

ERRORES EN EL DIAGNÓSTICO DE ESPONDILOARTRITIS AXIALES

Introducción

En el ejercicio de la medicina se utilizan cada vez más medios tecnológicos, incluyendo historias clínicas digitalizadas, prescripciones de pruebas por vía informática y recetas electrónicas. Al tiempo, se ha producido un incremento en el abanico de posibles pruebas de laboratorio, de técnicas de diagnóstico mediante imagen y se ha ampliado el repertorio farmacológico para cuyo conocimiento y adecuado manejo es preciso disponer de más tiempo de estudio. En la práctica diaria, es muy difícil conseguir ese tiempo y la presión asistencial, tanto en atención primaria como en algunas especialidades, constituye un problema adicional. Gran parte de la duración de una consulta médica deriva de tareas en el ordenador, cubriendo con los datos de los pacientes los correspondientes casilleros de los programas informáticos que se estén utilizando y, casi sin percibirlo, de manera acelerada, se van menoscabando dos de los pilares básicos de los actos médicos: la anamnesis y la exploración física. Para paliar el escaso tiempo de que dispone el facultativo para dichos actos médicos (especialmente en atención primaria), se ha fomentado la elaboración de protocolos de actuación ante determinadas situaciones clínicas como, por ejemplo, el dolor lumbar (lumbalgia) o el hipotiroidismo. Los algoritmos de esos protocolos son orientativos y, obviamente, recogen elementos importantes para las decisiones. Sin embargo, no son exhaustivos y tienen ciertas imprecisiones: justificarse con afirmar que se ha seguido el protocolo no debería considerarse eximente de un error en la práctica clínica. A su vez, aparece la tentación de forzar la interpretación de los síntomas referidos por el paciente para “ajustarla” al protocolo, lo que ni es ético ni es correcto. El protocolo debe servir de orientación, matizándolo y completándolo según las particularidades de cada enfermo. La selección adecuada de las pruebas de laboratorio y de las técnicas de diagnóstico por la imagen que se van a solicitar requieren reflexión y una base sólida constituida por la anamnesis y la exploración física. Lo mismo ocurre a la hora de ponderar las prescripciones de los medicamentos, que requiere conocer los que estaba recibiendo previamente y ponderar la indicación de los nuevos y las interacciones de todos ellos. La falta de consciencia respecto a los efectos adversos de fármacos ampliamente prescritos, condiciona su consideración como nuevos procesos o enfermedades para las que hay que se prescriben más medicamentos¹⁻³.

El síntoma más importante en las espondiloartritis axiales es el dolor lumbar inflamatorio (70-80%). El dolor en la columna vertebral de los pacientes con espondiloartritis suele mejorar con el ejercicio mientras empeora durante la noche o de madrugada; además, es frecuente que tenga un comienzo gradual y se asocie a rigidez matutina cuya duración es mayor de media hora. Si se desarrolla sacroiliitis, son habituales las pseudociatalgias basculantes (dolor lumbar irradiado a nalga y muslo por su cara posterolateral que por temporadas afectan a uno u otro lado). No son

infrecuentes el dolor cervical y el dolor de la pared torácica (40%) que puede inducir estudios cardiovasculares innecesarios. Los pacientes con dolor lumbar inflamatorio pueden pasar años tomando antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y mio relajantes sin ser adecuadamente diagnosticados⁴. Esta situación llevó a la creación de la *Assessment of SpondyloArthritis International Society* (ASAS) que elaboró criterios que permitieron un diagnóstico más precoz de este grupo de enfermedades.

Los criterios diagnósticos ASAS se exponen en la tabla 1, y como puede comprobarse, la demostración de sacroiliitis en las técnicas de diagnóstico por la imagen es la piedra angular para la clasificación de los pacientes. Muchos médicos, incluso reumatólogos, cuando solicitan las pruebas de imagen, únicamente revisan el informe emitido por el radiólogo, sin analizar por sí mismos las técnicas de imagen solicitadas. Esto conlleva potenciales sesgos o errores en la interpretación: el radiólogo rara vez revisa a fondo la historia del paciente y normalmente describe las imágenes e interpreta su potencial significado de acuerdo a la información clínica básica remitida.

