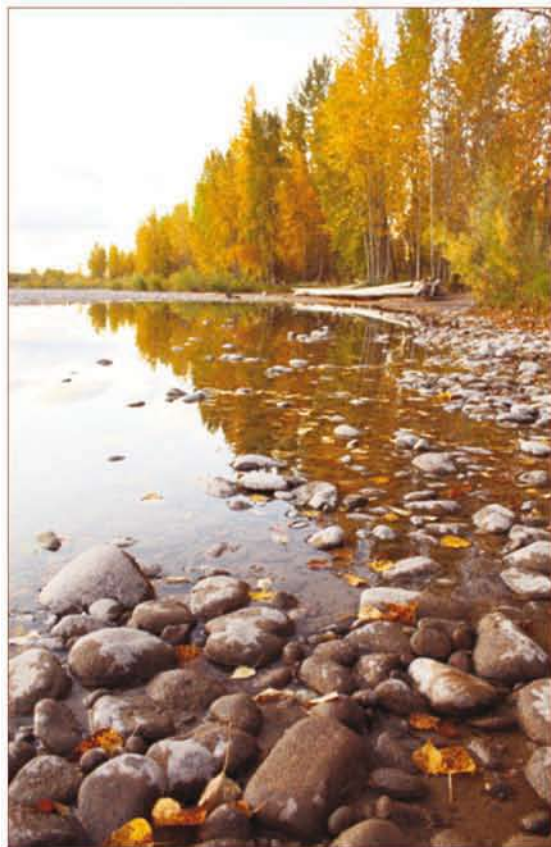


Dossier de prensa

En la elaboración de este dossier de prensa han colaborado :
Dr. Juan D. Cañete, Prof. Eduardo Collantes, Dr. José L. Fernández Sueiro y Dr. Xabier Juanola



espondiloartropatías

ÍNDICE

•	<u>¿Qué es la Reumatología?</u>	3
	a) Más de 250 enfermedades	3
•	<u>¿Qué son las espondiloartropatías?</u>	4
•	<u>¿Cuál es su frecuencia?</u>	4
•	<u>¿Quién puede padecerlas?</u>	5
•	<u>¿Por qué se producen estas enfermedades?</u>	5
•	<u>¿Cuáles son sus manifestaciones clínicas?</u>	7
•	<u>¿Cómo afectan a la vida del paciente?</u>	8
•	<u>¿Cómo se diagnostican?</u>	10
•	<u>¿Cómo se tratan?</u>	11
	. Tratamiento farmacológico	11
	. Tratamiento no farmacológico	12
•	<u>¿Cuál es el pronóstico?</u>	13
•	<u>¿Por qué el reumatólogo es su médico de referencia?</u>	14
•	<u>¿Dónde puedo encontrar información fiable sobre mi enfermedad?</u>	14
•	<u>La Sociedad Española de Reumatología</u>	15

¿Qué es la Reumatología?

La Reumatología es una especialidad relativamente joven, ya que hasta el siglo XX no se comenzaron a definir y diferenciar las distintas enfermedades reumáticas, y hasta 1940 no se introdujo el término reumatólogo como el especialista de estas enfermedades.

En concreto, la Reumatología es la parte de la Medicina Interna que se ocupa de las enfermedades del aparato locomotor -las articulaciones y los tejidos que las rodean- y del tejido conectivo, con el objetivo de evitar o reducir su impacto físico, psíquico y social mediante una adecuada prevención, diagnóstico y tratamiento.

La Reumatología se ocupa de las enfermedades del aparato locomotor y del tejido conectivo

Las enfermedades reumáticas no están causadas de forma directa o inmediata por un traumatismo y se pueden manifestar en los órganos o sistemas que constituyen el aparato locomotor -entre ellos: huesos,

articulaciones, músculos y ligamentos-, aunque también pueden afectar a otros sistemas del organismo.



Al igual que la Cardiología se ocupa de las enfermedades cardíacas y el cirujano cardiovascular de la cirugía, el traumatólogo sería el cirujano y el reumatólogo el especialista dedicado al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del hueso, la articulación y los tendones.

Más de 250 enfermedades

Existen más de 250 enfermedades diferentes que están incluidas en la especialidad de reumatología. Aunque no existe una única ni definitiva clasificación de las enfermedades reumáticas, todas y cada una de ellas entraría dentro del concepto que la población general entiende por reuma que, en general, representa padecimientos debidos a dolor en los huesos, articulaciones, ligamentos, músculos y, en algunos casos, un grupo de patologías menos conocidas como son las vasculitis y las enfermedades autoinmunes.

