

EL PIE EN LAS ESPONDILOARTROPATÍAS

Ch. Beltrán Audera, A. Pecondón Español, F.J. Manero Ruiz

Sección de Reumatología.

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Las espondiloartropatías son un grupo de enfermedades reumáticas que comparten una serie de características clínicas entre las que destaca su predilección por las extremidades inferiores, con frecuente afectación del pie. En este artículo repasamos brevemente en qué modo resulta involucrado el pie en las diferentes entidades que comprende este grupo.

PALABRAS CLAVE: Pie, espondiloartropatía, manifestación clínica.

SPONDYLOARTHROPATHIES AND FOOT: The spondyloarthropathies are a group of rheumatic diseases that share a number of common clinical manifestations, such as a predilection for lower limbs, frequently the feet. This article briefly reviews the involvement of the feet in each different condition of the group.

KEY WORDS: Foot, spondyloarthropathies, clinical symptoms.

Las espondiloartropatías son un grupo de enfermedades reumáticas que comparten características clínicas, patógenicas, radiológicas, de predisposición genética y de respuesta terapéutica similar⁽⁶⁾. Este concepto, introducido por Moll y Wright en 1976⁽¹⁵⁾ ha sido muy discutido, si bien hoy está ampliamente aceptado.

La semiología común de las espondiloartropatías comprende el frecuente dolor lumbo-glúteo de carácter inflamatorio, un cuadro articular periférico caracterizado por afectación asimétrica con predominio de extremidades inferiores (rodilla, tobillo, pie), un síndrome entesopático que muy habitualmente toma asiento en calcáneo, y un síndrome extraarticular en el que destaca la presencia de uveítis y trastornos de la conducción cardíaca.

La agregación familiar de enfermos con espondiloartropatías es conocida antes de que se ligara a un factor genético conocido, como es el HLA B27, la presencia del cual tiene importantes implicaciones patogénicas⁽⁴⁾. La posesión del HLA B27 es importante para el desarrollo de la enfermedad, pero no es suficiente ni necesario para que ésta aparezca.

Una mucosa intestinal alterada favorecería el paso de péptidos de origen infeccioso a su través, los cuales unidos al B27 serían presentados al linfocito T citotóxico favoreciendo la posterior respuesta inmune anómala.

La espondilitis anquilosante (EA) es la enfermedad principal del grupo, el cual se considera actualmente que

está formado además por la artropatía psoriásica (APs), las artritis reactivas y síndrome de Reiter (ARe), las artropatías de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), la espondilitis juvenil y las espondiloartropatías indiferenciadas. Algunos autores incluyen además la uveítis anterior aguda recidivante ligada a B27 o el síndrome SAPHO.

La enfermedad de Whipple o la de Behçet, anteriormente consideradas dentro del grupo, son excluidas en la actualidad.

Repasaremos a continuación cómo se afecta el pie en las distintas espondiloartropatías.

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Si bien la clínica fundamental de la EA es la axial, se puede constatar una artritis periférica en un porcentaje no desdeñable de casos, afectando de forma preferente a las extremidades inferiores de una manera asimétrica. El pie resulta afecto en el 10% de las EA al inicio, y hasta en el 40% de casos a lo largo del curso evolutivo, generalmente en forma de talalgias debidas a entesopatía, aunque en un 15% de casos se puede objetivar artritis, habitualmente de MTFs, e indistinguible clínicamente de la artritis reumatoide⁽¹⁰⁾, tanto en la clínica como en la radiología.

La entesopatía es la lesión más característica de las espondiloartropatías⁽³⁾, y consiste en la inflamación de las entesis, o zonas de unión entre el hueso y tendones o ligamentos. La clínica de la EA está de hecho muy condicionada por la presencia de la entesopatía, lo que se comprende rápidamente si tenemos en cuenta que la típica sacroileítis que aquí aparece no es sino una forma peculiar de entesitis.

