

## Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): Uruguay

Daniel R. Palleiro y Emilia Spangenberg

Grupo Uruguayo de Espondiloartropatías (GUES). Instituto Nacional de Reumatología (INRU). Montevideo. Uruguay.

En Uruguay se desconoce la prevalencia de las espondiloartritis (SpA). Desde 2002 funciona el Grupo Uruguayo de Espondiloartropatías (GUES) dedicado al estudio de los pacientes portadores de estas enfermedades.

**Objetivos:** Presentar las características de las SpA incluidas en RESPONDIA Uruguay.

**Metodología:** Se analizan los datos de 53 pacientes uruguayos con SpA incluidos en la página electrónica del Registro de Espondiloartritis de la Sociedad Española de Reumatología (REGISPONSER) entre enero de 2006 y diciembre de 2007.

**Resultados:** Los pacientes fueron predominantemente varones (66%), de raza blanca (86,8%), de clase social media y baja (88,1%), alfabetos y con una edad media de 41,2 años. La edad de inicio de los síntomas indicativos de SpA fue de 31,6 años, con manifestaciones clínicas axiales en 69,8%. Se constató un retraso diagnóstico de 9,8 años, y más frecuencia de espondiloartritis anquilosante (53%), espondiloartritis indiferenciada (19%) y artropatía psoriásica (17%). El 98% recibió antiinflamatorios no esteroideos y ninguno tratamiento biológico.

**Conclusiones:** A pesar de un mayor retraso diagnóstico y edad de inicio, los resultados coincidieron con los de la bibliografía.

**Palabras clave:** RESPONDIA. Espondiloartritis. Subgrupos. GUES. Uruguay.

### RESPONDIA. Iberoamerican Spondyloarthritis Registry: Uruguay

**Objectives:** To evaluate the characteristics of patients with SpA (ESSG criteria) included in RESPONDIA Uruguay.

**Methodology:** A cross-sectional study was performed with the records of 53 patients belonging to GUES who were assisted in a referral rheumatologic center in Montevideo, between January 2006 and December 2007. Data were stored in the Spanish SpA Registry website (REGISPONSER).

**Results:** Patients were mainly men (66%), whites (86.8%), and of middle and low social levels (88.1%), literate persons, with an average age of 41.2 years. Age of onset of global SpA was 31.6 years on average, with axial clinical features in 69.8%. Global diagnosis delay average was 9.8 years. Most frequent SpA subgroups were: ankylosing spondylitis (53%), undifferentiated SpA (19%) and psoriatic arthritis (17%). Nearly 98% patients received non-steroidal anti-inflammatory drugs, but none underwent biological therapy.

**Conclusions:** Except higher diagnosis delay and age of onset, results were similar to international data.

**Key words:** RESPONDIA. Spondylarthritis. Subgroups. GUES. Uruguay.

En Uruguay no hay datos respecto a la incidencia y la prevalencia de las espondiloartritis (SpA) en su población. En 2002 se constituyó el Grupo Uruguayo de Espondiloartropatías (GUES), integrado en el Instituto Nacional de Reumatología de Uruguay (INRU), único centro de referencia en la especialidad, dependiente del Ministerio de Salud Pública y localizado en la capital, Montevideo.

Formado por un equipo interdisciplinario, el GUES ha aplicado un protocolo de evaluación inicial y seguimiento, a efectos de establecer datos epidemiológicos y una valoración adecuada de los pacientes.

El 68,6% de los pacientes protocolizados es de sexo masculino, con predominio de la forma axial y edad de inicio global de 27,4 años. El retraso diagnóstico medio es de 5,9 años. Los tipos de SpA corresponden a espondilitis anquilosante (EA) en un 30,7%; espondiloartritis indiferenciada (U-SpA) en un 17,5%; artritis psoriásica (APs) en un 16,1%; espondiloartritis asociada a psoriasis (SpA Ps) en un 11,7%; espondiloartritis juvenil

Correspondencia: Dr. D.R. Palleiro.  
Instituto Nacional de Reumatología del Uruguay.  
Avda. Italia, s/n, esq. Las Heras. CP 11600 Montevideo. Uruguay.  
Correo electrónico: nordani@adinet.com.uy

(SpA juvenil) en un 11,7%; artritis reactiva (ARe) en un 5,8%; espondiloartritis asociada a enfermedad intestinal inflamatoria (SpA EII) en un 3,6%, y artritis asociada a enfermedad intestinal inflamatoria (AEII) en un 2,9%. Si bien el 60,2% de los pacientes presenta el antígeno de histocompatibilidad HLA-B27 positivo, estos valores varían según el tipo de SpA: EA 80%; U-SpA 46,7%; APs 9,1%; SpA Ps 45,5%; SpA juvenil 80%; ARe 62,5%; SpA EII 40% y 66,7% en AEII.

