



Editorial

Nuevos paradigmas en el diagnóstico y la clasificación de las espondiloartritis

New paradigms in the diagnosis and classification of the spondylarthritis

Eduardo Collantes-Estevez

Unidad de Gestión Clínica y Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Reina Sofía/Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Universidad de Córdoba, Córdoba, España

Importantes avances en el conocimiento de las espondiloartritis (EsAs) en el área de los criterios para su clasificación¹ han mejorado significativamente el abordaje de estas enfermedades y una mejor identificación de los pacientes en estadios tempranos de la enfermedad². Conceptualmente el término espondiloartritis (EsA) sigue representando a un grupo heterogéneo de enfermedades interrelacionadas³ que se denomina «espondiloartritis» (EsA), aunque frecuentemente se utiliza en su forma plural, «las espondiloartritis (EsAs)», lo que acentúa el sentido de grupo, más que el de una enfermedad con diferentes presentaciones clínicas⁴.

En las ciencias médicas en general, y en reumatología en particular, los sistemas de criterios de diagnóstico o de clasificación, se usan indistintamente para la investigación y para la práctica clínica. Sin embargo, las diferencias entre ambos son sustanciales y deben conocerse antes de su aplicación. Los criterios *diagnósticos* se deben aplicar a pacientes individuales y deben ser especialmente sensibles (alta sensibilidad) para permitir la identificación de pacientes con la enfermedad desde las primeras etapas de esta. Dependen de la prevalencia de la enfermedad. Por el contrario, el propósito de los criterios de *clasificación* es diferenciar a pacientes con una enfermedad específica de pacientes con otra enfermedad diferente o de individuos de la población general, y se usan en investigación clínica o epidemiológica para crear grupos homogéneos de pacientes. Estos criterios deben tener una alta especificidad y exigen ser aplicados sobre pacientes «ya diagnosticados». Sus cualidades no dependen de la prevalencia y no deberían ser aplicados «automáticamente» para el diagnóstico, especialmente en poblaciones donde la prevalencia sea baja⁵, como ocurre en las consultas de medicina general, donde la prevalencia de las EsAs es baja y la de la lumbalgia alta.

En el campo de las EsA, a comienzos de los años noventa se desarrollaron casi simultáneamente 2 sistemas de criterios de clasificación, los de Amor⁶ y los de Grupo Europeo para el Estudio de las Espondilartropatías (ESSG)⁷, que han sido muy útiles gracias a sus buenas cualidades en términos de sensibilidad (Amor 90,8% y ESSG 83,5%) y especificidad (Amor 96,2% y ESSG 95,2%). Sin embargo, la introducción de procedimientos diagnósticos por

imagen, especialmente la resonancia magnética, capaz de detectar precozmente sacroilitis; la eficacia de los fármacos biológicos en estadios tempranos de la enfermedad⁸ y la necesidad de reconocer a enfermos en estadios cada vez más precoces evidenciaron las carencias de estos criterios para el reconocimiento temprano (preradiológico) de la afectación inflamatoria de las articulaciones sacroilíacas y de ahí surgió la necesidad de desarrollar un nuevo sistema de criterios de clasificación que obviara estas limitaciones, tarea que desarrolló ASAS⁹.

Previamente, fue necesario redefinir algunos conceptos. En primer lugar, se publicó una nueva definición de lumbalgia inflamatoria¹⁰. En segundo lugar, ASAS ha propuesto dividir a los pacientes con EsA en 2 subgrupos de acuerdo con la forma de presentación clínica: *EsA predominantemente axial*¹¹ (que incluiría a la EA y a las formas iniciales, actualmente denominadas EsA axial no radiográfica) y *EsA predominantemente periférica* (incluye la artritis reactiva, la artritis psoriásica, la artritis asociada a enfermedad inflamatoria crónica intestinal y la EsAInd)¹². Y en tercer lugar, se acuñó el término de «*espondiloartropatía axial preradiográfica*» o «*espondiloartritis axial no radiográfica (EsAax/pnRx)*», que se refiere a pacientes con forma clínica predominantemente axial en los que no se detecta daño estructural radiográfico en las articulaciones sacroilíacas y que, por tanto, no podrían ser diagnosticados de EA, aunque clínicamente sean indistinguibles; ambas (EsAax/pnRx y EA) representan una única enfermedad en distintos estadios evolutivos¹³.

Con estas premisas, ASAS ha desarrollado y validado unos nuevos criterios para clasificar a los pacientes de acuerdo con su forma de expresión clínica (axial^{14,15} o periférica¹⁶). En el subtipo axial, un paciente puede clasificarse si presenta dolor lumbar de más de 3 meses de evolución, inicio antes de los 45 años de edad y que presente imagen de sacroilitis (radiografía o RM) definida más, al menos, una de las 11 características de EsA que se especifican; o bien (si no tienen el criterio de SI) que sea HLA-B27 positivo y, al menos, 2 de estas características. Para el subtipo periférico, se requiere la presencia de artritis o entesitis o dactilitis como criterio de entrada, y una o 2 de las características que se definen. La sensibilidad y la especificidad de los nuevos criterios son: para los criterios de EsA axial, el 82,9 y el 84,4%, respectivamente, y para los criterios de EsA periférica, el 78,0 y el 82,2%.

