

Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): Costa Rica

Ricardo Sáenz Castro

Servicio de Reumatología. Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia. San José. Costa Rica.

Se analizaron 33 casos de espondiloartropatías en un hospital de Costa Rica, incluidos dentro del grupo RESPONDIA. Los casos correspondían a 19 varones y 14 mujeres, con una edad media de 41,3 años, de los cuales 22 (61,7%) eran mestizos. Las manifestaciones clínicas más frecuentes al inicio de la enfermedad fueron dolor lumbar inflamatorio, artritis de las extremidades inferiores y entesitis. Un 57,1% de los pacientes presentaba HLA-B27 positivo. La espondilitis anquilosante y la espondiloartropatía indiferenciada fueron las formas clínicas más frecuentes, con 15 casos cada una.

Palabras clave: Espondilitis anquilosante. Artritis psoriática. Espondiloartritis. Sacroileitis. HLA-B27.

RESPONDIA. Iberoamerican Spondyloarthritis Registry: Costa Rica

Thirty-three patients with a diagnosis of spondyloarthropathies were analyzed in a Costa Rica Hospital, included in RESPONDIA Group. There were 19 male and 14 female patients, with a mean age of 41.3 years, and 22 (61.7%) of the patients were Hispanoamericans. Inflammatory back pain, arthritis of the lower limbs and enthesitis were the most common manifestations at disease onset. HLA-B27 was positive in 57, 1% of the cases. Ankylosing spondylitis (n = 15) and undifferentiated spondyloarthropathy (n = 15) were the most common clinical forms of disease.

Key words: Ankylosing spondylitis. Psoriatic arthritis. Spondyloarthritis. Sacroilitis. HLA-B27.

Se desconocen la frecuencia, la incidencia y la prevalencia de las espondiloartritis en la población costarricense. En cualquier país, la incidencia y la prevalencia de la espondilitis anquilosante en la población general dependen de la prevalencia del complejo mayor de histocompatibilidad, HLA-B27. Así, se estima que entre el 0,5 y el 1,0% de los portadores de este marcador en cualquier país tienen la enfermedad¹.

Teniendo en cuenta estas cifras y el hecho de que la prevalencia determinada del HLA-B27 en Costa Rica es del 6%², estimamos que el número de personas con espondilitis anquilosante en Costa Rica se podría encontrar entre 1.345 y 2.690 casos.

Castresana-Isla y Chaves² realizaron una primera publicación sobre artritis psoriásica en Costa Rica, y Sáenz³ presentó un póster en el Congreso Centroamericano Caribe y Andino de Reumatología sobre espondiloartropatías indiferenciadas en Costa Rica.

La producción bibliográfica en estas enfermedades ha sido escasa en Costa Rica, por lo que se consideró de gran interés evaluar a un grupo de pacientes con los lineamientos trazados por RESPONDIA.

RESPONDIA (Registro Iberoamericano de Espondiloartropatías) es un grupo creado con el propósito de identificar las similitudes y las diferencias en la expresión clínica e inmunogenética, así como los aspectos demográficos de las espondiloartropatías en países iberoamericanos para tratar de determinar si hay o no un patrón clínico similar.

El propósito de este trabajo es presentar un análisis descriptivo de las características principales de las espondiloartropatías en la población costarricense incluida en el estudio RESPONDIA.

Material y métodos

Se trata de un análisis descriptivo y transversal de la información recogida acerca de pacientes costarricenses con espondiloartritis entre diciembre del 2006 y diciembre del 2007, y almacenada en línea en la página electrónica del REGISPONSER (Registro de Es-

Correspondencia: Dr. R. Sáenz Castro.
Servicio de Reumatología. Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia.
Apartado postal 615-3000. Heredia. Costa Rica.
Correo electrónico: ricasa@ice.co.cr

pondioartropatías de la Sociedad Española de Reumatología).

Centros participantes

De acuerdo con los criterios previamente establecidos por RESPONDIA, en Costa Rica, se evaluó a los 33 pacientes con su consentimiento en un solo centro ubicado en el Servicio de Reumatología del Hospital Dr. Calderón Guardia, de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Este hospital general es uno de los 3 centros institucionales de primer nivel del país, ubicado en la capital, San José, y atiende a población adulta.

