

ASAS y anti-TNF α

ASAS (Assessment in SpondyloArthritis International Society), que podríamos traducir como la Sociedad Internacional para la Valoración de las Espondiloartritis es una entidad de reciente creación en la que se han dado cita los reumatólogos con mayor experiencia e interés en la espondilitis anquilosante (y otras espondiloartritis). En esta sociedad hay reumatólogos de todos los continentes. Entre los españoles cabe citar a los doctores Ariza, Collantes y Mulero, pero, como es obvio, el panel de expertos tiende a incrementarse de forma progresiva. La misión fundamental de ASAS es promover el estudio de la espondilitis anquilosante con el fin de conseguir un diagnóstico más precoz, desarrollar instrumentos para valorar mejor su actividad, determinar la eficacia de los tratamientos así como impulsar las investigaciones clínicas.

En el año 2010 se desarrolló una conferencia de consenso de ASAS. En la *tabla 1* se exponen los nuevos criterios que propusieron para el diagnóstico de una **espondiloartritis axial** y que permite acelerar la detección de este tipo de procesos. Estos criterios fueron diseñados para pacientes de edad inferior a los 45 años que presentan dolor lumbar durante tres o más meses.

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

En la conferencia de consenso también se establecieron las nuevas recomendaciones para el empleo de los fármacos anti-TNF α en la espondilitis anquilosante. Entre las modificaciones introducidas a las recomendaciones previas (2006), los pacientes no tienen que cumplir necesariamente los criterios diagnósticos de New-York modificados, pues es igualmente válido si reúnen los requisitos reseñados en una de las dos columnas de la tabla 1. Esto permite acelerar notablemente el diagnóstico. Anteriormente, para considerar el fracaso al tratamiento, los enfermos debían ser tratados durante, al menos, tres meses con dos antiinflamatorios no esteroideos a dosis plenas. Los expertos han reducido este periodo a cuatro semanas. En caso de que el paciente presentase artritis en las articulaciones de las extremidades, era necesario un tratamiento previo con salazopirina durante cuatro o más meses, pero en el nuevo consenso, aunque esta recomendación se mantiene, no se estima imprescindible. La valoración para determinar la eficacia de un anti-TNF α se ha extendido a un periodo de 12 semanas frente al periodo previo, que se situaba entre seis y doce semanas. La lista de las contraindicaciones para introducir un anti-TNF α se revisará anualmente para mantenerla lo más actualizada posible. Recordemos que, en España, los anti-TNF α aprobados en ficha técnica para el tratamiento de la espondilitis anquilosante son Remicade® (infliximab) Enbrel® (etanercept), Humira® (adalimumab) y Simponi® (Golimumab).

Remicade®, infliximab, fue el primer anti-TNFα autorizado para el tratamiento de la espondilitis anquilosante, hecho que tuvo lugar en el 2003. Al año siguiente tuvo aprobación para el tratamiento de la artritis psoriásica. Se administra por vía intravenosa, mientras que los restantes anti-TNFα actualmente indicados en espondiloartritis, se inyectan por vía subcutánea.

Enbrel®, etanercept, es una proteína humana, concretamente la porción p75 del receptor del TNFα unido a una inmunoglobulina humana de tipo IgG1. En la espondilitis anquilosante se administra a la dosis de 50 mg una vez a la semana (vía subcutánea).

Humira®, Adalimumab. Fue introducido para el tratamiento de la espondilitis anquilosante en el año 2006. Se administra por vía subcutánea cada dos semanas.

Simponi®, Golimumab, el último de los anticuerpos anti-TNFα actualmente autorizados para el tratamiento de la espondilitis anquilosante. Su administración es mensual. Las diferencias en cuanto eficacia respecto a los otros anti-TNFα parecen poco significativas, pero los datos son aún escasos. En 2011 también recibió la aprobación oficial de la Agencia Europea del Medicamento para su empleo en la artropatía psoriásica.

Cimzia®, certulizomab-pegol fue aprobado durante 2013 para el tratamiento de las espondiloartritis axiales refractarias.

La nomenclatura para la familia de las espondiloartritis se ha ido afinando en las sucesivas reuniones de consenso de ASAS. Así, actualmente, el término **espondiloartritis** se considera

preferible al de espondiloartropatía, pues el primero sí refleja el proceso inflamatorio subyacente (el sufijo “itis” denota inflamación). Otra expresión, anteriormente bastante utilizada, “espondiloartropatías seronegativas” también se estima poco adecuada. En la figura 1 se expone las interrelaciones entre los síntomas y las entidades de la familia de las espondiloartritis. Debe tenerse en cuenta que, como se expone, no se trata de enfermedades totalmente diferentes y “estancas”. Muy al contrario, un paciente puede comenzar con una espondiloartritis indiferenciada y evolucionar hasta cumplir criterios para su diagnóstico como espondilitis anquilosante o como artritis de la enfermedad inflamatoria intestinal o como artritis psoriásica.

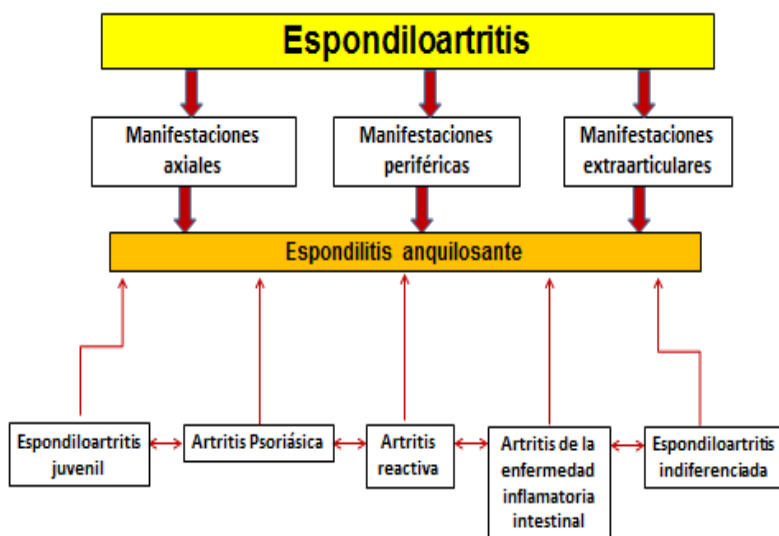


Figura 1. Interrelaciones entre las manifestaciones clínicas de la familia de las espondiloartritis y las entidades específicas actualmente encuadradas en este tipo de enfermedades.

ASAS ha establecido los criterios para valorar la respuesta a los anti-TNFα con el fin de que todos los médicos tengan los mismos elementos de juicio y la medición de los resultados sea lo más homogénea posible. Esto resulta fundamental para comparar la eficacia de los tratamientos.

Vigo, a 20 de noviembre de 2013

