

El devenir conceptual en las espondiloartritis

Las espondiloartritis son enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas de causa no aclarada en cuya génesis intervienen mecanismos autoinmunes. Se caracterizan por su predilección por las articulaciones axiales (columna vertebral y sacroilíacas) y por la afectación asimétrica de articulaciones periféricas. Otros rasgos típicos son negatividad del factor reumatoide, artritis de articulaciones de las extremidades inferiores –generalmente asimétrica-, inflamación de las inserciones de tendones y ligamentos (entesitis), agregación familiar (habitual presencia de una o más enfermedades del grupo en una misma familia), asociación con el antígeno de histocompatibilidad HLA-B27 y frecuentes manifestaciones sistémicas (oculares, digestivas, genitourinarias y cutáneo-mucosas).

La enfermedad prototipo del grupo es la espondilitis anquilosante, al que también caben añadir la artritis psoriásica, artritis reactivas, artritis enteropáticas (asociadas a enfermedad inflamatoria intestinal), espondiloartritis indiferenciadas, espondiloartritis juveniles y el síndrome SAPHO (acrónimo de Sinovitis, Acné, Pustulosis palmo-plantar, Hiperostosis y Osteítis).

Como en muchas de las enfermedades de etiología desconocida, el diagnóstico de cada espondiloartritis se realiza sobre unos síntomas, signos clínicos y hallazgos en los métodos de diagnóstico por la imagen. Estas técnicas de imagen, en su mayor parte son efectuadas en los servicios de radiología, que se han denominado así a partir de sus primeros procedimientos, las radiografías (citadas también como “radiología simple” o “radiología convencional”). Con el paso de los años, se han desarrollado nuevos sistemas de imagen, más sensibles, más específicos o con ambas cualidades, tales como la gammagrafía ósea, la tomografía computarizada, la ecografía o la resonancia magnética, que han permitido detectar lesiones en los tejidos afectados por las espondiloartritis –y otras enfermedades reumáticas- de modo precoz.

Aún hoy, en el segundo semestre de 2014, los criterios modificados de Nueva York, para la espondilitis anquilosante, revisados en 1984 por Van der Linden y colaboradores en la revista *Arthritis & Rheumatism*, continúan siendo referencia para el diagnóstico definitivo de la enfermedad. Sin embargo, no permiten aprovechar los nuevos medios de diagnóstico por la imagen y por lo tanto no son compatibles con un diagnóstico precoz: su cumplimiento implica daño estructural radiográfico. Para intentar paliarlo se han creado grupos de trabajo dirigidos al diagnóstico precoz de las espondiloartritis en general, no específicamente de la espondilitis anquilosante y se diseñaron nuevos criterios como los de Amor (1990), o los del ESSG o Grupo Europeo para el Estudio de las Espondiloartritis (1991).

Dentro del grupo de las espondiloartritis, la espondilitis anquilosante es la enfermedad que más involucra las articulaciones de la columna vertebral y sacroilíacas, es decir, articulaciones del esqueleto axial. Las restantes espondiloartritis, en general, tienden, de forma asimétrica, a involucrar preferentemente a las articulaciones de las extremidades (articulaciones periféricas). Por

ello, se ha establecido un concepto de **espondiloartritis axial**, centrado por la espondilitis anquilosante, y **espondiloartritis periférica** (resto de las espondiloartritis). Aunque todavía no existe un consenso general, se han introducido estos dos conceptos para desarrollar criterios que permitan su clasificación precoz.

Se hace referencia al padecimiento de una **espondiloartritis axial** cuando el paciente presenta dolor lumbar crónico de ritmo inflamatorio como principal síntoma y cumple tres o más criterios del Grupo ASAS (Ankylosing Spondylitis Assessment Study). También cuando, además de dolor lumbar inflamatorio crónico, cumple alguno de los criterios y es portador del HLA-B27 o bien, aunque no tiene alguna de las características clínicas reseñadas por el grupo ASAS, es portador del HLA-B27 y en la resonancia magnética hay signos inflamatorios típicos en las sacroilíacas.

Mientras no se observen datos radiográficos de sacroiliitis o de espondilitis en el paciente con dolor inflamatorio crónico de la columna vertebral, aunque éste cumpla suficientes características clínicas del grupo ASAS, sea portador del HLA-B27 y en los análisis se observen aumento de los reactantes de fase (reflejo biológico del proceso inflamatorio) se le considerará afectado por una **espondiloartritis axial prerradiográfica**. Es decir, sólo la presencia de datos radiográficos típicos de sacroiliitis permite establecer el diagnóstico definitivo de espondilitis anquilosante.