Las enfermedades reumáticas no están causadas de forma directa o inmediata por un traumatismo

Entre los grupos de patologías reumáticas más específicas están la artritis reumatoide, las llamadas enfermedades de tejido conectivo, las vasculitis, las espondiloartropatías, la artrosis, las artropatías microcristalinas, las enfermedades reumáticas relacionadas con agentes infecciosos, las enfermedades del metabolismo óseo (la osteoporosis es la más relevante de estas últimas) y las enfermedades reumáticas en la infancia, entre otras.

¿Qué son las espondiloartropatías?

Las espondiloartropatías o espondiloartritis (EspA), como actualmente se prefiere denominarlas, son una familia heterogénea de enfermedades interrelacionadas que comparten características clínicas, patogénicas, genéticas, radiológicas, epidemiológicas y de respuesta terapéutica, lo que permite que se distingan claramente de otras enfermedades inflamatorias del aparato locomotor, especialmente de la artritis reumatoide (AR). Dentro de este grupo se incluyen en la actualidad: espondilitis anquilosante, artritis reactivas, artritis psoriásica, artritis de la enfermedad inflamatoria intestinal, un subgrupo de artritis crónica juvenil y las espondiloartritis indiferenciadas.

Estos pacientes representan una importante cuota asistencial en los servicios de Reumatología en España. De hecho, se dispone de datos procedentes del Estudio Nacional de Validación de Espondiloartropatías, que demostró una prevalencia media del 13% en pacientes que consultaban servicios de Reumatología, variando del 8 al 16% entre las diferentes regiones españolas.

En concreto, las espondiloartropatías forman un conjunto de enfermedades inflamatorias sistémicas crónicas, de etiología desconocida y que afectan primariamente al esqueleto axial (articulaciones sacroilíacas y raquis) y las entesis.

El proceso inflamatorio erosiona el fibrocartílago, el cartílago hialino y el hueso, provocando osificación condral y anquilosis fibrosa que conduce, en estadios avanzados de la enfermedad, hasta en un 30% de los pacientes, a la anquilosis raquídea.

Su lesión más característica es la sacroilitis y se relaciona muy estrechamente con el HLA-B27. Menos frecuente, pero no por ello menos importante, es la afectación de articulaciones periféricas, característicamente las articulaciones de miembros inferiores como las caderas, rodillas y pies. En cuanto a las grandes articulaciones, no solo la cadera pueden verse afectada, sino también los hombros. Asimismo, pueden aparecer manifestaciones extraarticulares, siendo especialmente característica la presencia de uveítis, psoriasis o enfermedad inflamatoria intestinal.

Los pacientes con espondiloartropatías representan una importante cuota asistencial en Reumatología

¿Cuál es su frecuencia?

Las espondiloartritis tienen una distribución universal, estimándose su prevalencia en torno a un 1,9% de la población general. De los datos actualmente disponibles en la espondilitis anquilosante (EA) podemos apuntar que la incidencia de la enfermedad se calcula en unos 7 casos nuevos por cada 100.000 habitantes/año.

Su prevalencia varía en función de la etnia, localización geográfica y, sobre todo, de la frecuencia del HLA-B27 en la población general. En Europa, la prevalencia de la EA se sitúa entre el 0,3 al 1,3%, lo que equivaldría a la presencia de al menos medio millón de pacientes afectados de EA en España. A estas cifras habría que añadir las del resto de las EspA, con lo que la cifra total de afectados por este grupo de enfermedades no es nada despreciable.

Las espondiloartritis presentan una prevalencia en torno al 1,9%

Además de una prevalencia moderadamente elevada, suponen una elevada carga socio-sanitaria. El coste socio-económico de estas enfermedades ha demostrado ser muy elevado, según estudios llevados a cabo en equipos de INSERM (Institut National de Santé et Recherche Médical). Se ha estimado en 62 días por paciente la pérdida de trabajo anual media debido a la EA. El impacto económico de estas patologías se refleja en los costes directos (visitas al médico, test diagnósticos, fármacos) y costes indirectos (pérdida de ingresos por incapacidad laboral). En un estudio francés, el 27% de los pacientes llegaba a situación de invalidez permanente, el 20,3% cambiaba de profesión y el 20,3% abandonaba toda actividad profesional.