El objetivo de este trabajo es presentar las características de los pacientes uruguayos con SpA incluidos en el estudio RESPONDIA, y efectuar un análisis de los tipos más frecuentes.

## Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal de los pacientes uruguayos con SpA (según criterios del European Spondyloarthritis Study Group [ESSG]) asistidos en un único centro de referencia reumatológica (INRU-GUES), cuyos datos se volcaron en la página electrónica de REGISPONSER entre enero de 2006 y diciembre de 2007. La metodología aplicada fue uniforme para todos los países de Iberoamérica integrantes de RESPONDIA.

## Características principales del país y de la población uruguaya

La población uruguaya se forma esencialmente a partir de la aportación de grupos de inmigrantes europeos. Los pueblos indígenas originales desaparecieron por discriminación y exterminio en el siglo XIX, así que en la actualidad la inmensa mayoría de los uruguayos (88%) son blancos descendientes de españoles e italianos, principalmente, seguidos por franceses, alemanes y otros pueblos de Europa. Hay pequeñas minorías mestizas (8%) y negras (4%). Uruguay tiene una superficie de 176.215 km<sup>2</sup> con una población total de 3.241.003 habitantes, de los cuales el 51,7% son mujeres y el 48,3%, varones. La densidad poblacional es de 19 habitantes/km<sup>2</sup> y el 91,8% de la población se localiza en áreas urbanas. La esperanza de vida al nacer es de 75,4 años (71,5 en varones; 79,4 en mujeres), con lo que ocupa el cuarto lugar entre las naciones latinoamericanas, y la mortalidad infantil es de 12,7 por mil.

La población uruguaya es la más envejecida de Iberoamérica, con valores ya similares a los de algunos países europeos. Las causas de este fenómeno radican en el descenso de las tasas de mortalidad y natalidad (esta última era de 3 hijos de promedio por madre hacia 1950 y a inicios del siglo XXI está por debajo del nivel de recambio poblacional) y al proceso migratorio. Uruguay cuenta con un saldo migratorio negativo, particular-

mente de individuos jóvenes. Según las Naciones Unidas, Uruguay es el país de Latinoamérica con el índice de alfabetización más elevado (97,7% en 2006) y el tercero con el mayor índice de desarrollo humano. Junto con Costa Rica, es el país latinoamericano con la distribución de ingreso más equitativa, entre el 10% más rico y el 10% más pobre. En 2006, el producto interior bruto (PIB) nacional fue de 19.221 millones de dólares y el PIB per cápita, de 9.700 de dólares.

## Resultados

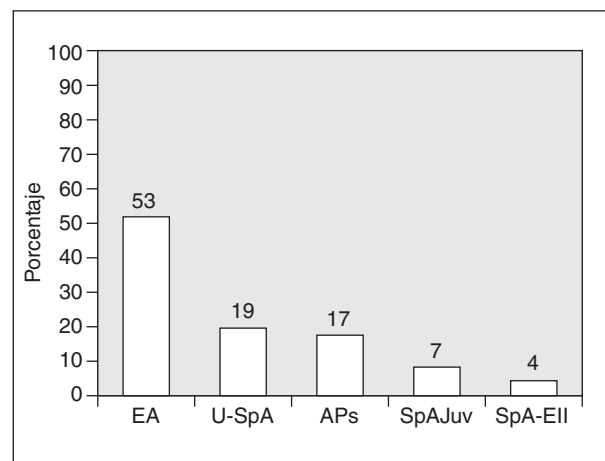
### Globales

Se incluyó a 53 pacientes, la mayoría de raza blanca (87%), de los cuales 35 (66%) eran varones y 18 (34%), mujeres, con una edad media  $\pm$  desviación estándar al momento del registro de 41,2  $\pm$  15,2 años. Más de la mitad de los casos correspondieron al tipo de las EA, seguido por U-SpA y APs (fig. 1).