Características principales del país y de la población costarricense

Costa Rica es uno de los 5 países que conforman geográficamente Centroamérica. Se halla entre el océano Pacífico y el mar Caribe, limitando al Norte con Nicaragua y al Sur con Panamá, y cuenta con un área de 51.100 km². La población estimada a la actualidad es de 4.485.850 habitantes según datos del Centro Centroamericano de Población⁴. Un 65% de la población se ubica entre los 15 y los 64 años y el índice de analfabetismo es del 4,8%⁵.

En el año 2003 se estimó que el producto interior bruto per cápita era de 9.000 dólares, y el desempleo en ese mismo año era de un 6,7%.

La población costarricense es fundamentalmente mestiza, con representaciones minoritarias de los diferentes grupos raciales. El sistema público de salud, a través de la CCSS, ofrece cobertura médica a la totalidad de la población, así como servicios especializados en consulta externa y hospitalización, métodos de estudio de laboratorio y gabinete, y también medicamentos. Específicamente en reumatología, hay 3 hospitales generales y 2 regionales, con especialista en esta rama⁶.

Resultados

Se incluyó a un total de 33 pacientes a partir de los datos en línea de RESPONDIA, de los cuales 19 eran varones (57,6%) y 14, mujeres (42,4%). La edad media \pm desviación estándar de los pacientes al incluirlos en el registro fue de $41,3 \pm 13,4$ años. La edad media \pm desviación estándar al inicio de los síntomas fue de $34,5 \pm 13,5$ años, y la media \pm desviación estándar del tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas al diagnóstico fue de $10,7 \pm 7,15$ años. Se interrogó a los pacientes incluidos acerca de la historia familiar de espondiloartropatía, y se encontró el antecedente en 4 casos (12,2%) (tabla 1).

TABLA 1. Datos demográficos en 33 pacientes con espondiloartritis en Costa Rica (n = 33)

Datos	
Sexo	
Varones	19 (57,6)
Mujeres	14 (42,4)
Edad promedio, años	$41,3 \pm 13,4$
Edad al inicio de los síntomas, años	$34,5 \pm 13,5$
Tiempo de evolución al diagnóstico, años	$10,7 \pm 7,1$
Historia familiar de espondiloartropatía	4 (12,2)
Grupo étnico	
Blanca	7 (21,2)
Negra	2 (6,1)
Blanca-negra	2 (6,1)
Blanca indígena	22 (66,7)
Profesión	
Universitario	9 (27,3)
Técnico	3 (9,1)
Empleado	5 (15,1)
Obrero especializado	5 (15,1)
Obrero no especializado	11 (33,3)
Estudios	
Universitario	8 (24,2)
Bachillerato	7 (21,2)
Secundaria	9 (27,3)
Primaria	8 (24,2)
Analfabeto	1 (3,0)
Laborales	
No trabaja	6 (18,2)
Trabaja fuera de casa	17 (51,5)
Trabaja en casa	7 (21,2)
Estudiante	3 (9,1)
Incapacidad laboral	
Sin incapacidad laboral	25 (75,7)
Incapacidad transitoria	2 (6,1)
Incapacidad permanente	6 (18,2)

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

Cuando se hizo la distribución por grupos raciales, 22 casos (61,7%) se consideraron mestizos; 7 (21,2%) pacientes eran de raza blanca; 2 pacientes (6,1%) eran de raza negra, y 2 de mezcla negra-blanca. La mayoría de pacientes se podrían considerar profesionalmente como

obreros no especializados y 9 (27,3%) son profesionales de nivel universitario. El 97% de los pacientes tenían algún grado de escolaridad, y sólo un paciente se consideró analfabeto (3%). Sin embargo, cuando se valoró si los pacientes estaban trabajando, 17 (51,5%) estaban activos, 7 (21,2%) realizaban labores de casa, 3 (9,1%) estaban estudiando sin trabajar y 6 (18,2%) pacientes no trabajaban. De los 33 pacientes, 8 han presentado incapacidad laboral; 2 (6,1%), transitoria, y 6 (18,2%), permanente. Estos 8 casos deben su incapacidad laboral a la espondiloartropatía.