Las espondiloartritis pueden afectar a personas de cualquier sexo y edad

Dado que la edad media de aparición de la enfermedad es baja, hay que añadir un plus de carga socio-laboral a la EA. La media del coste de la EA en España se ha estimado en aproximadamente 7.920 € por paciente al año, cifra que se podría ver seriamente aumentada en los casos de mala evolución o de enfermedad grave hasta los 75.000€ por paciente al año.

¿Quién puede padecerlas?

Las espondiloartritis pueden afectar a personas de cualquier sexo y edad, pero suelen ser más frecuente en varones jóvenes. Éste es el caso en la espondiloartritis anquilosante: existe una frecuencia de unos 3 hombres por cada mujer afecta. Generalmente aparece en la adolescencia o antes de los 25 años.

En cuanto a la artritis psoriásica afecta de forma similar a hombres y mujeres a cualquier edad, siendo más frecuente entre los 30 y 50 años.

La artritis reactiva es una enfermedad que afecta también con una frecuencia similar a hombres y mujeres de cualquier edad.



¿Por qué se produce la enfermedad?

No se sabe exactamente qué produce este tipo de enfermedades, pero sí que la genética juega un papel importante en facilitar su aparición. El ambiente (microorganismos, alimentación y otros factores aún desconocidos) es también esencial a la hora de desencadenar la enfermedad.

Además, los familiares en primer grado de pacientes con espondiloartritis tienen un riesgo superior de padecer la enfermedad respecto a las personas de la población general.

El componente genético más importante en la espondiloartritis es el HLA-B27: aproximadamente el 90% de los pacientes con espondiloartritis anquilosante, el 80% de las artritis reactivas y el 50-60% de las

El ambiente es también esencial a la hora de desencadenar la enfermedad



espondiloartritis indiferenciadas son portadores de este gen. Sin embargo, en la población general el HLA-B27 tiene una frecuencia alrededor del 6%. No obstante, sólo aproximadamente el 2% de las personas HLA-B27 positivas tienen la enfermedad, por lo que saber si una persona es HLA-B27 positivo por sí solo no es útil para determinar si desarrollará la enfermedad.

La artritis psoriásica tiene una genética más compleja, porque el HLA-B27 sólo juega un papel en las formas en que se afecta el esqueleto axial, como en la espondilitis anquilosante. En las formas en que se afectan las articulaciones periféricas tienen importancia otros genes, algunos situados en otras regiones del HLA y otros relacionados con citocinas o sus receptores, como la citocina IL-23.

Las artritis reactivas se producen en personas generalmente HLA-B27 positivas, alrededor de 2-4 semanas después de una infección del tracto digestivo o del tracto urinario por unas bacterias determinadas (gramnegativas). La artritis no está producida directamente por la bacteria (no es una artritis séptica en sentido estricto) sino que es una forma de reaccionar de la persona a los componentes de la bacteria. Esto demuestra la importancia de la interacción entre ambiente y genes en la aparición y progresión de estas enfermedades.

En la espondiloartritis anquilosante se han implicado ciertas bacterias intestinales (klebsiella) en la aparición de brotes de actividad de la enfermedad. Se propuso que estas bacterias se desarrollaban más cuando en la dieta se ingerían almidones. Sin embargo esta hipótesis no se ha confirmado.

Son característicos los dolores en una u otra nalga que despiertan de madrugada y mejoran con el movimiento

¿Cuáles son sus manifestaciones clínicas?

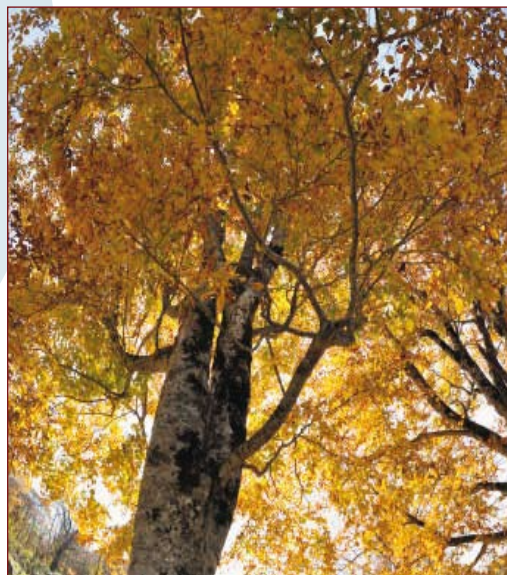
Las espondiloartritis comparten diversas manifestaciones clínicas y radiológicas. Son característicos los dolores en una u otra nalga que despiertan de madrugada y mejoran con el movimiento: reflejan la inflamación de las articulaciones sacroiliacas y suele ser la forma de debut de la espondilitis anquilosante y otras espondiloartritis. Los dolores en la nalga suelen seguirse de dolores en la espalda, empezando en la región lumbar y ascendiendo hacia la región dorsal y cervical a lo largo de los años. Estos dolores se acompañan de una gran rigidez y suelen progresar hacia la anquilosis vertebral. En algunos enfermos, la rigidez de toda la columna produce una gran discapacidad, sobre todo por la ausencia de movilidad cervical.