Desde el punto de vista socioeconómico y cultural, 45 pacientes (88%) pertenecían a la clase media y baja, según la escala Graffar. El 47% había alcanzado un nivel medio de enseñanza, y más de la mitad de los pacientes registrados trabajaban como obreros no especializados (53%).

La media  $\pm$  desviación estándar de edad al inicio de los síntomas fue de 31  $\pm$  15 años, y en 4 pacientes, antes de los 16 años. Se registró un tiempo de evolución medio al momento del diagnóstico de 9,8  $\pm$  7,9 años. Siete pacientes presentaron antecedentes familiares de SpA (tabla 1).

Las formas de inicio más frecuentes consistieron en manifestaciones axiales y periféricas expresadas por lumbal-



**Figura 1.** Subgrupos diagnosticados en 53 pacientes con SpA. APs: artritis psoriásica; EA: espondilitis anquilosante; U-SpA: espondiloartritis indiferenciada; SpA EII: espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal; SpAJuv: espondiloartritis juvenil.

TABLA 1. Características demográficas (n = 53)

	Número (%)
Varones	35 (66)
Mujeres	18 (34)
Edad, media $\pm$ DE	41,2 (15,2)
Grupo étnico	
Blanca	46 (86,8)
Negra	1 (1,9)
Blanca-negra	6 (11,3)
Profesión	
Universitario	4 (7,5)
Técnico	10 (18,9)
Empleado	8 (15,1)
Obrero especializado	3 (5,7)
Obrero no especializado	28 (52,8)
Estudios	
Universitario	7 (13,2)
Bachillerato	4 (7,5)
Secundaria	25 (47,2)
Primaria	16 (30,2)
Analfabeto	1 (1,9)
Laborales	
Trabaja	33 (62,3)
No trabaja	11 (20,8)
Estudiante	2 (3,8)
Jubilado por edad	2 (3,8)
En casa	5 (9,4)
Incapacidad laboral	6 (11,7)
Transitoria	2 (3,9)
Permanente	4 (7,8)

DE: desviación estándar.

gia inflamatoria y artritis de las extremidades inferiores (cada una en 22 [41%] pacientes). Siguió por frecuencia las entesitis (28%) y artritis de las extremidades superiores (26%). La afectación coxofemoral se observó en 2 casos. La tarsitis no se registró entre las manifestaciones iniciales de las SpA, pero apareció en la evolución de 4 pacientes. Las manifestaciones extraarticulares fueron infrecuentes, y se consignó uveítis anterior en 4 casos (8%) y afección cardíaca en uno. La onicopatía se manifestó en 4 pacientes con psoriasis (tabla 2). La clinimetría demostró variación en el recuento de articulaciones inflamadas, con un promedio de 2,6 (0-20)

TABLA 2. Manifestaciones clínicas acumuladas durante la evolución

	Número (%)
Articulares	
Dolor lumbar inflamatorio	31 (58,5)
Entesitis	28 (53,8)
Artritis de las extremidades inferiores	22 (42)
Artritis de las extremidades superiores	14 (26,4)
Dolor glúteo alternante o sacroilíaco	11 (20,8)
Dactilitis	6 (11,3)
Dolor cervical	4 (7,5)
Tarsitis	4 (7,8)
Dolor coxofemoral	2 (3,8)
Extraarticulares	
Uveítis	4 (7,8)
Afección ungueal	4 (7,8)
Afección cardíaca	1 (1,9)
Pustulosis palmoplantar	0
Acné conglobata	0
Balanitis	0
Afección pulmonar	0
Afección renal	0
Afección neurológica	0

y entesis dolorosas promedio 4,4 (1-11). Los índices de EVA actividad y dolor, diurno y nocturno, reflejaron valores promediales similares entre sí (4,5, 4,9 y 4,6, respectivamente). Entre los indicadores de actividad inflamatoria, destacaron BASDAI (del inglés Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) promedio de 5,3 y un promedio de velocidad de sedimentación globular (VSG) de 31,2. El promedio del BASFI (del inglés Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index) fue de 4,3 (tabla 3).

El tratamiento incluyó antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en el 98,1% de los pacientes; sulfasalacina en el 28%; metotrexato en el 36%, y glucocorticoides en el 9%. Ningún paciente recibió tratamiento biológico (fig. 2).