En la tabla 2 pueden verse las manifestaciones clínicas al inicio de los síntomas. Las más frecuentes de éstas fueron el dolor lumbar inflamatorio en 27 casos (81,8%), dolor glúteo alternante en 26 (78,8%), artritis de las extremidades inferiores en 20 (60,6%) y entesitis en 19 (57,6%).

En el momento de su inclusión al registro, el tratamiento que recibían los pacientes se distribuía de la manera siguiente: 32 casos (97%) tomaban antiinflamatorios no esteroideos; 15 (45,5%), sulfasalacina; 13 (39,4%), glucocorticoides; 11 (33,3%), metotrexato, y 7 (21,2%), leflunomida. Solamente 4 (12,1%) de los pacientes recibían tratamiento antifactor de necrosis tumoral, etanercept.

El dolor glúteo impreciso fue la manifestación clínica asociada más frecuente en 17 pacientes (51,5%), 4 de los 33 casos (12,1%) tuvieron dactilitis, y el antecedente de uveítis se obtuvo en 4 (12,5%) de 32 casos, sin que se supiera la causa en uno (tabla 3).

En la tabla 4 se agrupan las variables clinimétricas, y se puede observar que la media de articulaciones inflamadas fue de 0,94 (extremos 0-10) y la media de las entesitis dolorosas fue de 4,73 (extremos 1-12). La puntuación media del BASDAI fue 4,61 y del BASFI, 3,94. La velocidad de eritrosedimentación se determinó con el método de Westergreen. La proteína C reactiva (PCR) se midió en mg/dl, con un valor normal de hasta

TABLA 2. Manifestaciones clínicas al inicio de la enfermedad en 33 pacientes con espondiloartritis en Costa Rica

Manifestación clínica al inicio	Número (%)
Dolor lumbar inflamatorio	27 (81,8)
Dolor glúteo alternante o sacroilíaco	26 (78,8)
Dolor cervical	8 (24,2)
Dolor coxofemoral	0 (0)
Entesitis	19 (57,6)
Dactilitis	5 (15,2)
Tarsitis	0 (0)
Artritis de las extremidades inferiores	20 (60,6)
Artritis de las extremidades inferiores	7 (21,2)

TABLA 3. Manifestaciones clínicas asociadas con 33 pacientes con espondiloartritis en Costa Rica

Manifestación asociada	Número (%)
Dolor glúteo impreciso	17 (51,5)
Uveítis	4/32 (12,5)
Dactilitis	4/33 (12,1)
Afección ungueal	3 (9,1)
Tarsitis	2 (6,1)
Afección renal	2 (6,1)
Prótesis de cadera	1 (3)
Pustulosis palmoplantar	0 (0)
Acné conglobata	0 (0)
Balanitis	0 (0)
Prostatitis	0 (0)
Afección cardíaca	0 (0)
Afección neurológica	0 (0)
Afección pulmonar	0 (0)

TABLA 4. Determinaciones clinimétricas en 33 pacientes con espondiloartritis en Costa Rica

Clinimetría	
Schober modificado (cm)	2,88 ± 1,58
Expansión torácica (cm)	3,17 ± 1,12
Distancia dedos-suelo (cm)	19,63 ± 9,62
Distancia occipucio-pared (cm)	2,79 ± 5,3
Articulaciones inflamadas, media (extremos)	0,94 (0-10)
Entesitis dolorosas, media (extremos)	4,73 (1-12)
EVA actividad, médico	2,69 ± 2,08
EVA dolor en la noche, última semana	4,61 ± 3,46
EVA dolor, última semana	5,03 ± 3,63
EVA global del paciente	4,88 ± 3,38
BASDAI, puntuación	4,61 ± 2,92
BASFI, puntuación	3,94 ± 2,77
SF12, componente físico, puntuación	35,5 ± 7,71
SF12, componente mental, puntuación	48,1 ± 6,01
VSG Westergreen, mm/h	18,2 ± 18,7
PCR	0,61 ± 0,75
HLA-B27 positivo	16/28 (57,1)

BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Activity 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, número (%) y media (límites).

