



HIPERCIFOSIS CERVICAL EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL: FACTORES QUE PRODUCEN SU APARICIÓN Y EFECTO SOBRE MOVILIDAD Y FUNCIÓN.

J.L. Garrido Castro¹, L. Ladehesa Pineda², C. López Medina², C. Garrido González³, P. Font Ugalde³, C. González Navas¹, E. Collantes-Estevez²

¹Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba, Córdoba, España, ²Hospital Universitario Reina Sofía, Servicio Reumatología, Córdoba, España, ³Universidad de Córdoba, Facultad de Medicina, Enfermería y Fisioterapia, Córdoba, España.

cc0juanl@uco.es

1. Introducción

La hipercifosis cervical (HC) es un signo característico en pacientes con un gran nivel de afectación en la espondiloartritis axial (EspAx). La cifosis se define como una desviación sagital hacia adelante en la alineación espinal. La distancia entre el occipucio y la pared (OP) es una medida sustituta de la cifosis. Cuando esta distancia es superior a 0 cm, es porque el paciente tiene un nivel de afectación avanzado que produce una reducción de la función física y otras comorbilidades. Es importante intentar evitar la aparición de HC en estos pacientes.

2. Objetivos

Analizar los determinantes y efectos de la HC en pacientes con EspAx.

3. Métodos

Se utilizaron técnicas de pareamiento por puntajes de propensión para la selección de dos grupos apareados, formados por 42 pacientes con EspAx cada uno, de la cohorte CASTRO con distribuciones de covariables similares (edad y sexo). Los resultados analizados, además del OP, incluyeron actividad (BASDAI, ASDAS), función física (BASFI) y movilidad (BASMI). Se utilizó un sistema basado en sensores inerciales (ViMove) para analizar la movilidad cervical y lumbar y calcular el índice UCOASMI [1]. El daño estructural se evaluó según mSASSS y sus componentes (cervical y lumbar).

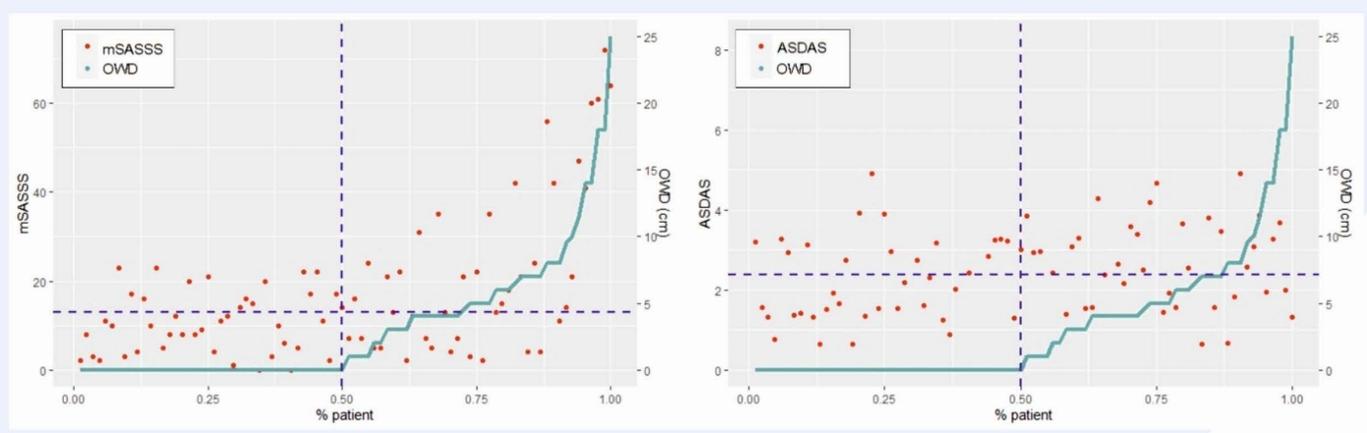
4. Resultados

Los valores medios (DE), diferencias significativas (p), coeficiente de variación (CV), tamaño del efecto - Cohen's d (TE) y la correlación con OP (r) de las diferentes variables se muestran en la tabla.

