

## Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): Venezuela

R. Chacón<sup>a</sup>, Y. Granados<sup>a,b</sup>, M.H. Esteva<sup>a,c</sup>, Y. Martínez<sup>a,d</sup>, A. Antúñez<sup>a,e</sup>, T. Maldonado<sup>a,f</sup>, J. Rondón<sup>a</sup>, G. Sánchez<sup>a</sup>, C. Rondon<sup>a,g</sup> y I.L. Stekman<sup>a,h</sup>, por el Grupo Multicéntrico de Registro de las Espondiloartritis-Venezuela

<sup>a</sup>Fundación Arthros-Muscular. Venezuela.

<sup>b</sup>Hospital Núñez Tovar. Maturín. Edo. Monagas. Venezuela.

<sup>c</sup>Hospital Central San Cristóbal. San Cristóbal. Edo. Táchira. Venezuela.

<sup>d</sup>Hospital Central de Maracay. Maracay. Edo. Aragua. Venezuela.

<sup>e</sup>Hospital Urquinaona. Maracaibo. Edo. Zulia. Venezuela.

<sup>f</sup>Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda. Barquisimeto. Edo. Lara. Venezuela.

<sup>g</sup>Hospital Dr. Raul Leoni. San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela.

<sup>h</sup>Hospital Universitario de Caracas-UCV. Venezuela.

**Objetivo:** El registro venezolano de espondiloartritis (RESPONDIA) se creó para clasificar a los pacientes con este grupo de enfermedades tratadas por reumatólogos venezolanos. Este manuscrito describe la metodología y la organización de los antecedentes, así como las características de los pacientes finalmente incluidos, y proporciona un análisis comparativo entre las características del grupo de pacientes con espondilitis anquilosante (EA), artritis psoriásica (APs) y espondiloartritis indiferenciada (U-SpA).

**Pacientes y métodos:** Diez reumatólogos participaron en el registro durante un período de un año. Todos los pacientes tratados fueron adultos registrados de forma consecutiva y reunían los criterios de clasificación de la European Spondyloarthritis Study Group (ESSG). Los datos obtenidos reflejan las características sociodemográficas, así como la actividad de la enfermedad y el estado funcional, forma clínica de inicio de síntomas, el tratamiento utilizado y la calidad de vida, medido por todos los instrumentos estandarizados.

**Resultados:** Durante 1 año, se incluyó a 69 pacientes en el registro: 43 varones (62,3%) y 26 mujeres (37,7%), con una edad media  $\pm$  desviación estándar de  $41 \pm 14$  años, y una duración media  $\pm$  desviación estándar de la enfermedad de  $12 \pm 9$  años. Los diagnósticos de los pacientes incluidos fueron los siguientes: 38 (61%) casos de EA, 15 (22%) casos de APs, 8 (12%) casos de U-SpA, 3 (4%) casos de enfermedad inflamatoria intestinal y espondiloartritis juvenil. En cuanto a forma clínica, el 32% de los pacientes tenían enfermedad axial; el 17%,

enfermedad periférica, y el 51%, ambas. El dolor lumbar fue el primer síntoma en el 74% de los pacientes; más común y como manifestaciones extraarticulares de la enfermedad fueron la uveítis anterior (22%) y la afectación ungueal (17%). Se observó algún tipo de incapacidad laboral en 13 (19%) de los pacientes.

**Conclusiones:** Estas bases de datos son muy útiles para obtener información sobre las características de los pacientes tratados como espondiloartritis en un determinado lugar o en seguimiento de un tratamiento específico, y proporciona una herramienta para evaluar el impacto de la enfermedad. Los datos recogidos en este registro ofrecen un perfil adecuado de la clínica, así como una muestra demográfica de los pacientes que presentan espondiloartritis en Venezuela.

**Palabras clave:** Espondilitis anquilosante. Espondiloartritis. Artritis psoriásica. Espondiloartritis indiferenciadas.

### RESPONDIA. Iberoamerican Registry of Spondyloarthritis: Venezuela

**Objective:** The registry of spondyloarthritis (RESPONDIA) is performed to classify patients with this group of diseases treated in Venezuela by rheumatologists. This manuscript describes the methodological and organizational background as well as patients' characteristics, and provides a comparative analysis between characteristics of ankylosing spondylitis and Psoriatic arthritis as well as undifferentiated spondyloarthritis groups of patients.