Una afectación típica es la inflamación de la inserción del tendón al hueso

En muchos pacientes con espondilitis anquilosante se hinchan las articulaciones, preferentemente las de las piernas (caderas, rodillas, tobillos,..). Las artritis pueden ser destructivas e invalidantes por afectar las extremidades inferiores en personas jóvenes en edad productiva.

Una afectación típica de las espondiloartritis es la entesitis, que es la inflamación de la inserción del tendón al hueso. Suele afectar a las piernas (tendón de Aquiles), pies, etc. y ser muy invalidante y rebelde al tratamiento. Entre las manifestaciones clínicas del aparato locomotor se encuentra también la tenosinovitis (inflamación de los tendones) y la dactilitis (dedo en salchicha, que es más frecuente en la artritis psoriásica).

Esta diversidad de afectaciones puede coincidir en un solo enfermo, teniendo consecuencias devastadoras para su calidad de vida en caso de no iniciar un tratamiento adecuado.



Otra afectación típica de estas enfermedades es la inflamación de la úvea (uveítis), una membrana del ojo, que puede afectar a uno o los dos ojos produciendo dolor ocular y dificultad para la visión. Suele asociarse al HLA-B27 y requiere un tratamiento oftalmológico urgente. Se pueden producir brotes repetidos que en caso de no ser tratados correctamente pueden tener secuelas graves para la visión.

Otras manifestaciones importantes son las intestinales: los pacientes con espondiloartritis suelen tener inflamación intestinal que en general no produce molestias, pero un porcentaje de ellos puede desarrollar inflamación intestinal crónica similar a la enfermedad de Crohn. Por otra parte, los pacientes con enfermedad intestinal crónica (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa) también pueden desarrollar todas las manifestaciones articulares y extrarticulares de las espondiloartritis.

La afección cutánea también es frecuente en las espondiloartritis

Por último, la afección cutánea es también muy frecuente en las espondiloartritis: la psoriasis cutánea en la artritis psoriásica y el queratoderma blenorragico (lesiones cutáneas descamativas en planta de los pies muy similares a la psoriasis) en las artritis reactivas.

¿Cómo afecta a la vida del paciente?

Las espondiloartritis como enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas provocan diversos grados de limitaciones en los pacientes; estas limitaciones vendrán condicionadas por el dolor y por los cambios estructurales, como consecuencia de la inflamación, que se producen en las articulaciones y las vértebras. La progresión de la enfermedad asociada al envejecimiento de los pacientes puede ocasionar incapacidades absolutas.

Si la enfermedad avanza se producirán limitaciones físicas por lo que será importante que los pacientes comiencen a utilizar una serie de instrumentos que faciliten su rutina diaria, por ejemplo evitar las caídas, para ello se utilizarán zapatos con suelas antideslizantes, barras en los baños y se evitarán superficies húmedas.

Los cambios en la postura como consecuencia de la enfermedad se pueden intentar mitigar durmiendo, por ejemplo, en una cama dura y evitando posturas que provoquen rigideces, es importante dormir boca arriba o boca abajo en la posición más estirada posible. Al estar de pie deben mantenerse posiciones lo más rectas posibles, evitando doblarse hacia delante. Deben practicarse asimismo ejercicios musculares para mantener el tono muscular.



Muchos pacientes con estas enfermedades pueden realizar tareas profesionales, por lo que es importante que se analice cuál es el trabajo habitual que se desarrolla, así como cuáles son las posturas que se adoptan en el mismo. Se hace necesario evitar la actividad física que provoque una sobrecarga excesiva de los músculos y si se realizan actividades de oficina hay que levantarse de la silla durante períodos de tiempo determinados. Además, deben realizarse a lo largo del día ejercicios que ayuden a conservar las posturas más adecuadas.

Estas enfermedades siempre generarán dudas acerca de la vida familiar, las personas con estas enfermedades, incluida la espondilitis anquilosante, pueden realizar una vida familiar normal y las mujeres tienen una fertilidad, embarazo y parto generalmente normales.