### Subgrupos

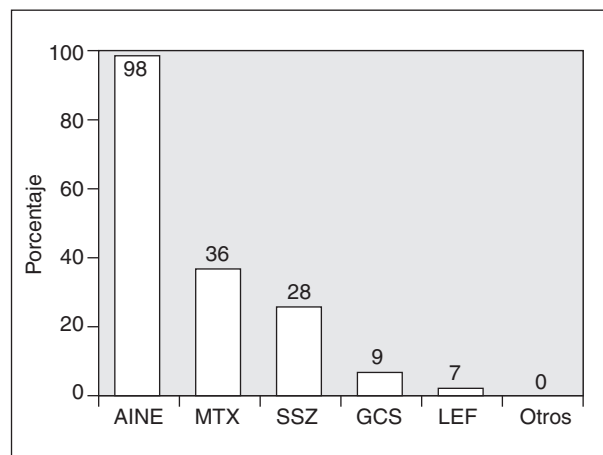
Según la casuística de RESPONDIA Uruguay, los 3 subgrupos más frecuentes de SpA fueron EA (53%), U-SpA (19%) y APs (17%). En las 2 primeras se man-

**TABLA 3. Clinimetría del grupo global de espondiloartropatías**

BASDAI	5,3 (2,6)
Articulaciones inflamadas, n, media (extremos)	2,6 (0-20)
Entesis doloridas, n, media (extremos)	4,4 (1-11)
EVA actividad médico	4,5 (2,2)
EVA dolor última semana noche	4,6 (3,2)
EVA dolor última semana	4,9 (3,1)
EVA global del paciente	5,8 (2,9)
VSG, mm/h	31,2 (25,8)
PCR, mg/l	6,2 (10,4)
BASFI	4,3 (2,7)
Schöber modificado, cm	4,7 (2,0)
Expansión torácica, cm	4,8 (1,7)
Distancia dedos-suelo, cm	13,4 (17,7)
Distancia occipucio-pared, cm	3,7 (7,9)
SF12 físico	2,2 (0,8)
SF12 mental	3,7 (0,5)

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  $\pm$  desviación estándar, excepto que se especifique otro.



**Figura 2.** Tratamiento medicamentoso utilizado en las espondiloartropatías consideradas de forma global. AINE: antiinflamatorios no esteroideos; GCS: glucocorticoides; LEF: leflunomida; MTX: metotrexato; otros: infliximab, etanercept, adalimumab; SSZ: sulfasalacina.

tuvo la distribución por sexo de los resultados globales, mientras que la APs se presentó de media en el 55% de los varones y el 45% de las mujeres. La edad de inicio de los síntomas fue de  $30 \pm 14$  años en la EA;  $34 \pm$

14,4 años en la U-SpA, y  $44 \pm 13,5$  años en la APs. La U-SpA mostró el menor tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas (3,7 años), en comparación con la EA (12,2 años) y la APs (10,6 años). En relación con las formas de inicio, la EA se inició principalmente con manifestaciones axiales (lumbalgia 68% y síndrome sacroilíaco 29%) y con menor frecuencia periféricas (artritis de las extremidades inferiores 39%) y entesitis (29%). La U-SpA comenzó en la zona axial (lumbalgia 80%, síndrome sacroilíaco 20%), con entesitis (30%) y afectación periférica (30%, correspondiendo 20% a artritis de las extremidades superiores). La APs se instaló con igual frecuencia como artritis de las extremidades superiores y de las extremidades inferiores (78%), en el 22%, dactilitis, y el 11%, entesitis (tabla 4).

Desde el punto de vista clinimétrico, el BASDAI fue superior en la U-SpA (6,1 cm) y el BASFI en la EA (5,5 cm). Se observaron valores mayores de VSG y proteína C reactiva en la EA; el HLA-B27 fue positivo en casi la mitad de los casos de EA y U-SpA, y en el 14% de las APs. El tratamiento con AINE fue de elección en los 3 subgrupos, y más del 80% de los pacientes mejoraron a las 48 h. Le siguieron el metotrexato para la APs; la sulfasalacina para la U-SpA, y ambos fármacos para la EA. Aproximadamente, el 10% de las EA y de las U-SpA recibieron corticoides. No se trató a ningún paciente con agentes biológicos (fig. 3).

## Discusión

Los pacientes incluidos en RESPONDIA Uruguay se caracterizan por predominio masculino, alfabetos, raza blanca, clase social media y baja, con ejercicio de trabajo no especializado. Si bien la incapacidad laboral es baja, se puede suponer que está subestimada.