**Patients and methods:** 10 rheumatologists participated in the registry, during a one-year recruitment period. All consecutively registered adult patients treated met the

Correspondencia: Dr. I.L. Stekman Terán.  
Hospital Universitario de Caracas. UCV.  
Correo electrónico: istekmant@cantv.net

classification criteria of the European Spondyloarthritis Study Group (ESSG). Data collected reflected the socio-demographic characteristics, as well as disease activity and functional status, clinical form at onset, treatment employed and quality of life; all were measured using standard instruments.

**Results:** Throughout one year, 69 patients have been included in the registry: 43 males (62.3%) and 26 females (37.7%), with an average  $\pm$  standard deviation age of  $41 \pm 14$  years, and an average  $\pm$  standard deviation disease duration of  $12 \pm 9$  years. Diagnoses of the included patients were: EA 38 (61%), APs 15 (22%), U-SpA 8 (12%), inflammatory bowel disease arthritis and Juvenile SpA 3 (4%). Regarding the clinical form, 32% had axial disease, 17% peripheral disease and 51% mixed disease. Low-back pain was the first symptom reported in 74% of the patients, and most common extra-articular disease manifestations were, anterior uveitis 22% and unequal involvement 17%. Some type of work disability was reported in 13 (19%) patients.

**Conclusions:** Such databases are very useful to obtain information about the characteristics of patients with SpA treated in certain locations or following a specific treatment practice, and provide a tool for assessing the impact of the disease. Data collected in this registry provides an appropriate clinical and demographic profile of patients suffering from SpA in Venezuela.

**Key words:** Ankylosing spondylitis. Spondyloarthritis. Psoriatic arthritis. Undifferentiated spondyloarthritis.

Las espondiloartritis seronegativas (SpA) constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades cuya prevalencia varía, dependiendo de la serie estudiada; sin embargo, oscilan entre el 0,2 y el 1,8%<sup>1-4</sup>, y el prototipo es la espondilitis anquilosante (EA).

En Venezuela, el estudio de las SpA se inició en la década de los años setenta y ochenta, cuando se publicaron los primeros estudios que intentan clasificar y agrupar este grupo clínico heterogéneo, así como evaluar la incidencia del antígeno de histocompatibilidad HLA-B27 en este grupo. En una primera aproximación, la frecuencia de antígenos HLA-A y B se investigó en 100 casos de SpA y se comparó con 303 individuos aparentemente sanos de la población mestiza venezolana. En este estudio, se encuentra un significativo aumento de la frecuencia de B27 en el 68-69% de los casos, mientras que en el grupo control alcanzó un 2,9%. Adicionalmente, se identificó que en pacientes B27 negativos hubo una frecuencia del 40,4% de Bw35<sup>5</sup>.

Posteriormente, en un estudio realizado en la población del Zulia, en el que se evaluó la presencia de HLA-B27 en 620 casos de pacientes con SpA, entre 1985 y 1995, se identificó una frecuencia de HLA-B27 del 20,96%

en los casos en comparación con 4,2% en la población mestiza control<sup>6</sup>.

Al realizar la identificación de los diferentes subtipos de HLA-B27, se estudió a 48 pacientes mestizos no familiares con diagnóstico de EA. Se estudió a los pacientes con serología positiva para HLA-B27 mediante la reacción en cadena de secuencia-polimerasa para analizar el polimorfismo en los exones 2 y 3 del gen *HLA-B27*. La distribución de estos alelos fue la siguiente: HLAB\*2705 en el 68,8% de los pacientes y en éstos se observó una asociación significativa con el sexo masculino; también se encontró una alta asociación de B\*2702 en el 31,2% de los pacientes, y al compararlos con población similar española se identificó una alta incidencia de subgrupos B\*2705 y B\*2702 en nuestra población, al igual que se planteó el papel protector de B\*2708<sup>7</sup>.

En Venezuela, de acuerdo con cifras oficiales, en el último censo poblacional realizado en el año 2001, contamos con 23.054.210 habitantes, de los cuales el 50% corresponden a varones y mujeres; de acuerdo a la distribución, llama la atención que el 88,4% de la población se encuentra localizada en áreas urbanas. La composición etaria de nuestra población se caracteriza por agrupar el 95% de ella en edades comprendidas entre los 0 y los 65 años.