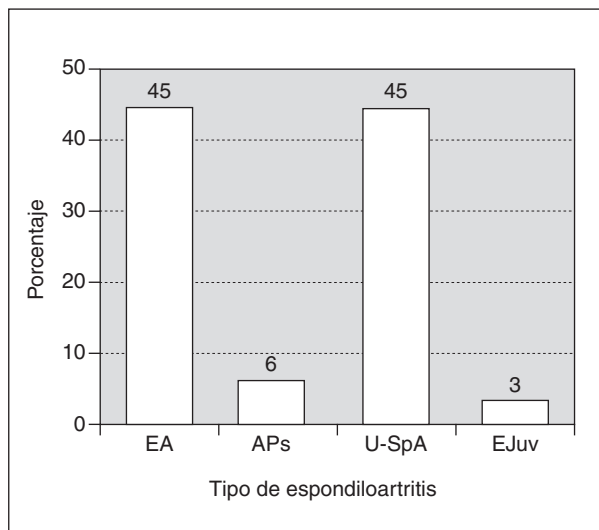


Figura 1. APs: artritis psoriásica; EA: espondilitis anquilosante; EJuv: espondilitis de inicio juvenil; U-SpA: espondiloartritis indiferenciada.

0,5 mg/dl. En 28 de los 33 pacientes se determinó si estaba presente el antígeno HLA-B27. En nuestro laboratorio no es posible determinar los subtipos.

Radiológicamente, el estudio de las articulaciones sacroilíacas mostró que estaban normales en un paciente (3%), 2 pacientes (6,1%) tenían sacroileítis de grado I; 12 pacientes (36,4%), de grado II; 9 pacientes (27,3%), de grado III, y 9 casos de grado IV⁷.

Se hizo diagnóstico final de espondilitis anquilosante en 15 (45,5%) pacientes, espondiloartropatía indiferenciada en 15 (45,5%), artritis psoriásica en 2 (6,1%) y espondilitis de inicio juvenil en 1 (3%), como se muestra en la figura 1.

Discusión

Hay poca información sobre el compartimiento de las espondiloartropatías en Costa Rica^{2,3}, donde se siguen los lineamientos habituales para clasificarlas⁸. La diferencia de sexo no fue tan marcada, con un 42,4% de mujeres y un 57,6% de varones, especialmente si se toma en cuenta que hubo un grupo grande de espondiloartropatías indiferenciadas, donde se ha descrito que el 62-88% de estos casos son varones⁹. La distribución racial era esperable, dados los antecedentes históricos de la región, por la conquista española sobre población indígena, a la que Costa Rica no fue excepción.

La edad media de aparición de los primeros síntomas (34,5 años) es mayor que la citada, y se halla entre los 25,1 y los 30,5 años en otras series, así como un tiempo transcurrido entre las primeras manifestaciones y el diagnóstico ($10,7 \pm 7,15$ años), siendo el citado de entre 5 y 10 años¹⁰⁻¹⁴. Aunque probablemente sea difícil

atribuir a un solo factor la pérdida de la capacidad laboral en pacientes con espondiloartropatías, la edad avanzada al inicio del cuadro parece ser un factor importante de riesgo¹⁵ en espondilitis anquilosante. En esta pequeña serie de casos, 8 pacientes (24,2%) han presentado incapacidad laboral atribuida a su enfermedad, a pesar de que la edad media del paciente es baja.

Previamente, en el inicio de las espondiloartropatías, se han descrito las manifestaciones clínicas con predominio de dolor lumbar inflamatorio, dolor glúteo alternante, artritis de las extremidades inferiores y entesopatía^{8,16}.

Respecto al tratamiento, llama la atención el porcentaje bajo de pacientes (12,1%) en tratamiento biológico, lo cual se explica por la dificultad de disponer de éste por su coste elevado, incluso a nivel institucional en nuestro medio.