Correspondencia:

Sección de Reumatología.

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

En el pie, la entesitis afecta al calcáneo, tanto en su zona posterior como inferior, dando lugar a las talalgias mencionadas así como a fascitis plantar.

El diagnóstico por imagen en las fases iniciales puede alcanzarse por ecografía o resonancia magnética, mientras que en fases más avanzadas pueden verse lesiones radiológicas, en forma de irregularidad y erosiones en las zonas de inserción ligamentaria, y finalmente osificación, dando la imagen de espolón calcáneo.

ARTRITIS PSORIÁSICA

La psoriasis afecta al 1-3% de la población general, y un 7% aproximadamente de pacientes con psoriasis tendrán una artritis en el tiempo, aunque algunas series con psoriasis severa elevan dicho porcentaje hasta un 39%⁽⁹⁾.

De entre las distintas formas clínicas de la APs, la más común es la que cursa con oligoartritis asimétrica, resultando afecto el pie en estos casos en el 50-80% de los pacientes⁽⁶⁾. La dactilitis o dedo en salchicha es un rasgo típico de la APs, así como de las ARe, constituyendo un marcador de espondiloartropatía con una muy alta especificidad, superior al 95%, y la concurrencia en un mismo paciente de oligoartritis asimétrica y dactilitis es muy sugerente de APs⁽¹³⁾.

La afectación de la 1ª MTF no es infrecuente, y puede dar lugar a confusión con artritis gotosa, sobre todo si coexiste hiperuricemia, que tampoco es rara en pacientes con psoriasis. En un paciente que se presente con esta artritis de 1ª MTF, habrá que tener en consideración la posibilidad de una APs, en particular si la clínica de gota es atípica.

Radiológicamente destaca en la artritis psoriásica la presencia de periostitis, con poca porosidad, y tendencia a la osteolisis, así como a la anquilosis ósea. La tendencia a osteolisis puede llevar en ocasiones a imágenes radiológicas de lápiz en copa, con telescopaje de las articulaciones, si bien esta particularidad es más frecuente en las manos que en los pies.

Por último, hay que considerar también la afectación dérmica de la psoriasis en el pie, que en ocasiones incluso puede ser la clave que nos desvele el origen de la artritis en otra región corporal.

ARTRITIS REACTIVA-REITER

La ARe es considerada, de manera amplia, como aquella artritis inducida por respuesta inmune a un proceso infeccioso en pacientes susceptibles, sin que se encuentre el germen o sus productos en el seno de la articulación.

El síndrome de Reiter es una forma típica de ARe, caracterizado por la presencia de una tríada clínica clásica:

Tabla I. Gérmenes que producen artritis reactiva

Infección enteral

Shigella flexneri
Salmonella enteritidis
Salmonella typhimurium
Salmonella Heidelberg
Yersinia enterocolitica
Yersinia pseudotuberculosis
Campylobacter jejuni

Infección genitourinaria

Chlamydia trachomatis
Chlamydia pneumoniae
Ureaplasma urealyticum

ca: artritis, conjuntivitis y uretritis, a las cuales se añaden otras manifestaciones frecuentes, como alteraciones dérmicas o del electrocardiograma.

La ARe puede ocurrir tras una infección intestinal o genitourinaria por alguno de los gérmenes que son capaces de producirla (Tabla I). Cuando una infección de este tipo ocurre en un paciente predispuesto, tiene lugar la artritis, la cual se estima que ocurre en un 1-4% del total de infectados por *Salmonella*, *Shigella* o *Campylobacter*.

En las series descritas hay pequeñas diferencias en la expresión clínica según el germen involucrado, pudiendo decir que en general las ARe se presentan como mono u oligoartritis de extremidades inferiores, con un patrón asimétrico, acompañadas no pocas veces de talalgias, fascitis plantar, o dactilitis como expresión de entesopatía.