De acuerdo con los datos obtenidos por Petróleos de Venezuela SA-Intevep 1997, nuestra población se caracteriza desde el punto de vista racial por un 67% de mestizos, un 21% de blancos, un 10% de negros y un 2% de indígenas. Los ascendientes de nuestra población mestiza están dados por blancos criollos, españoles (canarios, andaluces, gallegos y vascos), africanos subsaharianos traídos como esclavos e inmigrantes europeos llegados después de la Segunda Guerra Mundial.

Dado que este grupo de enfermedades afecta en gran proporción a la población joven, en edad productiva laboralmente, y que nuestras características poblacionales son las de concentrar casi un 90% de la población en este grupo, además de que no conocemos su incidencia o prevalencia, hemos decidido integrarnos al grupo Registro Iberoamericano de Espondiloartritis Seronegativas (RESPONDIA) con el objetivo de clasificar nuestra población de pacientes, así como comparar entre las similitudes y las diferencias de nuestra población desde el punto de vista clínico e inmunogenético.

## Material y métodos de RESPONDIA en Venezuela

En el año 2007, se conformó un grupo multicéntrico (RESPONDIA) con el apoyo de varios países latinoamericanos, España, así como la colaboración del Grupo de Estudio Español de Espondiloartritis (GRESSER), el cual facilitó su registro informatizado, que está dis-

ponible en internet (REGISPONSER), con el objeto de efectuar un registro de cohorte transversal de individuos con SpA en cada uno de los países participantes<sup>8,9</sup>. En Venezuela participaron 10 médicos reumatólogos aglutinados en 3 centros geográficos: *a)* área Sur-Oriental, en las ciudades de Maturín, Puerto Ordaz y Puerto la Cruz; *b)* región Occidental, en las ciudades de San Cristóbal, Mérida, Barquisimeto y Maracaibo, y *c)* región Central, en las ciudades de Caracas y Maracay. Todos los centros se consideraron como una referencia para las enfermedades reumáticas en su zona. Todos los reumatólogos participantes estaban obligados a incluir a todos los pacientes registrados consecutivamente que cumplieron con los criterios de inclusión, con excepción de aquellos que se negaron a participar, hasta un mínimo de 20 pacientes por centro.

### Pacientes

Los criterios de inclusión fueron: *a)* el cumplimiento de los criterios de clasificación del European Spondyloarthritis Study Group (ESSG)<sup>10</sup> y los de Amor<sup>11</sup>; *b)* disponibilidad de un análisis de sangre en los 15 días siguientes a la visita de inclusión, y un estudio radiográfico completo con un lapso no mayor de un año al momento de la inclusión, y *c)* un acuerdo previo para completar todos los cuestionarios autoadministrados.

A cada paciente se le asignó un código en la base de datos para evitar tener que recurrir a los datos de carácter personal del registro.

El período de inclusión se fijó en 12 meses. Todos los pacientes dieron su consentimiento para participar en el estudio, que aprobó el Comité de Ética del Hospital Universitario de Caracas.

### Recopilación de datos

Todos los reumatólogos participantes fueron previamente formados durante 2 días de reunión. A los responsables de la evaluación del paciente y de los datos incluidos en el sistema centralizado, se les efectuó un seguimiento externo para controlar las incoherencias y la fiabilidad de los criterios de inclusión, así como de los datos recogidos. Como información sociodemográfica, se registró la edad, el sexo, las variables relacionadas con el empleo y los hábitos, sobre todo el ejercicio regular.

Los datos referidos al diagnóstico son: el tiempo (año) del inicio de los signos y síntomas de específicos de SpA (dolor de espalda inflamatorio, artritis periférica, afectación extraaxial/extraesquelética), qué signos y síntomas tenía el paciente, cuándo se le diagnosticó la enfermedad, las respuestas emitidas por el paciente a cada uno de los criterios del ESSG, el diagnóstico específico que recibió cada paciente (EA, artritis psoriásica [APs],

artritis reactiva [ARe], espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal [SpA EII], espondiloartritis indiferenciadas [U-SpA], espondiloartritis juvenil [SpA Juv]), forma clínica de la enfermedad (axial, periférica, entesítica, extraarticular, o mixta) y si el paciente tenía historia familiar de SpA.

