN de sacroilíacas), y EspA de predominio periférico, incluyendo la artritis psoriásica, la reactiva, las asociadas a enfermedad inflamatoria intestinal y la EspA indiferenciada¹⁸.

Esto se muestra resumido en la (Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de las epondiloartitis con la introducción del concepto de EspA-Ax-Rx-no EA.

EspA axial	EspA periférica
EA (Rx+)	Artritis reactiva
EspA-Ax-n-Rx (RMN+ Rx-)	Artritis psoriásica
EspA-Ax-Rx-no EA (Rx+no EA, RMN-)	Artritis asociada a EIIC
	EsA indiferenciadas

EA: espondilitis anquilosante; EIIC: enfermedad inflamatoria intestinal crónica; EspA: espondiloartritis; EspA-Ax-n-Rx: espondiloartritis axial no radiográfica (o prerradiográfica); EspA-Ax-Rx-no EA: espondiloartritis axial radiográfica no espondilitis anquilosante; RMN: resonancia magnética; Rx: radiografía

Evidencia

Varios estudios demuestran que el principal problema en la espondiloartritis es el diagnóstico por múltiples factores siendo el principal el abordaje del dolor lumbar y la no derivación al reumatólogo ante signos y síntomas no convencionales de dolor lumbar crónico. Este fenómeno afecta de modo similar a otros países de nuestro entorno¹⁹.

Por ejemplo, el retraso medio diagnóstico de las EspA en España se conoce gracias al proyecto REGISPONSER, y es superior a 6 años²⁰.

Este retraso se debe tanto al inicio insidioso de la enfermedad como a la aplicación de criterios que requieren la presencia de “cambios avanzados”, como se ha comentado, y al hecho de que las EspA no son bien conocidas por el médico no especialista, tanto por problemas derivados de la formación académica como porque en ocasiones no cuenta con el apoyo adecuado de consultores en reumatología, el retraso en el diagnóstico conlleva una demora en la instauración del tratamiento más adecuado para cada paciente y las consecuencias adversas de la enfermedad no tratada pueden disminuir la calidad de vida del paciente, provocar bajas laborales prolongadas y aumentar la carga económica del proceso, además de favorecer el daño estructural ligado a la presencia de la enfermedad no tratada en los primeros años de evolución²¹.

Es por ello que se están diseñando estrategias que permitan derivar en fase precoz a los pacientes con sintomatología axial a consultas de Reumatología, lo que nos ayudaría a acortar los tiempos de diagnóstico y a optimizar el manejo terapéutico de estos pacientes en las fases más tempranas de la enfermedad. En el estudio RADAR²² se observó que el dolor lumbar de características inflamatorias es el criterio más utilizado y, a la vez, el más rentable, para establecer un mecanismo de derivación desde Atención Primaria (AP) a Reumatología.

No existe, sin embargo, ninguna recomendación consensuada con AP que especifique qué criterios hay que evaluar en un paciente con dolor lumbar crónico para decidir una derivación adecuada a Reumatología, sin embargo, hace varios años el grupo ASAS realizó las siguientes recomendaciones de derivación mediante la difusión de un recurso fácil de usar. Este recurso se detalla a continuación:

Los pacientes con dolor lumbar crónico (duración 23 meses) e inicio del dolor lumbar antes de los 45 años de edad deberían derivarse al reumatólogo si al menos una de las siguientes características está presente:

- Dolor lumbar inflamatorio;
- HLA-B27 positivo;
- Sacroilitis en imagen si está disponible (radiografía o resonancia magnética); Manifestaciones periféricas (artritis, entesitis, dactilitis);
- Manifestaciones extra-articulares (psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal, uveítis);
- Antecedentes familiares de EspA;
- Buena respuesta a anti-inflamatorios no esteroideos;
- Reactantes de fase aguda elevados.

El objetivo final de esta revisión es recordar sobre la existencia de la EspA a médicos no reumatólogos con el objetivo de que deriven de forma precoz un paciente con sospecha de espondiloartritis para mejorar la calidad de la atención con el objetivo de mejorar la calidad de vida y disminuir las complicaciones irreversibles e irreparables propias de esta patología como la limitación funcional y dependencia de terceros.