El retraso diagnóstico se encuentra dentro del rango superior de los datos bibliográficos.

Más de la mitad de los pacientes corresponden al tipo de las EA, seguido por U-SpA y APs, y predomina la afectación lumbar y periférica de las extremidades inferiores.

El tratamiento más utilizado son AINE independientes del tipo, con mejoría a las 48 h en más del 80% de los casos; mientras que el uso de sulfasalacina, metotrexato y leflunomida varía según el diagnóstico de subgrupo.

Se destaca la ausencia de tratamiento con agentes biológicos por falta de disponibilidad.

## Agradecimientos

RESPONDIA Uruguay reconoce el enriquecimiento surgido del trabajo en equipo iberoamericano que permite profundizar en el conocimiento de las espondilo-

TABLA 4. Descripción de parámetros por subgrupos más frecuentes

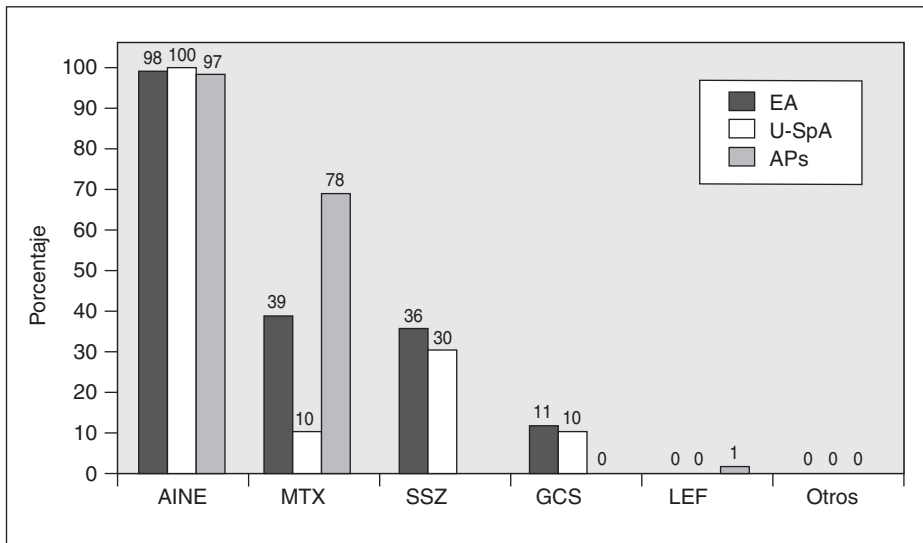
	EA (n = 28)	U-SpA (n = 10)	APs (n = 9)
<b>Datos demográficos</b>			
Varones	18 (64,3)	7 (70,0)	5 (55,6)
Mujeres	10 (35,7)	3 (30,0)	4 (44,4)
Edad	41,6 ± 14	38 ± 13,9	54,8 ± 12,8
<b>Datos clínicos</b>			
Edad al inicio de los síntomas	29,7 (14,4)	34,3 (14,4)	44,2 (13,5)
Tiempo de evolución al diagnóstico	12,2 (8,7)	3,7 (1,4)	10,6 (9,3)
Dolor lumbar inflamatorio, %	68	80	0
Artritis de las extremidades inferiores, %	39	10	78
Entesitis, %	29	30	11
Dolor glúteo alternante o sacroilíaco, %	29	20	0
Artritis de las extremidades superiores, %	11	20	78
Dolor cervical, %	11	10	0
Dolor coxofemoral, %	7	0	0
Tarsitis, %	0	0	0
Dactilitis, %	11	0	22
<b>Clinimetría</b>			
BASDAI, puntuación	5,8 ± 2,5	6,1 ± 2,2	4,3 ± 2,7
Articulaciones inflamadas, n	2,9 ± 4,7	2,9 ± 5,4	2,1 ± 2,3
Entesis dolorosas, n	0,6 ± 0,5	0,4 ± 0,5	0,5 ± 0,5
EVA actividad médico	5,1 ± 2,3	3,7 ± 1,8	3,7 ± 1,9
EVA dolor nocturno última semana (cm)	5,2 ± 3,2	4,9 ± 3,0	3,1 ± 3,4
EVA dolor última semana (cm)	5,4 ± 3,3	5,8 ± 2,6	3,6 ± 3,2
EVA global paciente (cm)	6,5 ± 2,8	6,2 ± 2,9	4,9 ± 3,1
VSG (mm/h)	37,9 ± 28,5	20,4 ± 15,9	27,8 ± 26,7
PCR (mg/l)	8,5 ± 12,6	3,9 ± 7,5	4,5 ± 7,7
BASFI, puntuación	5,5 ± 2,6	3,5 ± 2,3	3,4 ± 2,5
Schöber modificado (cm)	3,8 ± 2,2	5,8 ± 1,4	6,3 ± 0,7
Expansión torácica (cm)	4,0 ± 1,7	5,5 ± 1,6	5,8 ± 1,1
Distancia dedos-suelo (cm)	18,8 ± 21,5	7,0 ± 11,8	7,8 ± 9,2
Distancia occipucio-pared (cm)	6,6 ± 10,0	0,1 ± 0,5	1,2 ± 3,3
SF 12 físico, puntuación	34,9 ± 7,4	35,7 ± 6,4	32,9 ± 5,4
SF 12 mental, puntuación	51,6 ± 5,0	50,8 ± 5,4	53,7 ± 3,7