Para determinar el grado de afectación atribuible a la enfermedad, se registraron del examen físico del paciente, el número de articulaciones periféricas inflamadas, la puntuación de Maastricht Ankylosing Espondylitis Entesis (MASES)<sup>12</sup>, y las manifestaciones extraarticulares de la enfermedad.

Para evaluar el estado de la enfermedad, se utilizaron las medidas antropométricas siguientes: la distancia occipucio-pared, la prueba de Schober modificada, la flexión lateral de la columna lumbar, la expansión torácica, la rotación cervical y la distancia dedo-suelo.

Como medidas de estado de la enfermedad, también se incluyó: *a)* dolor por la noche en la última semana por escala visual analógica (EVA) del 0-10; *b)* una evaluación global de la actividad de la enfermedad, tanto por el médico como por el paciente, también por una EVA 0-10; *c)* el Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI)<sup>13</sup>, y *d)* la capacidad funcional a través de la escala de Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI)<sup>14</sup>. El grado de daño acumulado, usado como indicador, la evaluación radiológicas, expresada por el Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index (BASRI)<sup>15</sup>, tanto para la columna vertebral como total (BASRI de columna + BASRI de caderas). También se evaluó la existencia de erosiones, osteofitos y protuberancias en las caderas. Además, se evaluó de manera específica la calidad de vida con el cuestionario de calidad de vida para espondiloartritis (ASQoL)<sup>16</sup>, y de forma genérica con el Short Form Health Survey (SF-12)<sup>17</sup>. Las pruebas de laboratorio incluyeron la velocidad de sedimentación globular (VSG), la proteína C reactiva (PCR) y el antígeno HLA-B27. También se registró el estado actual del tratamiento entre ellos, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), glucocorticoides, fármacos modificador de la enfermedad reumática (FARME) y los tratamientos biológicos.

La eficacia de los AINE en el alivio del dolor se definió como la reducción del dolor en las 48 h después de su introducción o empeoramiento rápido en las 48 h después de su abandono.

Todos los datos se recopilaron en formularios, que finalmente se introdujeron en la base de datos en línea, y se guardó el soporte en papel disponible para su supervisión.

### Análisis estadístico

Los datos descriptivos se presentan como media  $\pm$  desviación estándar cuando se refiere a las variables cuanti-

tativas, y como frecuencias absolutas y porcentajes cuando se refiere a los aspectos cualitativos.

El análisis estadístico se realizó mediante el paquete informático SPSS 13.0 (SPSS Inc Chicago [IL, EE.UU.]).

## Resultados

En el estudio se incluyó a 69 pacientes, de los cuales 43 (62,3%) eran varones. Las características demográficas se resumen en la tabla 1, en la cual se observa que la edad media  $\pm$  desviación estándar de los pacientes era de  $40,98 \pm 13,70$  años, con  $29,44 \pm 13,70$  años al inicio de los síntomas. Desde el punto de vista racial, el 31,9% se definía como blanco, y el 39,1%, como mestizo del tipo blanco/negro. El 65,2% trabajaba, y 13 estaban incapacitados, ya fuera en forma transitoria (10,1%) o permanente (8,7%).

El diagnóstico más frecuentemente establecido correspondió a la EA, con 38 (55,1%) casos; el resto de los subtipos clínicos se distribuyeron en 15 (21,7%) con APs, 8 (11,6%) con U-SpA, 3 (4,3%) con SpA Juv y SpA EII (fig. 1).

La media  $\pm$  desviación estándar de edad de inicio de las manifestaciones clínicas fue de  $29 \pm 14$  años. Así, 51 (60,3%) de los pacientes iniciaron sus síntomas entre los 10 y 49 años. El tiempo de evolución hasta el momento del diagnóstico fue de  $5,59 \pm 6,6$  años. La historia familiar global de SpA se encontró en 19 (27,5%) de los casos.

La forma de inicio más frecuente fue la presentación mixta de artritis periférica y afectación del esqueleto axial, en una proporción de 38 (55,1%) casos y en la condición axial fueron 22 (31,9%).

Las manifestaciones clínicas acumuladas durante la evolución consistieron en la combinación de artritis y entesitis periférica, con afectación del esqueleto axial (tabla 2). Las extremidades inferiores se afectaron con más frecuencia que las superiores, y hasta un 43,5% de los pacientes estuvo afectado de las sacroilíacas. El 26,1% de los casos tuvo dactilitis. El dolor lumbar de tipo inflamatorio fue la forma de afectación axial más frecuente.