Es importante dormir boca abajo o boca arriba, en la posición más estirada posible

Es aconsejable realizar deportes, pero evitando los de contacto y riesgo

El embarazo en las mujeres con una espondiloartritis puede presentar determinadas restricciones dependiendo de los fármacos que estén tomando, en todo caso deben consultar y asesorarse con el reumatólogo.

Los problemas familiares pueden surgir derivados del dolor provocado por la enfermedad o por las restricciones que la lesión de determinadas articulaciones pueden generar en el paciente. En estos casos es importante hablarlo con el reumatólogo y una ayuda importante para solucionar estos problemas es establecer contacto con asociaciones de pacientes para obtener asesoramiento y apoyo.

En general pueden existir problemas para la realización de algunos deportes, si bien es aconsejable realizarlos. Sin embargo, deben evitarse deportes de contacto y aquéllos con riesgo.

Dependiendo de la enfermedad pueden existir dificultades a la hora de conducir vehículos, generalmente si existen dificultades físicas impuestas por la enfermedad, habrá que adaptar el turismo según las necesidades. Por ejemplo retrovisores más grandes y anchos, asientos adaptables, etc.



Todas estas enfermedades suponen en alguna medida un impacto en el desarrollo del trabajo y, por consiguiente, en la capacidad para la obtención de ingresos. Es importante que los empleadores sean conscientes de las incapacidades que presentan estos enfermos y, dependiendo del trabajo que se realice, se modifiquen las tareas según las necesidades. Los pacientes con espondiloartritis son pacientes normales desde el punto de vista intelectual, por lo que sus únicas restricciones son físicas y éstas estarán impuestas por la enfermedad que padecen.

En todos estos pacientes existe una disminución de la calidad de vida relacionada con la salud, diversos estudios han demostrado que estos pacientes presentan una disminución en la calidad de vida similar a los pacientes tratados con artritis reumatoide.

La depresión es una
enfermedad bastante
común entre los pacientes

Otro asunto importante es el impacto psicológico que estas enfermedades producen en los pacientes, de esta manera la depresión es una enfermedad bastante común. Si existen síntomas tales como sensación de cansancio, sentimientos de culpabilidad, trastornos del sueño, dificultad en la concentración, etc. los pacientes deben acudir al médico para obtener un diagnóstico y recibir tratamientos apropiados.

¿Cómo se diagnostican?

Como cualquier otra enfermedad reumática, las espondiloartritis se caracterizan por la presencia de síntomas y signos que permiten pensar a los profesionales que el paciente presenta una enfermedad que pertenece a este grupo.

La espondilitis anquilosante, por ejemplo, se caracteriza por la presencia de dolor lumbar de tipo inflamatorio y suele presentarse en la segunda década de la vida. Esta sintomatología acompañada de alteraciones radiológicas permite clasificar al paciente como una espondilitis anquilosante.

Se está trabajando de forma activa para poder realizar diagnósticos precisos en las formas iniciales de la enfermedad

En aquellos pacientes en los que además de artritis de las articulaciones periféricas, como por ejemplo una rodilla, tienen psoriasis cutánea se puede realizar el diagnóstico de una artritis psoriásica. Cuando los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa) presentan un cuadro de artritis o inflamación espinal puede realizarse el diagnóstico de espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal. Si existe un antecedente de infección en el tracto

Los tratamientos pueden dividirse en farmacológicos y no



gastrointestinal o existe un antecedente de determinadas infecciones de transmisión sexual y el paciente desarrolla al cabo de unas semanas un cuadro de artritis inflamatoria, generalmente se realiza un diagnóstico de artritis reactiva.

No existe ninguna prueba de laboratorio que permita realizar un diagnóstico de certeza en estos pacientes, las pruebas de laboratorio son orientativas y pueden ayudar o apoyar los diagnósticos clínicos. Sin embargo, ninguna prueba aislada por sí misma es útil para la realización de un diagnóstico. La espondilitis anquilosante se asocia al antígeno HLA-B27, por lo tanto, si el paciente presenta un cuadro de dolor inflamatorio lumbar con cambios radiológicos característicos y el HLA-B27 es positivo, las probabilidades de realizar el diagnóstico de espondilitis anquilosante son altas. En la artritis psoriásica la mayoría de los pacientes presentan el factor reumatoide negativo, si además existe lesiones cutáneas, el diagnóstico más probable es el de una artritis psoriásica. Así sucede con el resto de las espondiloartritis.