Correos electrónicos: ecollantes@ser.es, ecollantes@ctv.es

Respecto a los anteriores, los criterios ASAS informan del tipo de sintomatología predominante¹⁷ y presentan unas cualidades ligeramente mejores; incluso cuando se modifican estos añadiéndoles la RM. Sin embargo, algunas consideraciones merecen ser tenidas en cuenta. Estos sistemas de clasificación (axial y periférica) no deberían ser excluyentes entre sí, ya que es frecuente el cambio en el patrón fenotípico a lo largo del proceso evolutivo de la enfermedad. Por otro lado, estos criterios, aparentemente, están restringidos a pacientes menores de 45 años y limitarían la capacidad de incluir algunos pacientes con formas periféricas, particularmente artritis reactiva o artritis psoriásica, que frecuentemente comienzan por encima de este límite. Algunos autores¹⁸ han destacado las diferencias en el acceso a la RM en diferentes países, lo que puede condicionar la aplicabilidad de los criterios en la práctica clínica.

Los criterios ASAS se han desarrollado como criterios de clasificación, pero, si se aplican en un escenario en el que la prevalencia de la enfermedad sea alta (consulta de reumatología atendiendo a pacientes con sospecha de EsA), pueden también ser usados como criterios diagnósticos. En otros escenarios, como en medicina general, no se disponen de datos suficientes para ser usados para el diagnóstico.

En resumen, los nuevos criterios ASAS suponen un paso adelante en el objetivo de una mejor clasificación de los pacientes con EsA axial y periférica que los anteriormente desarrollados, en especial en fases iniciales de la enfermedad. Otro de los potenciales objetivos de estos criterios es facilitar la realización de ensayos clínicos y estudios de observación en pacientes con EsA axial preradiográfica; pero probablemente la más importante aportación que puedan hacer estos criterios sea que permitan ampliar el espectro de indicación terapéutica, vía autorización de las agencias competentes Agencia Europea de Medicamentos y Food and Drug Administration con fármacos bloqueantes del TNF a pacientes con formas muy tempranas de la enfermedad⁸, y por fin veamos confirmado (o no) que la actitud terapéutica enérgica sobre las EsAaxnRx cambia el curso de la enfermedad o, incluso, que se consigan remisiones permanentes.

Bibliografía

- Dougados M, Baeten D. Spondyloarthritis. *Lancet*. 2011;377:2127–37.
- Van Tubergen A, Weber U. Diagnosis and classification in spondyloarthritis: Identifying a chameleon. *Nat Rev Rheumatol*. 2012;8:253–61.
- Zochling J, Brandt J, Braun J. The current concept of spondyloarthritis with special emphasis on undifferentiated spondyloarthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2005;44:14883–91.
- Baeten D, Breban M, Lories R, Schett G, Sieper J. Are the spondyloarthritis related but distinct conditions or a single disease with a heterogeneous phenotype? *Arthritis Rheum*. 2013;65:12–20.
- Muñoz Gomariz E, Pérez Guijo V, Escudero Contreras A, Muñoz Villanueva MC, Ciscal del Mazo A, Collantes Estévez E, The potential of ESSG (European Spondyloarthropathy Study Group). Classification criteria as diagnostic aid in rheumatological practice. *J Rheumatol*. 2002;29:326–30.
- Amor B, Dougados M, Mijiyawa M. Critères de classification des spondylarthropathies. *Rev Rheum Mal Ost*. 1990;57:85–9.
- Dougados M, Van der Linden SM, Jhulin 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.
- Sieper J, Braun J. How important is early therapy in axial spondyloarthritis? *Rheum Dis Clin North Am*. 2012;38:635–42.
- Rudwaleit M, Khan M, Sieper J. The challenge of diagnosis and classification in early ankylosing spondylitis. Do we need new criteria? *Arthritis Rheum*. 2005;52:1000–8.
- Sieper J, van der Heijde D, Landewé R, Brandt J, Burgos-Vargas R, Collantes Estévez E, et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: A real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS). *Ann Rheum Dis*. 2009;68:784–8.
- Braun J, Sieper J. Classification, diagnosis and referral of patients with axial spondyloarthritis. *Rheum Dis Clin N Am*. 2012;38:477–85.
- Rudwaleit M. New approaches to diagnosis and classification of axial and peripheral spondyloarthritis. *Curr Opin Rheumatol*. 2010;22:375–80.
- Sieper J, Van der Heijde D. Nonradiographic axial spondyloarthritis. new definition of an old disease? *Arthritis Rheum*. 2013;65:543–51.
- Rudwaleit M, Landewe R, van der Heijde D, Listing J, Brandt J, Braun J, et al. The development of Assessment of Spondyloarthritis international Society (ASAS) Classification Criteria for Axial Spondyloarthritis (Part I): Classification of paper patients by expert opinion including uncertainty appraisal. *Ann Rheum Dis*. 2009;68:770–6.
- Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Listing J, Akkoc N, Brandt J, et al. The development of Assessment of Spondyloarthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): Validation and final selection. *Ann Rheum Dis*. 2009;68:777–83.
- Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Akkoc N, Brandt J, Chou CTY, et al. The Assessment of Spondyloarthritis International Society classification criteria for peripherals spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2011;70:25–31.
- Van den Berg R, van der Heijde D. How should we diagnose spondyloarthritis according to the ASAS classification criteria? A guide for practicing physicians. *Pol Arch Med Wewn*. 2010;120:452–7.
- Zeidler H, Bernard A. The Assessment in Spondyloarthritis International Society (ASAS) classification for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general: The spondyloarthritis concept in progress. *An Rheum Dis*. 2011;70:1–3.