En relación con las manifestaciones extraarticulares, el 21,2% de los pacientes había tenido uveítis anterior no granulomatosa y el 17,4%, afectación ungueal. En general, pocos casos tuvieron otro tipos de afectación extraarticular (independientemente de la psoriasis) (tabla 2).

Las manifestaciones clínicas iniciales correspondieron a dolor lumbar inflamatorio (73,9%), seguida por dolor cervical (53,6%), artritis de las extremidades inferiores (50,7%), dolor glúteo alternante (43,5%) y entesitis (34,8%).

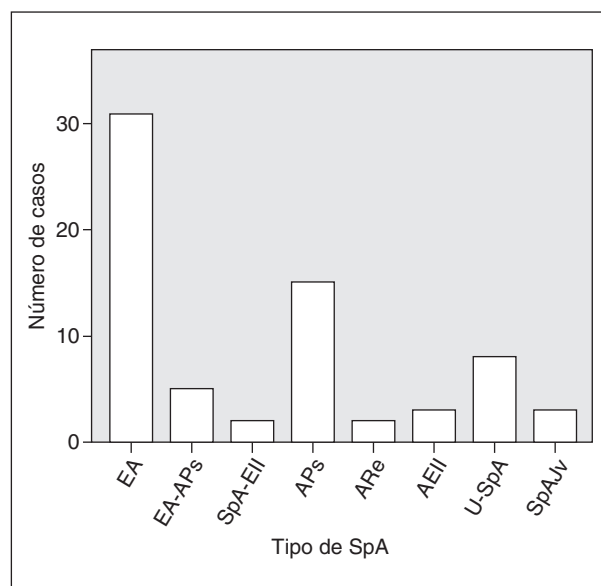
Las manifestaciones extraarticulares correspondieron a uveítis (20,3%) y afección ungueal (17,4%). Se observó

**TABLA 1. Características demográficas (n = 69)**

Sexo	
Varones	43 (62,3)
Mujeres	26 (37,7)
Edad	40,9 $\pm$ 13,6
Grupo étnico	
Blanca	22 (31,9)
Negra	8 (11,6)
Blanca-indígena	4 (5,8)
Indígena	1 (1,4)
Negra-indígena	2 (2,9)
Indígena-amarilla	4 (5,8)
Blanca-negra	27 (39,1)
Profesión	
Universitario	18 (26,1)
Técnico	15 (21,7)
Empleado	8 (11,6)
Obrero especializado	8 (11,6)
Obrero no especializado	20 (29)
Estudios	
Universitario	26 (37,7)
Bachillerato	17 (24,6)
Secundaria	11 (15,9)
Primaria	14 (20,3)
Analfabeto	1 (1,4)
Laborales	
Trabaja	45 (65,2)
No trabaja	8 (11,6)
En casa	7 (10,1)
En paro	3 (4,3)
Estudiante	2 (2,9)
Jubilado por edad	3 (4,3)
Incapacidad laboral	13 (18,8)
Transitoria	7 (10,1)
Permanente	6 (8,7)

Valores expresados como números (y porcentajes).

que 4 pacientes tenían alguna manifestación pulmonar. El tratamiento de la mayoría de los pacientes incluyó el uso de AINE (67 [97,1%] de los casos), seguido por metratexato (37 [53,6%]), esteroides (32 [46,4%]), sul-



**Figura 1.** Frecuencia de los diferentes tipos de espondiloartritis. AEII: artritis asociada a enfermedad inflamatoria; APs: artritis psoriásica; ARe: artritis reactiva; EA: espondilitis anquilosante; EA-APs: espondiloartritis psoriásica; SpA EII: espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal; SpAJuv: espondiloartritis juvenil; U-SpA: espondiloartritis indiferenciadas.

**TABLA 2. Manifestaciones clínicas acumuladas durante la evolución**

<b>Articulares</b>	
Artritis de las extremidades inferiores	35 (50,7)
Entesitis	24 (34,8)
Dolor lumbar inflamatorio	51 (73,9)
Dolor glúteo alternante o sacroilíaco	43 (43,5)
Dolor cervical	37 (53,6)
Artritis de las extremidades superiores	13 (18,8)
Dolor coxofemoral	6 (8,7)
Tarsitis	4 (5,8)
Dactilitis	18 (26,1)
<b>Extraarticulares</b>	
Uveítis	14 (21,2)
Balanitis	3 (4,3)
Pulmonares	4 (5,8)
Pustulosos plamoplantar	2 (2,9)
Acné conglobata	1 (1,5)
Afección ungueal	12 (17,4)
Cardíacas	3 (4,3)
Renales	3 (4,3)

Valores expresados como número (%).