La artritis de MTFs o IFs ocurre en el 40-55% de pacientes, pudiendo afectar a todas las articulaciones, incluida 1ª MTF. El dedo en salchicha ocurre casi en un tercio de pacientes, y las talalgias en la mitad de ellos⁽¹⁾. En general, esta clínica articular es muy parecida a la de la APs, y la concurrencia de otras lesiones típicas como la queratodermia blenorragica puede hacer aún más difícil la distinción entre estas dos formas de espondiloartropatía.

Aunque considerada mucho tiempo una entidad benigna de curso autolimitado, en la mayoría de pacientes hay brotes de artritis durante años. La afectación de las caderas, una VSG superior a 30, o la pobre eficacia de los AINEs, entre otros factores, se han considerado como predictores de mal pronóstico⁽²⁾.

ESPONDILOARTROPATÍA ASOCIADA A ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

El concepto de EII engloba dos entidades, la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, y define una afectación inflamatoria crónica del tubo digestivo de etiología desco-

nocida. Entre el 25 y el 36% de pacientes presentan al menos una complicación extraintestinal o sistémica, siendo las manifestaciones osteoarticulares las más frecuentes de éstas⁽¹⁴⁾.

Las manifestaciones reumáticas asociadas con EII pueden dividirse en cuatro grupos: artritis periférica, espondiloartritis, entesopatía periférica y un cuarto grupo de manifestaciones menos comunes. De particular interés en el tema que nos ocupa son las entesopatías y artritis periféricas, ya que ambas pueden afectar al pie.

La ocurrencia de artritis periférica en pacientes con EII varía del 2 al 20%⁽⁷⁾, siendo más frecuente en la enfermedad de Crohn que en la colitis ulcerosa. Como en el resto de espondiloartropatías, es una artritis generalmente asimétrica con afectación de extremidades inferiores, y que sigue un curso migratorio, por brotes, ligado a la actividad de la enfermedad en el intestino. Las pequeñas articulaciones de pies son afectas con menor frecuencia que otras espondiloartropatías, siendo mucho más habitual la artritis de tobillo. También con menor frecuencia se observa dactilitis o entesopatía periférica, especialmente inflamación del tendón de Aquiles y la fascia plantar (6% de pacientes con EII)⁽¹²⁾.

ESPONDILOARTROPATÍAS JUVENILES

El espectro de las espondiloartropatías juveniles es muy semejante a su contraparte en el adulto, incluyendo la espondilitis anquilosante, la artritis psoriásica, la artropatía de la EII o las espondiloartropatías de inicio en la edad juvenil.

Hay, sin embargo, una entidad dentro de este grupo de las espondiloartropatías juveniles que es prácticamente privativa de pacientes menores de 16 años, y que además nos es de particular interés por afectar al pie. Se trata de la tarsitis anquilosante.

En general, los pacientes juveniles difieren de los adultos en una mayor frecuencia de afectación articular periférica, incluyendo talalgias y afectación del tarso. La tarsitis anquilosante, descrita por Burgos-Vargas en población mejicana⁽⁵⁾, es un término que se refiere a un conjunto de datos clínicos y radiográficos que incluyen sinovitis, entesitis y tendinitis, así como periostitis y anquilosis, en la región del tarso. Puede ocurrir de manera aislada o formar parte de espondiloartropatías diferenciadas. Clínicamente se manifiesta por dolor y aumento de volumen del tarso y tejidos circundantes, con evolución por brotes, y tendencia a la anquilosis de la mayoría de las articulaciones del tarso, puesta de manifiesto tanto en la exploración física como en la radiología simple.