Existen de forma consensuada unos criterios que permiten la clasificación adecuada de estas enfermedades, sin embargo, dado el retraso que existe en ocasiones para realizar un diagnóstico de estas enfermedades, en la actualidad se está trabajando de forma activa para mejorar estos criterios y poder realizar diagnósticos precisos en las formas iniciales de la enfermedad.

¿Cómo se tratan?

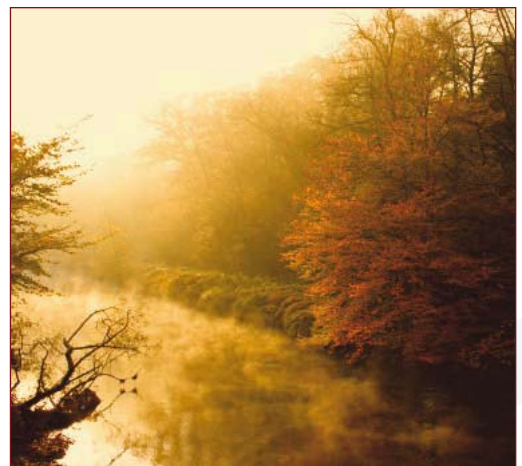
A grandes rasgos, los tratamientos en estas enfermedades pueden dividirse en farmacológicos y no farmacológicos, teniendo en cuenta que en ocasiones, especialmente en la espondilitis anquilosante, van en paralelo. Es decir, los tratamientos no farmacológicos no deben ser considerados como algo accesorio sino que tienen, sin lugar a duda, un papel relevante en el tratamiento de la propia enfermedad.

- **Tratamientos farmacológicos:**
Las espondiloartritis cursan con artritis y con inflamación espinal, este proceso inflamatorio se traduce en dolor e incapacidad funcional, por lo tanto, el primer tratamiento estará dirigido a controlar esta inflamación (síntomas), si ésta se controla, el dolor desaparece. Los fármacos más utilizados para estos tratamientos son los antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Existen diversos tipos de AINE que han demostrado eficacia en el tratamiento sintomático de estas enfermedades y su utilización deberá realizarse de una manera individualizada dependiendo de las circunstancias individuales de cada paciente.

Si bien los fármacos que bloquean en TNF α son altamente eficaces para el control de la enfermedad, no han podido demostrar poder detener el daño estructural



Aunque la inflamación pueda controlarse con los AINE, existen otros fármacos que intentan controlar las causas que originan la enfermedad, estos fármacos se han denominado genéricamente fármacos modificadores de enfermedad (FAME). Su nombre surge del concepto de que serían capaces de modificar la historia natural de la enfermedad, es decir detenerla. Sin embargo este hecho no está establecido todavía en las espondiloartritis. En general, estos fármacos son inmunosupresores, dado que las bases patogénicas de estas enfermedades se originan en una desregulación del sistema inmune. El objetivo final de estos fármacos es controlar de alguna manera el sistema inmune, así los fármacos que se utilizan con mayor o menor éxito en las espondiloartritis son: el metotrexato, la leflunomida, la salazopyrina y la ciclosporina A. La utilización de estos fármacos exige una adecuada monitorización de los pacientes puesto que como



fármacos inmunosupresores que son, no están exentos de efectos secundarios. Sin embargo, al igual que los AINE, una amplia experiencia avala la seguridad de estos fármacos al ser utilizados por expertos.

En los últimos años ha surgido una nueva generación de fármacos denominados genéricamente biológicos, su nombre deriva de que esta terapia está basada en la utilización de proteínas inmunológicas obtenidas por bioingeniería producidas por líneas celulares de mamíferos. Aunque actualmente existen diversos fármacos biológicos, estando otros en desarrollo, en la actualidad están aprobados para su utilización en España tres fármacos que bloquean el TNF α : infliximab, etanercept y adalimumab. Estos fármacos han supuesto un avance sustancial en el tratamiento de estas enfermedades, si bien no son fármacos que sean capaces de curar la enfermedad y no en todos los pacientes existe una respuesta terapéutica eficaz, en una mayoría de pacientes se consigue el control de los signos y síntomas de la enfermedad. Estos fármacos han sido fundamentales para el tratamiento de la espondiloartritis y, quizá de manera singular, la espondilitis anquilosante, donde los únicos fármacos que tenían un cierto grado de eficacia eran los AINE.



Si bien los fármacos que bloquean el TNF α son altamente eficaces para el control de la enfermedad, no han podido demostrar que sean capaces de detener el daño estructural que produce la inflamación (progresión), por lo tanto, todavía habrá que esperar a una futura generación que sea capaz de realizar esta acción.