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

BASDAI, puntuación	4,43 ± 3,0
Articulaciones inflamadas, n	1,29 ± 2,0
Entesis adoloridas, n	0,69 ± 0,4
EVA actividad, médico	4,83 ± 2,7
EVA dolor, última semana, noche	4,99 ± 3,4
EVA global del paciente	4,97 ± 2,9
EVA dolor, última semana	4,31 ± 3,1
VSG, mm/h	32,16 ± 18,3
PCR	8,41 ± 12,9
BASFI, puntuación	3,64 ± 3,5
Schober modificado, cm	3,1 ± 1,6
Distancia dedos-suelo, cm, media (mín.-máx.)	23,28 (16,5)
Distancia occipucio-pared, cm, media (mín.-máx)	5,83 (5,7)
SF12, puntuación	35,58 ± 6,9
Expansión torácica (cm)	2,6 ± 1,5

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 ± desviación estándar, excepto que se especifique otro.

fasalacina (28 [40,6%]) y antifactor de necrosis tumoral (19 [27%]).

La exploración física y los cuestionarios aplicados mostraron un espectro amplio de resultados. Mientras que el promedio del BASDAI fue de 4,4, los promedios y las medianas de la mayoría del resto de los parámetros que reflejan actividad inflamatoria se encontraron en valores bajos; sin embargo, no fue así para la PCR (tabla 3). El promedio del BASFI fue de 3,6 y las cifras de Schober, modificado y expansión torácica fueron menores a las esperadas en la población general.

En el análisis descriptivo se identificó a 3 subgrupos clínicos, dados por la presencia de EA, APs y U-SpA, las cuales agrupan aproximadamente al 88,40% de todos los pacientes (tabla 4). Entre las características de estos pacientes, se han identificado diferencias estadísticamente significativas en la distribución del sexo, ya que las mujeres predominaron en el subgrupo de APs y los varones en el de EA. Además, se identificaron diferencias significativas en la historia familiar de SpA, en la edad de inicio de la enfermedad, por lo que los pacientes de U-SpA son los más jóvenes, en contraposición a los portadores de APs. Las características clínicas significativas entre estos 3 grupos estaban dadas por la presencia de dolor cervical, no hubo diferencias significativas entre las manifestaciones de artritis de las

TABLA 4. Descripción de los principales parámetros por subgrupos más importantes

	EA	U-SpA	APs	p
<b>Datos demográficos</b>				
Varones	28	4	4	0,014
Mujeres	10	4	11	
Edad	45,4 ± 10,6	36,1 ± 8,1	44,5 ± 19,5	0,008
<b>Datos clínicos, incluidas las manifestaciones acumuladas</b>				
Edad al inicio de los síntomas	30,3 ± 14,8)	23,6 ± 10,6	41,7 ± 16,6	0,039
Tiempo de evolución en el diagnóstico	14,7 ± 10,2	15 ± 7,3)	9,1 ± 5,7	NS
Historial familiar de SpA	9 (31)	1 (20)	6 (40)	0,014
Dolor lumbar inflamatorio	27 (87,1)	4 (80)	9 (60)	NS
Artritis de las extremidades inferiores	12 (38,7)	2 (40)	10 (66,7)	NS
Entesitis	11 (35,5)	2 (40)	6 (40)	NS
Dolor glúteo alternante o sacroilíaco	14 (45,2)	1 (20)	7 (46,7)	NS
Artritis de las extremidades superiores	5 (16,1)		5 (33,3)	NS
Dolor cervical	21 (67,7)	3 (60)	4 (26,7)	0,012
Dolor coxofemoral	4 (12,9)			NS
Tarsitis	2 (6,5)			NS
Dactilitis	3 (9,7)		9 (60)	0
<b>Clinimetría</b>				
BASDAI, puntuación	4,7 (2,4)	3,9 (3)	4,4 2,7	NS
Articulaciones Inflamadas, n	1,5 ± 2	0 ± 0	1,4 ± 2,4	NS
Entesis adoloridas, n	2,8 ± 1,2	2 ± 1	2,1 ± 1	NS
EVA actividad, médico	5 ± 3,2	6,3 ± 2,6	4,8 ± 2,9	NS
EVA dolor, última semana, noche	5,9 ± 3,4	5,7 ± 2,8	2,9 ± 3,5	NS
EVA global del paciente				NS
EVA dolor, última semana	5 (3,1)	6,5 (3,2)	2,3 (3,2)	< 0,05
VSG, mm/h	32,8 (18,2)	29,7 (25,4)	32,2 (15)	NS
PCR	9 (13)	13,8 (25,1)	5,6 (8)	NS
BASFI, puntuación	5,5 (2,6)	3,9 (3)	3,9 (2,8)	NS
Schober modificado, cm	2,7 (1,5)	3,8 (1,7)	4,1 (1,0)	NS
Distancia dedos-suelo, cm, media (mín.-máx.)	26,4 (17,5)	24,1 (13,8)	20 (13,8)	< 0,05
Distancia occipucio-pared, cm, media (mín.-máx.)	7,1 (4,9)	3 (3)	3 (3,6)	< 0,05
SF12, puntuación				NS
Expansión torácica, cm	2,6 (1,6)	2,3 (1,2)	2,8 (1,8)	NS