APs: artritis psoriásica; BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Activity Index; EA: espondilitis anquilosante; EVA: escala visual analógica (cm); PCR: proteína C reactiva; SF12: Short Form Health Survey; U-SpA: espondiloartritis indiferenciadas; VSG: velocidad de sedimentación globular.

Valores expresados como número (%) y media ± desviación estándar, excepto que se especifique otro.

artritis en nuestro continente. En particular, agradece el estímulo permanente, el apoyo y la dedicación brindada

por la Dra. Janitzia Vázquez-Mellado y los Dres. Eduardo Collantes-Estévez y Rubén Burgos-Vargas.



**Figura 3.** Tratamiento farmacológico en pacientes con espondilitis anquilosante (EA), espondiloartritis indiferenciada (U-SpA) y artritis psoriásica (APs). AINE: antiinflamatorios no esteroideos; GCS: glucocorticoides; LEF: leflunomida; MTX: metotrexato; otros: infliximab, etanercept, adalimumab; SSZ: sulfasalacina.

## Bibliografía

1. Demografía en Uruguay. Disponible en: [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)
2. Instituto Nacional de Estadística de Uruguay. Censo 2004. [Acceso 25 abril 2005] Disponible en: [www.ine.gub.uy](http://www.ine.gub.uy)
3. GUES. Rasgos epidemiológicos de las espondiloartropatías en el Uruguay. Congreso Uruguayo de Medicina Interna; 2003
4. GUES. Evaluación Protocolizada en la Asistencia de los Pacientes con Espondiloartropatías. 1.º Congreso Panamericano de Espondiloartropatías. Cartagena; 2005.
5. GUES. Rasgos de las espondiloartropatías en Uruguay. Actualización de datos junio 2005. 1.º Congreso Panamericano de Espondiloartropatías. Cartagena; 2005.
6. Paredes M. Demografía y seguridad social en Uruguay. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República; 2007.
7. United Nations Development Programme Report; 2005.
8. Burgos-Vargas R, Casasola JC. Espondiloartropatías: generalidades. En: Alarcón-Segovia D, Molina J, editores. Tratado Hispanoamericano de Reumatología. Vol. 1. Bogotá: Nomos; 2006. p. 535-42.
9. Candia Zúñiga L, Marquez J. Artritis psoriásica. En: Alarcón-Segovia D, Molina J, editores. Tratado Hispanoamericano de Reumatología. Vol. 1. Bogotá: Nomos; 2006. p. 585-98.
10. Van der Linden S, Van der Heijde D. Espondilitis anquilosante. En: Harris ED, Ruddy S, Sledge C, editores. Madrid: Marbán Libros; Tratado de Reumatología. 2003. p. 1039-54.
11. Tak Yan Yu D, Thim Fan P. Síndrome de Reiter y espondiloartropatía indiferenciada. En: Harris ED, Ruddy S, Sledge C, editores. Tratado de Reumatología. Madrid: Marbán Libros; 2003. p. 1055-71.
12. Gladman D, Rahman P. Artritis psoriásica. En: Harris ED, Ruddy S, Sledge C, editores. Tratado de Reumatología. Madrid: Marbán Libros; 2003. p. 1071-80.