La velocidad de sedimentación globular y la PCR muestran ser poco útiles en el apoyo diagnóstico. El HLA-B27 se encuentra en un porcentaje significativo de los 28 casos (57,1%) en los que se determinó, teniendo en cuenta que se ha señalado que un 6% de la población costarricense lo tiene positivo², y que en un estudio previo en espondiloartropatías indiferenciadas se había encontrado en el 37,5% de casos, similar a otra serie latinoamericana^{3,17}. La afectación de las articulaciones sacroilíacas fue muy frecuente, sólo 3 pacientes tenían un estudio radiológico normal o apenas dudoso. Finalmente, la distribución por diagnóstico confirma el hecho de que las formas indiferenciadas y la espondilitis anquilosante son las más frecuentes.

Agradecimientos

A la Dra. Janitzia Vázquez-Mellado y al Dr. Eduardo Collantes Estévez por el apoyo en el aporte de los datos de Costa Rica a RESPONDIA. Al Dr. Rubén Burgos Vargas por la revisión del manuscrito.

Bibliografía

1. Akkoc N, Khan MA. Epidemiology of ankylosing spondylitis and related spondyloarthropathies. En: Weisman MH, Van der Heijde D, Reveille JD. Ankylosing spondylitis and the spondyloarthropathies. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2006. p. 117-31.
2. Castresana-Isla C, Chaves F. Artritis psoriásica (Un análisis de 55 pacientes). Revista Médica Costa Rica Centroamérica. 1995;52:69-75.
3. Sáenz R. Espondiloartropatías Indiferenciadas. Análisis descriptivo de 24 casos en Costa Rica. Póster Congreso Asociación Centroamericana Caribe Andina de Reumatología, ACCA, Barranquilla, Colombia, 2006.
4. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/>
5. Disponible en: <http://infocensos.ccp.ucr.ac.cr/Analfabetismo.750.0.html>
6. Sáenz R. Sistemas nacionales de atención a enfermedades reumáticas: la experiencia en Costa Rica. En: Caballero C, editor. Retos para el diagnóstico y tratamiento de la artritis reumatoide en América Latina. Barranquilla: Ediciones Uninorte; 2006. p. 27-31.
7. Van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. Arthritis Rheum. 1984;27:361-8.
8. Dougados M, Van der Linden S, Juhlin R, Huitfeldt B, Amor B, Calin A, et al. The European Spondylarthropathy Study Group preliminary criteria

- for the classification of spondylarthropathy. *Arthritis Rheum.* 1991; 34:1218-27.
9. Zeider H, Mau W, Khan MA. Undifferentiated spondyloarthropaties. *Rheum Dis Clin North Am.* 1992;18:187-202.
 10. Carbone LD, Cooper C, Michet CJ, Atkinson EJ, O'Fallo WM, Melton LJ 3rd. Ankylosing spondylitis in Rochester, Minnesota, 1935-1989. Is the epidemiology changing? *Arthritis Rheum.* 1992;35:1476-82.
 11. Kaipianen-Seppanen O, Aho K, Heliovaara M. Incidence and prevalence de ankylosing spondylitis in Finland. *J Rheumatol.* 1997;24:496-9.
 12. Kaipianen-Seppanen O, Aho K. Incidence of chronic inflammatory joint diseases in Finland in 1995. *J Rheumatol.* 2000;27:94-100.
 13. Savolainen E, Kaipianen-Seppanen O, Kroger L, Luosjarvi R. Total incidence and distribution of inflammatory joint diseases in a defined population: results from the Kuopio 2000 arthritis survey. *J Rheumatol.* 2003;30:2460-8.
 14. Alamanos Y, Papadopoulos NG, Voulgari PV, Karakatsanis A, Siozos C, Drosos AA. Epidemiology of ankylosing spondylitis in Northwest Greece, 1983-2002. *Rheumatology (Oxford).* 2004;43:615-8.
 15. Boonen A, Chorus A, Miedema H, Van der Heijde D, Landewe R, Schouten H, et al. Withdrawal from labour force due to work disability in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis.* 2001;160:1033-9.
 16. Rudwaleit M, Listing J, Märker-Hermann E, et al. Clinical manifestations at disease onset and during the disease course in early spondyloarthritis. *Arthritis Rheum.* 2004;50(Suppl):S617.
 17. Londoño J, Valle R. Editorial: es hora de tomar conciencia sobre el tratamiento de las espondiloartritis. *Rev Colomb Reumatol.* 2003;10:245-8.