- **Tratamientos no farmacológicos:**

Los tratamientos no farmacológicos suelen ser aspectos del tratamiento de estas enfermedades relegados a un segundo plano, sin embargo tienen su relevancia porque contribuyen en mayor o menor medida al tratamiento de la enfermedad.

La educación del paciente es esencial, es necesario que conozca la enfermedad en todos sus aspectos

La educación del paciente es esencial. Es necesario que conozca la enfermedad en todos sus aspectos y cómo ésta puede afectar su quehacer diario de la vida tanto en el ambiente familiar como social y de trabajo.

Aunque en todas la espondiloartritis se hace necesario un buen programa de ejercicios, en la espondilitis anquilosante es, como se ha comentado previamente, un tratamiento en paralelo al tratamiento farmacológico. La fisioterapia constituye un tratamiento estándar de la espondilitis anquilosante y debe incorporarse a cualquier régimen terapéutico.

La Fisioterapia incluye ejercicios que incrementan la movilidad espinal y la fuerza muscular, disminuyendo las contracturas y la tensión muscular. Los ejercicios deben realizarse de forma supervisada en grupos o individualizada. También deben realizarse, previa educación del paciente, de forma continua en casa.

Los ejercicios más apropiados para la espondilitis anquilosante son los que promueven la movilidad espinal (natación, voleibol, paseos continuados, bádminton, esquiar), se deben evitar otros como ciclismo, equitación, fútbol y boxeo, ya que presentan un alto riesgo de fractura. La "Terapia de Spa" es una combinación intensiva de fisioterapia, hidroterapia y ejercicios de fortalecimiento, se desarrolla de forma continua y su duración es de al menos de 3 semanas.

En resumen, la fisioterapia es eficiente en el tratamiento de la Espondilitis Anquilosante previene trastornos en la función, incapacidad e invalidez y debe, de manera obligada, acompañar siempre al tratamiento farmacológico.

Detectar este tipo de artritis puede ser la clave para diagnosticar un hiperparatiroidismo

¿Cuál es su pronóstico?

En general, se puede decir que el pronóstico de la enfermedad es favorable, ya que la mayoría de los pacientes puede hacer una vida bastante normal. Es necesario, sin embargo, tener una actitud positiva y seguir las normas terapéuticas indicadas por el reumatólogo.

Al inicio de la enfermedad, su evolución resulta impredecible, aunque se sabe que sólo un tercio de los pacientes presentará anquilosis importante y complicaciones relevantes. Se han realizado estudios que indican que los diez primeros años de la enfermedad son determinantes en la progresión posterior; aquellos pacientes que no presentan anquilosis importante durante estos años iniciales, difícilmente la van a presentar en los siguientes.

Se consideran factores de buen pronóstico el diagnóstico precoz, preferiblemente antes de que aparezcan

Ahora se dispone de un mayor conocimiento de la enfermedad y mejores herramientas para su diagnóstico precoz



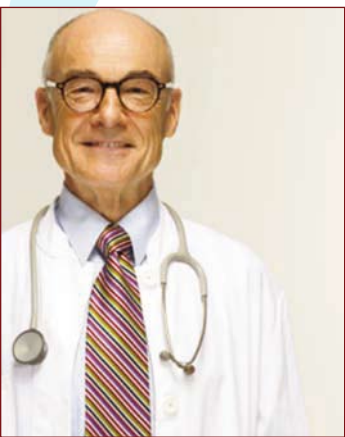
alteraciones estructurales irreversibles; la instauración de un tratamiento eficaz para suprimir el proceso inflamatorio; la adopción de hábitos saludables como dejar de fumar o seguir una dieta sana, y la realización de ejercicios adecuados.

En los últimos años el pronóstico de la espondilitis anquilosante ha mejorado mucho, ya que se dispone de un mayor conocimiento de la enfermedad y de mejores herramientas para el diagnóstico precoz. Las nuevas terapias biológicas han supuesto también una gran paso para frenar o suprimir el proceso inflamatorio, lo que ha condicionado un mejor pronóstico para estos pacientes.

Los 10 primeros años de la enfermedad son determinantes en la progresión posterior

¿Dónde puedo encontrar información fiable sobre mi enfermedad?

¿Por qué el reumatólogo es su médico de referencia?