El grupo ASAS está desarrollando otros criterios para la **espondiloartritis periférica** que deberán consensuarse y aprobarse en futuras reuniones de expertos.

Los pacientes que antes eran diagnosticados de **espondiloartritis indiferenciada** pasarán a englobarse en el concepto de **espondiloartritis axial** o en el de **espondiloartritis periférica** según la sintomatología dominante. Muchos de los pacientes que cumplan criterios de espondiloartritis axial prerradiográfica desarrollarán con el tiempo una espondilitis anquilosante, pero NO todos.

La posibilidad de tratamiento precoz de las espondiloartritis axiales, sobre todo las prerradiográficas) ha despertado también el interés de la industria farmacéutica, pues los fármacos biológicos y, en particular, los anti-TNF α , han demostrado ser los más eficaces para el control de



las espondiloartritis. El cambio en la clasificación incrementaría el número de pacientes diagnosticados de espondiloartritis axial (>1% de la población) y podría aportar un incremento de las ventas de estos medicamentos.

Los medicamentos biológicos no pueden publicitarse a través de la televisión ni otros medios de difusión masiva, pero sí en sociedades y revistas médicas, así como en reuniones científicas. Esto, *a priori*, no tiene nada criticable. Pero, habida cuenta de la progresiva

fusión de los pocos laboratorios con medios biotecnológicos avanzados capaz de sintetizar estos medicamentos, hecho que crea un oligopolio cada vez más concentrado, junto con el elevado precio de estos productos, pone de manifiesto la relevancia de los intereses económicos implícitos. Además, los laboratorios farmacéuticos son la fuente principal de financiación en muchas de las reuniones médicas y contribuyen de manera decisiva en la formación médica continuada. Los intereses económicos subyacentes a esta relación entre el médico y la industria farmacéutica ya ha sido objeto de editoriales en varias revistas. ¿Es el interés por la salud el motor de las acciones de los laboratorios farmacéuticos o es el medio para conseguir objetivos de tipo económico? En la dirección de toda industria los intereses económicos son obvios. La simbiosis entre estos y las necesidades de los médicos y enfermos, en un contexto de honestidad, sería el terreno ideal. Sin embargo, la política, sociedad y economía tanto en España como en otros países está salpicada, a diario, de continuos escándalos de corrupción, que nos obligan a reflexionar. Los profesionales sanitarios y los trabajadores de las industrias farmacéuticas deben plantearse qué es lo que realmente les mueve a realizar su trabajo y, en el caso de los médicos, a efectuar una determinada prescripción.

El próximo vencimiento de las patentes de algunos anti-TNF α se seguirá de la comercialización de equivalentes biológicos (bioequivalentes) a menor precio que los originales. Las implicaciones económicas que ello trae consigo son enormes y condiciona movimientos estratégicos de los laboratorios que tienen previsto lanzarlos al mercado. Esta situación podría afectar la seguridad y eficacia de los medicamentos biológicos como ya ha ocurrido con algunos bioequivalentes de la eritropoyetina, con los que se han producido complicaciones mortales.



Las asociaciones de pacientes nacieron con un objetivo altruista de ayuda mutua, información, apoyo y colaboración. Estos fines no pueden sacrificarse por intereses de terceros, sobre todo si sólo son de índole económica, y el dinero no debe apartar, tergiversar ni distorsionar el trabajo de los

miembros de dichas asociaciones.

Los cambios en el diagnóstico y tratamiento de las espondiloartritis han de orientarse correctamente hacia la mejora de la salud y calidad de vida de los enfermos con espondiloartritis. Los intereses económicos, comprensibles y lícitos, sin dejar de estar presentes, no pueden dominar ni dirigir la actividad de médicos ni de las asociaciones de enfermos: clarifiquemos los conceptos y actuemos honestamente, en conciencia. Recordemos que todo medicamento (con su principio activo y excipientes) debe demostrar de forma rigurosa la máxima seguridad y eficacia mediante los mejores estándares disponibles. Todos somos responsables de que la política de gestión y los intereses económicos puedan perjudicar nuestra salud, pues en definitiva nadie es ajeno a la

enfermedad. Rigor, claridad, veracidad, honestidad y prudencia deben ser criterios de todo laboratorio, autoridad política y profesional sanitario. Las asociaciones de pacientes deben colaborar en el desarrollo de esas cualidades de forma directa y participativa, sin dejar que otros intereses distorsionen su tarea.

Vigo, 15 de agosto de 2014

Dr. Norberto Gómez Rodríguez
363603827 Reumatólogo