TABLA 1 Criterios ASAS para la clasificación de las espondiloartritis axiales (Pacientes de menos de 45 años y con dolor lumbar de tres o más meses) (Es necesario cumplir los requisitos de una de las dos columnas)	
Datos de sacroiliitis en técnicas de diagnóstico por la imagen además de uno más de los siguientes: -Dolor lumbar de ritmo inflamatorio -Artritis -Entesitis en el área talar -Uveitis -Dactilitis -Psoriasis -Enfermedad de Crohn -Historia familiar de espondiloartritis -Elevación de la proteína C reactiva -Buena respuesta a los antiinflamatorios no esteroideos	HLA-B27 y dos o más de los siguientes: -Datos de sacroiliitis activa en las técnicas de diagnóstico por la imagen (resonancia magnética) -Sacroiliitis radiográfica según los criterios de New-York modificados*

La técnicas de imagen en el diagnóstico de sacroiliitis y posibilidad de error en la clasificación del paciente en el grupo de espondiloartritis axial⁵⁻⁹.

Las técnicas de imagen más solicitadas son las radiografías simples pero los hallazgos típicos en pacientes con espondiloartritis como esclerosis, erosiones, puentes óseos en el tercio inferior son muy tardíos (años o décadas). Si se observan esas lesiones, hablamos de espondiloartritis radiográfica.

La tomografía computarizada ofrece una precisión superior a la radiografía convencional para detectar anomalías sacroilíacas tempranas. Sin embargo, no detecta permite observar el edema de la médula ósea (que reflejaría inflamación) ni cambios grasos, que a menudo preceden a alteraciones estructurales típicas de la sacroiliitis como las erosiones.

La gammagrafía ósea es una prueba de medicina nuclear que utiliza radioisótopos para detectar áreas de metabolismo óseo aumentado. Es muy sensible pero no específica (la hipercaptación del radioisótopo se produce también en neoplasias malignas, infecciones, fracturas y diversos procesos inflamatorios).

La resonancia magnética es la técnica de imagen más solicitada para estudiar las sacroilíacas ante la sospecha de una espondiloartritis en fase inicial, permitiendo analizar cortes en varios planos; pero no ha de olvidarse que la resonancia magnética no es totalmente sensible ni específica. Así, su sensibilidad varía del 50% al 70% y su especificidad del 85% al 97%. Hay signos de edema óseo en las carillas sacroilíacas (que suele interpretarse como inflamación) en 6-7% de los controles sanos y en 20-25% de los pacientes con otros tipos de lumbalgia (sin espondiloartritis). Estos datos reflejan la necesidad de que la solicitud de la resonancia de sacroilíacas se realice desde una sólida anamnesis y exploración, conociendo la comorbilidad del paciente (otros problemas de salud que puedan producir anomalías en las técnicas de imagen susceptibles de errores en la valoración radiológica).

Entre los pacientes incorrectamente diagnosticados de espondiloartritis a través de los datos de la resonancia cabe mencionar como ejemplos: pacientes con infección sacroilíaca bacteriana; otros con hiperparatiroidismo (hipersecreción de parathormona que, al inducir excesiva resorción ósea, origina dolor óseo con potencial localización en región lumbosacra); personas con gota por urato y por pirofosfato, donde los depósitos microcristalinos se habían producido también en las sacroilíacas e incluso enfermos con neoplasias malignas con metástasis en las sacroilíacas⁵. Otros muchos procesos pueden provocar lesiones en las regiones sacroilíacas causando confusión en la interpretación de la resonancia magnética: traumatismos lumbosacros recientes (no recogidos en la anamnesis), fracturas de estrés (durante el parto o en prácticas deportivas...), sacroilíacas accesorias^{10,11} (anomalía ortopédica capaz de inducir dolor lumbosacro), osteitis condensante de

los ilíacos... Las radiografías simples también pueden inducir a error en entidades como la hiperostosis esquelética idiopática difusa, condrocalcinosis, gota e incluso en algunos tumores como el mieloma múltiple¹².