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); NS: no significativo; PCR: proteína C reactiva; SpA: espondiloartritis; 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.

extremidades superiores e inferiores, dactilitis, entesitis, VSG y PCR. En cuanto a la clinimetría, sólo se observaron diferencias en EVA de dolor del paciente en la última semana, la distancia dedo-suelo y la de ocupacio-pared.

## Discusión

Se trata del primer trabajo multicéntrico realizado en Venezuela que describe las características clínicas de la SpA, a partir del uso de técnicas tanto clínicas, como de registro estandarizadas a través REGISPONSER. Para realizarlo, se eligieron diversas localidades urbanas, en centros de referencia reumatológica. Cuando comparamos nuestros resultados con los observados en España<sup>17</sup> y con el estudio de proposición de los criterios diagnósticos realizados por Amor et al<sup>10</sup>, apreciamos escasas diferencias respecto a la forma de presentación más frecuente: EA 61,1 y 60,5%, APs 21 y 25,8%, U-SpA 14,9 y 5%, respectivamente.

En nuestro grupo, llama la atención la presencia de aproximadamente un 75% de población en edad productiva, cuyas manifestaciones clínicas afectan al eje axial, primordialmente el segmento lumbosacro sobre el cervical, las articulaciones de las extremidades inferiores. Ello ocasiona diversos grados de discapacidad, entre los cuales el 18,8% tiene incapacidad laboral, ya sea permanente (8,7%) o transitoria (10,1%), lo cual representa un alto coste social, aún no cuantificado en Venezuela. Al revisar las consecuencias socioeconómicas del problema en otras latitudes, en un trabajo multicéntrico, Ward et al<sup>18</sup> demostraron que el 13,3% de su grupo estudiado (591 pacientes con EA) tenían discapacidad laboral, con diferencias significativas respecto a la población general, y que esta asociación era mayor en pacientes mayores de 45 años y con un tiempo de enfermedad superior a 20 años. En un estudio realizado en Alemania el año 2000<sup>19</sup>, se establece que tanto la ARE como la EA producen valores similares de discapacidad laboral, especialmente en los varones en edad productiva. Aunque los objetivos del presente estudio no estaban dirigidos a identificar la repercusión socioeconómica de las SpA, sí que se puede inferir el alto coste social de esta enfermedad, por lo que es necesario realizar un trabajo de este tipo en el que se consideren nuestras características sociales.

De la misma forma, nuestro grupo se distribuyó fundamentalmente en 2 grupos: la EA y la APs, con lo que se observó que el sexo, la edad al inicio de presentación y la localización cervical de los síntomas son las características que permiten diferenciar a estos grupos. Este comportamiento guarda diferencias respecto a la serie mexicana, en la que se encontraron diferencias con manifestaciones, como la afectación coxofemoral y la tarsitis.

Nuestro estudio tiene limitaciones asociadas al número de pacientes estudiados y, probablemente, a la normalización de la valoración de este grupo de pacientes; sin embargo, la similitud de nuestros datos con otras cohortes de pacientes nos permite establecer la necesidad de llevar adelante en Venezuela un estudio que permita valorar los costes asociados a esta enfermedad, así como evaluar el impacto familiar de un problema que afecta a varones y mujeres jóvenes y en edad productiva.