El reumatólogo es el especialista de las enfermedades del aparato locomotor y quien conoce con mayor profundidad los procesos que afectan al complejo sistema músculo-esquelético, así como sus posibles complicaciones. La colaboración de otros especialistas como el médico de asistencia primaria para lograr un diagnóstico lo más precoz posible; con el rehabilitador para indicar pautas de terapia física y ejercicios adecuados, o con el cirujano

ortopeda, oftalmólogo, digestólogo y otros especialistas, en función de las posibles complicaciones que puedan aparecer, será muy importante, pero el reumatólogo deberá ser el especialista que aglutine la totalidad de la información sobre la enfermedad y quien decida, con la complicidad del paciente, los controles, las pruebas necesarias y el mejor tratamiento para cada circunstancia.

El acceso a la información ha cambiado de manera espectacular en los últimos años. El beneficio que supone disponer fácilmente de información rápida mediante recursos informáticos y, sobre todo, con los buscadores de internet es innegable, sin embargo no toda la información que se obtiene es rigurosa ni desinteresada.

El reumatólogo puede ayudar en la búsqueda de información sobre la enfermedad, ya que conoce aquellos lugares más fiables donde obtener información veraz y contrastada. La Sociedad Española de Reumatología dispone de un portal (www.ser.es) con acceso abierto, en el que existe información útil de las distintas enfermedades reumáticas, enlaces con diversas asociaciones de pacientes o guías para el paciente que pueden ayudar a disponer de información real y exhaustiva.

En casos de duda, puede ser necesario contrastar con el reumatólogo la información obtenida sobre su validez y utilidad, ya que lo que puede ser positivo para un paciente no tiene por qué serlo necesariamente para otro.

La Sociedad Española de Reumatología

La Sociedad Española de Reumatología (SER) es una asociación científica que tiene por objeto fomentar el estudio de las enfermedades reumáticas - enfermedades del sistema músculoesquelético y del tejido conjuntivo- en beneficio de los pacientes y atender los problemas relacionados con la especialidad.

Actualmente, la SER representa a cerca de 1.200 profesionales en España y mantiene contacto con las sociedades autonómicas de reumatología de todo el país. La SER desarrolla trabajos, estudios y proyectos de investigación en reumatología a través de la Fundación Española de Reumatología (FER) y brinda apoyo a los pacientes de enfermedades reumáticas a través de su relación con asociaciones que integran fundamentalmente a pacientes como la LIRE (Liga Reumatológica Española), CONFEPAR (Confederación de Pacientes Reumáticos) o el Foro Español de Pacientes.

Junta Directiva de la SER

■ **Presidente**

Dr. Santiago Muñoz Fernández

■ **Presidente Electo**

Dr. José Vicente Moreno Muelas

■ **Vicepresidentes**

Dr. Miguel Ángel Caracuel Ruíz

Dr. Manuel Castaño Sánchez

■ **Secretaria General**

Dra. María Galindo Izquierdo

■ **Vicesecretarios**

Dr. Rafael Belenguer Prieto

Dr. José Andrés Román Ivorra

■ **Tesorero**

Dr. Javier González Polo

■ **Contador**

Dr. Jordi Fiter Aresté

■ **Vocales**

Dr. Miguel Ángel Abad Hernández

Dra. Mercedes Alperi López

Dra. M^a Sagrario Bustabad Reyes

Dr. Rafael Cáliz Cáliz

Dra. M^a José Cuadrado Lozano

Dra. Mercedes Freire González

Dr. Xavier Juanola Roura

Dra. Marta Larrosa Padró

Dra. Sara Marsal Barril

Dr. Julio Medina Luezas

Dr. Íñigo Rúa-figueroa Fernández De Larrinoa

Dra. Ana Urruticoechea Arana



El Dr. Santiago Muñoz Fernández se licenció en Medicina por la Universidad Autónoma de Madrid en 1988.

Es Doctor en Medicina y Cirugía con la calificación "cum laude" por la Universidad Autónoma de Madrid con la Tesis Doctoral titulada "El factor antiperinuclear en la artritis reumatoide". Además, ha sido Profesor Honorario de la Universidad Autónoma de Madrid y es Profesor colaborador de la Universidad Complutense de Madrid. Realizó la especialidad de Reumatología en el Hospital La Paz y ha sido Becario del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social en la Sección de Inmunología del Hospital Universitario La Paz (Beca de Ampliación de Estudios del FIS). Fue Facultativo Especialista de Área de Reumatología del Hospital Universitario La Paz hasta enero de 2008 y actualmente es Jefe de Sección de Reumatología del Hospital Universitario Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes (Madrid).

Para más información:

- Dto. Comunicación de la SER
Sonia Garde García
915 767 799 / 666 441 434
sonia.garde@ser.es