Tabla II. Criterios del ESSG para la clasificación de las espondiloartropatías

Dolor espinal inflamatorio

o

Sinovitis asimétrica predominante en EEII

y

Uno o más de los siguientes:

Historia familiar

Psoriasis

Enfermedad inflamatoria intestinal

Uretritis, cervicitis o diarrea un mes antes de la artritis

Dolor de nalgas alternante

Entesopatía

Sacroiliitis

ESPONDILOARTROPATÍAS INDIFERENCIADAS

El término de espondiloartropatías indiferenciadas hace referencia a pacientes con características clínicas y radiológicas sugerentes de espondiloartropatía, pero que no reúnen criterios de clasificación en ninguna entidad nosológica concreta.

El grupo europeo para el estudio de las espondiloartropatías ha desarrollado una serie sencilla de criterios para la clasificación de estos pacientes, con alta sensibilidad y especificidad, superior al 80% (Tabla II).

Por lo general son pacientes jóvenes, con edad media rondando los 20 años, sin diferencias significativas entre ambos sexos, cuya manifestación más frecuente es la artritis periférica, hasta un 100% de los casos en la evolución⁽¹¹⁾.

La articulación del tobillo se afecta en el 40-63% de casos, el tarso en un 13-45% de pacientes, las MTFs en el 26-53%, y las IFs en el 4-24,5%

En su curso evolutivo estas espondiloartropatías pueden permanecer indiferenciadas a lo largo del tiempo, o bien pueden aparecer datos que permitan su clasificación como una de las espondiloartropatías diferenciadas conocidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amor B. Reiter's syndrome. *Rheum Dis Clin North Am* 1998; 24: 677-695.
2. Amor B, Silva R, Nahal R, et al. Predictive factors for the long-term outcome of spondyloarthropathies. *J Rheumatol* 1994; 21: 1883-1887.
3. Ball J. Enthesopathy of rheumatoid and ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 1970; 30: 213-223.
4. Brewerton DA, Caffrey H, Hart FD et al. Ankylosing spondylitis and HLA 27. *Lancet* 1973; 1: 904-907.

5. Burgos-Vargas R, Naranjo A, Castillo J et al. Ankylosing spondylitis in the Mexican mestizo: patterns of disease according to age at onset. *J Rheumatol* 1989; 16: 186-191.
6. Collantes E. Espondiloartropatías. Concepto actual, entidades nosológicas que agrupa el término y rasgos característicos y diferenciales. *Rev Esp Reumatol* 1994; 21: 373-377.
7. Greenstein AJ, Jarowitz HD, Scalar BD. The extra-intestinal manifestations of Crohn's disease and ulcerative colitis: A study of 700 patients. *Medicine* 1976; 55: 401-412.
8. Helliwell PS, Marchessoni A, Peters M et al. A reevaluation of the osteoarticular manifestations of psoriasis. *Br J Rheumatol* 1991; 30: 339-345.
9. Leonard DG, O'Duffy JD, Rogers RS. Prospective analysis of psoriatic arthritis in patients hospitalised for psoriasis. *Mayo Clin Proc* 1978; 53: 511-518.
10. Resnick D. Patterns of peripheral joint disease in ankylosing spondylitis. *Radiology* 1974; 110: 523-532.
11. Sambrook P, McGuigan L, Champion D et al. Clinical features and follow-up study of HLA-B27 positive patients presenting with peripheral arthritis. *J Rheumatol* 1985; 12: 526-528.
12. Scarpa R, Del Puente A, D'Arienzo A, et al. The arthritis of ulcerative colitis: Clinical and genetic aspects. *J Rheumatol* 1992; 19: 373-377.
13. Torre JC, Rodríguez A. Manifestaciones clínicas de la artritis psoriásica. *Rev Esp Reumatol* 1997; 24: 336-342.
14. Vilaseca J, Casellas F, Guarnier F. Enfermedad inflamatoria del intestino. En: Ferreras P (ed.). *Medicina Interna*. 12ª edición, Barcelona. Doyma 1992: 169-182.
15. Wright V, Moll JMH. *Seronegative Polyarthritis*. Amsterdam. North Holland Publish Co. 1976: 26-79.