No hubo diferencias significativas en la edad y el sexo, como se esperaba. Los pacientes del grupo HC comenzaron antes (5,2 años). El porcentaje de HLAB27 + es similar, por lo que este antígeno no tiene relación con la HC. El IMC es mayor en el grupo HC (14%); esto puede ser un factor para la aparición de HC o una consecuencia de HC (menor actividad física). La actividad (según ASDAS) fue ligeramente superior en HC. Hubo diferencias muy significativas en el daño estructural y parece verse igualmente afectado por el daño en las regiones cervical y lumbar. BASFI también mostró una reducción significativa en el grupo HC. Hubo una gran reducción de la movilidad según los índices de movilidad y el rango de movimiento cervical (23% -33%). En un análisis de regresión lineal multivariante utilizando todas las variables de la tabla y OP como variable dependiente, solo mSASSS e IMC se incluyeron en el modelo final (r² ajust.= 0,61). En un análisis ROC, mSASSS mostró un comportamiento aceptable para distinguir entre grupos (AUC = 0,70, corte = 13). ASDAS obtuvo resultados más bajos (AUC = 0,60, corte = 2,38). La Figura muestra gráficas de probabilidad acumulada de mSASSS y ASDAS versus OP, mostrando los valores de corte determinados por análisis ROC.

	OP=0 (n=42)	OP>0 (n=42)	p	C.V.	T.E.	r
Edad (años)	47,6 (8,9)	48,7 (8,7)	N,S,	2%	0,13	0,2
Sexo (femenino %)	12%	14%	N,S,	-	-	-
B27 (positivo %)	87%	86%	N,S,	-	-	-
Tiempo Evol. (años)	19,7 (11,4)	24,9 (13,4)	*	26%	0,42	0,30**
Retraso diagn. (años)	6,4 (9,6)	6,6 (8,4)	N,S,	2%	0,01	-0,09
IMC (kg/m ²)	25,8 (3,1)	29,5 (4,6)	***	14%	0,94¥	0,39***
ASDAS	2,2 (1,0)	2,7 (1,0)	*	21%	0,43	0,08
BASDAI	3,6 (2,4)	4,1 (2,5)	N,S,	6%	-0,17	-0,02
mSASSS	10,6 (6,9)	22,6 (19,2)	***	113%	0,92¥	0,75***
mSASSS-Cervical	5,4 (4,4)	11,2 (11,2)	**	106%	0,74	0,69***
mSASSS-Lumbar	5,1 (3,6)	11,3 (10,0)	***	121%	0,91¥	0,67***
BASFI	2,6 (2,51)	4,6 (2,8)	***	74%	0,74	0,26*
BASMI	2,4 (1,1)	4,2 (1,5)	***	77%	1,40	0,77***
UCOASMI	3,7 (1,0)	5,6 (1,4)	***	51%	1,53	0,77***
Flexión Cervical (º)	101 (20)	74 (29)	***	-26%	-1,07	-0,71***
Rotación Cervical (º)	133 (20)	103 (37)	***	-23%	-1,04	-0,68***
Flex. Lat. Cervical (º)	67 (21)	44 (24)	***	-33%	-0,96¥	-0,64***

Resultados obtenidos por los dos grupos. Sign.: *p<0.05, **p<0.01, *** p<0.001. ¥: Efecto grande



Gráficos de probabilidad acumulativa incluyendo puntos de corte del análisis ROC de OP versus mSASSS y ASDAS.

5. Conclusiones

- El daño estructural, en la columna cervical y lumbar, es el principal contribuyente a la aparición de HC en pacientes con axSpA.
- La inflamación no es tan determinante y actúa solo a corto plazo.
- La HC produce una reducción significativa de la movilidad cervical y la función física.
- Los nuevos tratamientos que disminuyen la progresión radiográfica y la reducción del sobrepeso son el factor más importante para evitar la aparición de HC.

REFERENCIAS

[1] MEASURING SPINAL MOBILITY USING AN INERTIAL MEASUREMENT UNIT SYSTEM: A VALIDATION STUDY IN AXIAL SPONDYLOARTHRITIS. DIAGNOSTICS 2020, 10(6), 426; 2016;75:1958-1963.