## Agradecimientos

El grupo RESPONDIA de Venezuela agradece a la Sociedad Española de Reumatología el apoyo sin restricciones para llevar a cabo este proyecto. Asimismo, agradece a Pilar Font y Elisa Muñoz el desarrollo de la base de datos y, especialmente, a los Dres. Janitzia Vázquez-Mellado y Eduardo Collantes-Estévez por la coordinación, la formación de los participantes, la revisión y el análisis de las bases de datos. Al laboratorio Schering-Plough división Kirby.

## Bibliografía

- 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.
- Khan MA. Update on spondyloarthropathies. *Ann Intern Med.* 2002;135:896-907.
- Van der Linden SM, Valkenburg HA, De Jongh BM, Cats A. The risk of developing ankylosing spondylitis in HLA-B27 positive individuals. A comparison of relatives of spondylitis patients with the general population. *Arthritis Rheum.* 1984;27:241-9.
- Gran JT, Husby G, Hordvik M. Prevalence of ankylosing spondylitis in males and females in a young middle-aged population of Tromsø, northern Norway. *Ann Rheum Dis.* 1985;44:359-67.
- Pérez-Rojas GE, Paul-Moya H, Bianco NE, Abad I. Seronegative spondyloarthropathies and HLA antigens in a Mestizo population. *Tissue Antigens.* 1984;23:107-11.
- Rivera S, Hassanhi M, Márquez G, Fuenmayor A, Monzón J, Avila J. Relation of spondylarthropathies and HLA-B27 antigen in patients from the state of Zulia, Venezuela. *Sangre (Barc).* 1996;41:473-6.
- Cipriani A, Rivera S, Hassanhi M, Márquez G, Hernández R, Villalobos C, et al. HLA-B27 subtypes determination in patients with ankylosing spondylitis from Zulia, Venezuela. *Hum Immunol.* 2003;64:745-9.
- Muñoz Gomariz E, Ciscal del Mazo A, Collantes-Estévez E. Validación de criterios diagnósticos y de clasificación de las espondiloartropatías: Estudio multicéntrico en España. *Rev Esp Reumatol.* 1994;21:426-9.
- Collantes E, Zarco P, Muñoz E, Juanola X, Mulero J, Fernández-Sueiro JL, et al. Disease pattern of spondyloarthropathies in Spain: description of the first national registry (REGISPONSER)—extended report. *Rheumatology.* 2007;46:1309-15.
- Dougados M, Van der Linden S, Juhlin R, Huitfeldt B, Amor B, Calin A, et al. The European Spondyloarthropathy Study Group Preliminary Criteria for the Classification of Spondyloarthropathy. *Arthritis Rheum.* 1991;34:1218-27.
- Amor B, Dougados M, Lustrat V, Menkes CJ, Dubost JJ, Roux H, et al. Evaluation of the Amor criteria for spondylarthropathies and European Spondylarthropathy Study Group (ESSG). A cross-sectional analysis of 2,228 patients. *Ann Med Interne (Paris).* 1991;142:85-9.
- Heuft-Dorenbosch L, Spoorenberg A, Van Tubergen A, Landewé R, Van der Tempel H, Mielants H, et al. Assessment of enthesitis in ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis.* 2003;62:127-32.
- 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.

14. 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.
15. Mackay K, Mack C, Brophy S, Calin A. The Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index (BASRI). A new validated approach to diseases assessment. *Arthritis Rheum.* 1998;41:2263-70.
16. Doward LC, Spoorenberg A, Cook SA, Whalley D, Helliwell PS, Kay LJ, et al. Development of the ASQoL: a quality of life instrument specific to ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis.* 2003;62:20-6.
17. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey. Construction of scales and preliminary test of reliability and Validity. *Med Care.* 1996;34:220-33.
18. Ward MM, Reveille JD, Leach TJ, Davis JC Jr, Weisman MH. Impact of ankylosing spondylitis on work and family life: comparisons with the US population. *Arthritis Care Research.* 2008;59:497-503.
19. Zink A, Braun J, Listing J, Wollenhaupt J. Disability and handicap in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis—results from the German rheumatological database. German Collaborative Arthritis Centers. *J Rheumatol.* 2000;27:613-22.