Imágenes radiográficas correspondientes a proyecciones laterales de columna lumbar de dos enfermos. En ausencia de más información parecerían ambas compatibles con espondilitis anquilosante avanzada (“columna en caña de bambú”). Sin embargo, la imagen de la izquierda es de un paciente con ocronosis (alcaptonuria), enfermedad caracterizada por depósito en los tejidos de ácido homogentísico. La imagen de la derecha corresponde a un paciente con espondilitis anquilosante evolucionada. La clínica y la exploración serían diferentes, sobre todo por la pigmentación oscura típica en la piel (visible en cara y pabellones auriculares) del paciente con ocronosis.

La anamnesis y la exploración no son sustituibles por pruebas de laboratorio o de imagen, pues ambas son complementarias. Pivotar la base del diagnóstico sobre los datos de laboratorio o de imagen, en especial sobre hallazgos de la resonancia magnética, puede inducir a error, llevando a clasificar a un enfermo como afectado de una espondiloartritis axial y condicionando yatrogenia. No es excepcional que a la consulta acudan cada vez más enfermos diagnosticados de espondiloartritis axial, incluso con tratamientos biotecnológicos, que no han experimentado alivio sintomático.

En esta sucinta exposición no se hace referencia a potenciales errores respecto a la clasificación dentro de las espondiloartritis periféricas, pero queda abierta esta posibilidad si es de interés para los socios.

Bibliografía

- 1- Planelles D I et al. Prevalence of potentially inappropriate prescriptions according to the new STOPP/START criteria in nursing homes: systematic review. Healthcare 2023; <https://doi.org/10.3390/healthcare11030422>.
- 2- Liew TM et al. Potentially inappropriate prescribing among older persons: a meta-analysis of observational studies. Ann Fam Med 2019; 17: 257-266.
- 3- Laporte J.R. Crónica de una sociedad intoxicada. 4ª Ed. Barcelona. Ediciones península. 2024.
- 4- Jurkowski M, Jeong S, Brent LH. Axial Spondyloarthritis: Clinical Features, Classification, and Treatment. JSM Arthritis. 2021; 4(1): 1029.
- 5- Huang F, et al. Sacroiliitis Misdiagnosed As Spondyloarthritis: Clinical Analysis of 581 Cases [abstract]. Arthritis Rheumatol. 2015; 67 (suppl 10).
- 6- Caetano AP et al. Axial Spondyloarthritis: Mimics and Pitfalls of Imaging Assessment. Front Med (Lausanne). 2021 Apr 22;8:658538. doi: 10.3389/fmed.2021.658538. PMID: 33968964; PMCID: PMC8100693.
- 7- Ciaffi, J., Borlandelli, E., Tetta, C. et al. An elusive mimic of sacroiliitis: diagnostic dilemma for the rheumatologist. Clin Rheumatol 40, 4357–4358 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10067-021-05714-7>
- 8- Tu J, Wang J, Xu S. Misdiagnosis of sacroiliac joint gout as ankylosing spondylitis: Solving the diagnostic dilemma with dual-energy computed tomography. Sage Open Medical Case Reports. 2025;13. doi:[10.1177/2050313X251351769](https://doi.org/10.1177/2050313X251351769)
- 9- Mease P, Deodhar A. Differentiating nonradiographic axial spondyloarthritis from its mimics: a narrative review. BMC Musculoskelet Disord. 2022 Mar 12;23(1):240. doi: 10.1186/s12891-022-05073-7.
- 10- El Rafei M et al. Sacroiliac joints: anatomical variations on MR images. Eur Radiol. 2018; 28: 5328–37. doi: 10.1007/s00330-018-5540-x
- 11- Song R et al. Progressive sacroiliitis due to accessory sacroiliac joint mimicking ankylosing spondylitis. A case report. Medicine. 2019; doi.org/10.1097/MD.00000000000015324.
- 12- Ran Song, MD, PhD, Soyun Lee, MD, Sang-hoon Lee, MD, PhD*
- 13- Adhikari R. The Art of Deception: Multiple Myeloma Imitating Spondyloarthritis - A Diagnostic Challenge. Authorea. 2025; 10: doi.org/10.22541/au.176009239.95170399/v1.

Dr. Norberto Gómez Rodríguez
Reumatólogo.
Vigo, a 4 de marzo de 2026