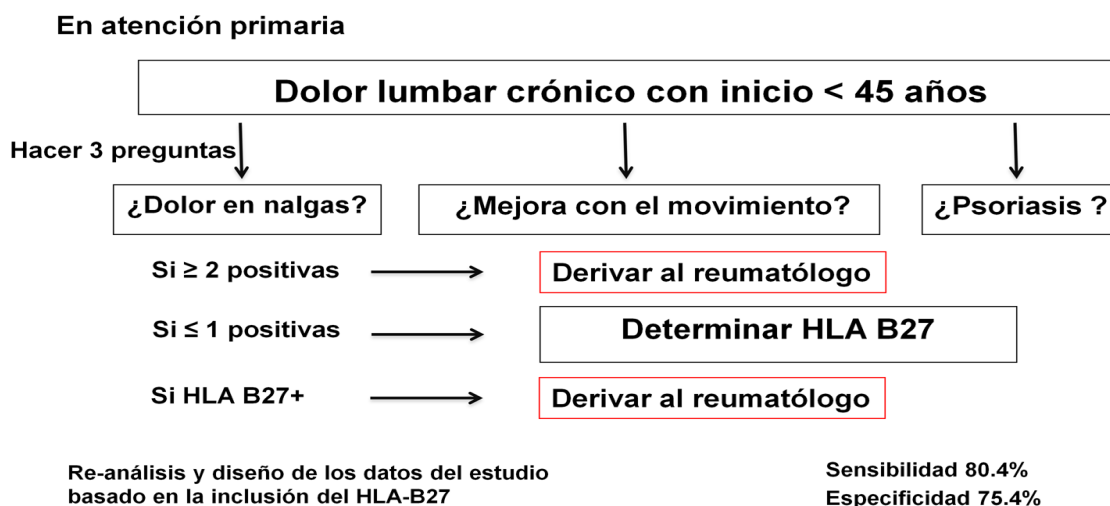


Figura 2. Una posible estrategia de derivación de 2 fases.

Fuente: <https://www.asas-group.org/education/>

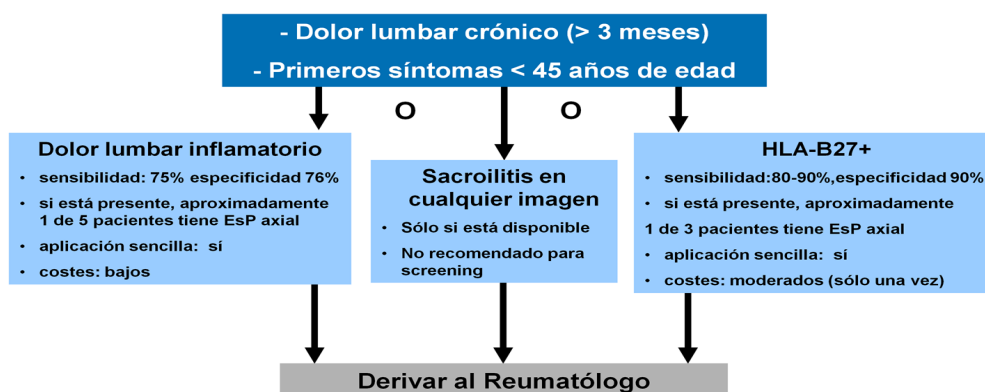


Figura 2. Posible Algoritmo de Cribado para Esp Axial en pacientes con dolor lumbar crónico.

Fuente: <https://www.asas-group.org/education/>

El objetivo final de esta revisión es recordar sobre la existencia de la EspA a médicos no reumatólogos con el objetivo de que deriven de forma precoz un paciente con sospecha de espondiloartritis para mejorar la calidad de la atención con el objetivo de mejorar la calidad de vida y disminuir las complicaciones irreversibles e irreparables propias de esta patología como la limitación funcional y dependencia de terceros.

DISCUSIÓN

Hasta hace pocos años el diagnóstico precoz quizá tuviera menos valor, habida cuenta de la ausencia de medidas eficaces. En la actualidad, algunos tratamientos en la EspA han demostrado efectos favorables en casi todos los aspectos relevantes de la enfermedad y de ahí la importancia del diagnóstico temprano y conocimiento de la patología de los médicos no reumatólogos, especialmente los que hacen atención primaria, traumatólogos, fisiatras.

Contribución de los autores

Mestanza-Peralta Marilú. Uguña –Sari Franklin: Concepción y diseño del trabajo, lectura y análisis de la bibliográfica, redacción del manuscrito, lectura crítica del documento, aprobación de la versión final.

Conflicto de intereses

Los autores declararon no tener ningún conflicto de interés personal, financiero, intelectual, económico y corporativo con el Hospital Metropolitano y los miembros de la revista MetroCiencia.

Financiación

El financiamiento para la realización de la presente investigación fue asumido por los autores.

Bibliografía

1. <http://www.iasppain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>.2012
2. **Manusov EG.** Evaluation and diagnosis of low back pain. *Prim Care* 2012; 39:471-479
3. **Salzberg L.** The physiology of low back pain. *Prim Care* 2012; 39:487-498
4. **Teodorczyk-Injeyan JA, Triano JJ, Injeyan HS.** Nonspecific Low Back Pain: Inflammatory Profiles of Patients With Acute and Chronic Pain *Clin J Pain.* 2019;35(10):818-25. DOI: 10.1097/AJP.0000000000000745.
5. **Boka G, Anglade P, Wallach D, Javoy-Agid F, Agid Y, Hirsch EC.** Immunocytochemical Analysis of Tumor Necrosis Factor and Its Receptors in Parkinson's Disease. *Neuroscience Letters.* 1994;172(1-2): 151-4. DOI: 10.1016/0304-3940(94)90684-x.
6. **Zhang JM, Jianxiong A.** Cytokines, Inflammation and Pain. *Int Anesthesiol Clin.* 2007;45(2):27-37. DOI: 10.1097/AIA.0b013e318034194e.
7. **Pelaez-Ballestas I, Flores-Camacho R, Rodriguez-Amado J, et al.** Prevalence of back pain in the community. A COPCORD-based study in the Mexican population. *J Rheumatol Suppl* 2011; 86:26-30
8. **Hoy D, Brooks P, Blyth F, et al.** The Epidemiology of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010; 24:769-781.
9. **Abordaje sistemático de la lumbalgia Ana Cecilia Arana-Guajardo, David Vega-Morales, Dionicio Ángel Galarza Delgado, Mario Alberto Garza-Elizondo.** *Medicina Universitaria* 2013;15(61):188-192
10. **Evaluation and diagnosis of low back pain.** *Prim Care* 2012; 39:471-479
11. **Dougados M, van der Linden S, Juhlin R, Huitfeldt B, Amor B, Calin A, Cats A, Dijkmans B, Olivieri I, Pasero G, et al.** The European Spondylarthropathy Study Group preliminary criteria for the classification of spondylarthropathy. *Arthritis Rheum.* 1991 Oct;34(10):1218-27. doi: 10.1002/art.1780341003. PMID: 1930310.
12. **J. Sieper, M. Rudwaleit.** Early referral recommendations for ankylosing spondylitis (including pre-radiographic and radiographic forms) in primary care. *Ann Rheum Dis,* 64 (2005), pp. 659-663
13. **E. Collantes, P. Zarco, E. Munoz, X. Juanola, J. Mulero, J.L. Fernandez-Sueiro, et al.** Disease pattern of spondyloarthropathies in Spain: Description of the first national registry (REGISPONSER) extended report. *Rheumatology (Oxford),* 46 (2007), pp. 1309-1315
14. **Dean LE, Jones GT, MacDonald AG, Downham C, Sturrock RD, Macfarlane GJ.** Global prevalence of ankylosing spondylitis. *Rheumatology(Oxford).*2014; 53:650-7
15. **Fernández Carballido C, Campos Fdez C, Calvo Catalá J y Grupo ESPERANZA.** Diagnóstico precoz de las espondiloartropatías en España: el programa ESPERANZA. *Reumat. Clin* 2010, Vol 6, extraer.1: 6-10
16. **V. Navarro-Compán et al.** Consenso ASAS en nomenclatura en español para las espondiloartritis *Reumatol Clin.* 2020;16(5):333-338
17. **Manuel José Moreno Ramos, Maria José Moreno Martinez, Luis Francisco Linares Ferrando.** 61 Espondiloartritis axiales: ¿se pueden clasificar todas? *Cartas al Editor/ Reumatol Clin* 2017; 13(1)
18. **M. Rudwaleit, D. van der Heijde, R. Landewé, N. Akkoc, J. Brandt, C.T. Chou, et al.** The Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS) Classification Criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *nn Rheum Dis.,* 70 (2011), pp. 25-31

19. **E. Feldtkeller, J. Bruckel, M.A. Khan.** Scientific contributions of ankylosing spondylitis patient advocacy groups. *Curr Opin Rheumatol*, 12 (2000), pp. 239-247
20. **Collantes, P. Zarco, E. Muñoz, X. Juanola, J. Mulero, J.L. Fernández-Sueiro, et al.** Disease pattern of spondyloarthropathies in Spain: description of the first national registry (REGISPONSER). *Rheumatology (Oxford)*, 46 (2007), pp. 1309-1315
21. **W.P. Maksymowych, N. Morency, B. Conner-Spady, R.G. Lambert.** Suppression of inflammation and effects on new bone formation in ankylosing spondylitis: Evidence for a window of opportunity in disease modification. *Ann Rheum Dis*, 72 (2013), pp. 23-28
22. **D. Poddubnyy, J. Vahldiek, I. Spiller, B. Buss, J. Listing, M. Rudwaleit, et al.** Evaluation of 2 screening strategies for early identification of patients with axial spondyloarthritis in primary care. *J Rheumatol*, 38 (2011), pp. 2452-2460

Cómo citar: Mestanza-Peralta M; Uguña-Sari F. El camino desde el dolor lumbar crónico hasta el diagnóstico de la espondiloartritis. *MetroCiencia* [Internet]. 31 de marzo de 2023; 31(1):51-59. Disponible en: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol31/1/2023/51-59>