Espondiloartritis axial: diagnóstico, seguimiento y tratamiento

Basada en la actualización 2026 de las recomendaciones ACR/SAA/SPARTAN para adultos y niños o adolescentes (resumen oficial aprobado el 31 de mayo de 2026), las recomendaciones ASAS-EULAR 2022, la guía ACR/SAA/SPARTAN 2019, los criterios de clasificación ASAS, las definiciones ASAS de resonancia magnética, el consenso del Colegio Mexicano de Reumatología y los ensayos TICOSPA, C-OPTIMISE, SELECT-AXIS 2, tofacitinib, risankizumab y ustekinumab. Adultos, salvo donde se indica.

Versión 1.0 · 10 de noviembre de 2026 · Revisión clínica por médico del equipo editorial y verificación independiente contra las fuentes citadas

LO QUE TIENES QUE SABER

- **Primero la radiografía AP de pelvis;** si no es concluyente, resonancia de sacroiliacas sin gadolinio, con protocolo específico y leída por alguien con experiencia. En niños, la resonancia va primero.[1,15]
- **Los criterios ASAS clasifican, no diagnostican.** El diagnóstico lo hace el reumatólogo integrando clínica, laboratorio e imagen y descartando otras causas.[2,4,17]
- **Mide la actividad con un índice específico (ASDAS o BASDAI) y la PCR.** ASDAS ≥2.1 es actividad alta; la meta razonable es actividad baja (ASDAS <2.1).[1,2,5]
- **Ejercicio y fisioterapia activa siempre,** AINE como primera línea y, si persiste la actividad, biológico.[1,2]
- **Anti-TNF o inhibidor de IL-17 como primer biológico, sin preferencia general entre ambas clases** (ACR 2026); ambos por delante de los inhibidores de JAK. Los anti-IL-23 no sirven en la enfermedad axial.[1,11,12]
- **Las manifestaciones extramusculoesqueléticas eligen el fármaco:** uveítis recurrente o EII, anticuerpo monoclonal anti-TNF; psoriasis importante, inhibidor de IL-17.[1,2]
- **Si fallan dos mecanismos, revisa antes de cambiar otra vez:** diagnóstico, apego, dolor nociplástico, comorbilidades.[1,2,16]
- **En remisión sostenida, considerar reducir o espaciar la dosis; evitar la suspensión brusca:** en C-OPTIMISE, 8 de cada 10 siguieron sin brote con dosis plena o reducida, frente a 2 de cada 10 al suspender.[1,8]

AP de pelvis

primer estudio de imagen en adultos; no proyecciones dedicadas de sacroiliacas ni radiografía lumbar[1]

ASDAS ≥2.1

actividad alta: umbral de ASAS-EULAR para iniciar biológico o inhibidor de JAK, junto con PCR elevada o imagen positiva y falla a 2 AINE en 4 semanas[2]

Δ ASDAS ≥1.1

mejoría clínicamente importante a las 12 semanas o más: el criterio para continuar el fármaco[2]

Cómo leer las recomendaciones: el ACR 2026 gradúa cada recomendación como **fuerte** o **condicional**, a favor o en contra, con su certeza de la evidencia (muy baja a alta); va como [ACR, fuerte/condicional, certeza]. La mayoría son condicionales con certeza muy baja, por lo que el ACR insiste en la decisión compartida. ASAS-EULAR usa nivel de evidencia (1a a 5) y grado (A a D). **Siglas:** EspAax, espondiloartritis axial; r-EspAax, radiográfica; nr-EspAax, no radiográfica; EMM, manifestaciones extramusculoesqueléticas; FARMEb, biológico; FARMEsd, sintético dirigido (inhibidores de JAK); FARMEsc, sintético convencional; iTNF, anti-TNF; iIL-17, inhibidor de IL-17; iJAK, inhibidor de JAK; RM, resonancia magnética; EII, enfermedad inflamatoria intestinal.

1 Sospecha y clasificación
2 Imagen
3 Medir la actividad y la meta
4 Medidas generales y no farmacológicas
5 AINE, glucocorticoides y FARMEsc
6 Biológicos e inhibidores de JAK
7 Manifestaciones extramusculoesqueléticas
8 Si no responde
9 Enfermedad inactiva
10 Hueso, cirugía y complicaciones
11 Niños y adolescentes
12 Las guías comparadas
13 Errores frecuentes y casos
14 Consulta rápida y referencias

1 Sospecha y clasificación[2,4,17,20]

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN ASAS 2009

Entrada: lumbalgia de 3 meses o más que inició antes de los 45 años. Luego, una de dos ramas:

- **Rama de imagen:** sacroileítis en RM (activa, según la definición ASAS) o en radiografía (criterios de Nueva York modificados) **más al menos 1** rasgo de EspA.
- **Rama clínica:** HLA-B27 positivo **más al menos 2** rasgos de EspA.

Rasgos de EspA: dolor lumbar inflamatorio, artritis, entesitis (talón), uveítis, dactilitis, psoriasis, enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, buena respuesta a AINE, antecedente familiar de EspA, HLA-B27 y PCR elevada. Sensibilidad 82.9 % y especificidad 84.4 % en la cohorte de validación; la rama de imagen sola, 66.2 % y 97.3 %.[4]

CLASIFICAR NO ES DIAGNOSTICAR

Los criterios se diseñaron para estudios, no para el consultorio. ASAS advierte que su uso como criterios diagnósticos puede llevar a sobrediagnóstico, y recomienda reevaluar el diagnóstico si el paciente no responde como se espera.[2,17]

Criterios revisados ASAS-SPARTAN 2025: en la cohorte CLASSIC (1,015 pacientes de 27 países), los criterios ASAS 2009 no alcanzaron las metas prefijadas; los revisados lograron sensibilidad de 79.5 % y especificidad de 90.4 % en la validación (dato de resumen de congreso; el artículo completo aún no se publica).[20] En un registro suizo, los pacientes que solo cumplían la rama clínica de 2009 no cumplían los criterios revisados, y quienes sí los cumplían tuvieron mejor permanencia con el primer anti-TNF (HR de suspensión 0.79) y más respuesta ASDAS <2.1 (OR 1.79).[17]

El ACR 2026 recomienda orientar al paciente sobre el riesgo de EspAax en sus familiares de primer grado [condicional, muy baja], pero no recomendarles pruebas genéticas [condicional en contra, muy baja].[1]

2 Imagen[1,13–15]

SITUACIÓN	QUÉ HACER
Sospecha en el adulto	Radiografía **AP de pelvis** como primer estudio, mejor que radiografía lumbar o proyecciones dedicadas de sacroiliacas, y mejor que empezar con RM o TC de baja dosis [ACR, condicional, muy baja]. EULAR acepta la RM como primer estudio en personas jóvenes o con síntomas de poca duración
Radiografía no concluyente	**RM de sacroiliacas sin gadolinio**, con protocolo específico para EspAax, reporte estandarizado y lectura por alguien con experiencia [ACR, condicional, muy baja a baja]. Mejor que RM lumbar, TC de baja dosis o gammagrafía; PET en contra. La TC de baja dosis es aceptable [condicional, muy baja], aunque se prefiere la RM [condicional, baja]
RM de columna	No se recomienda en general para diagnosticar; aporta poco sobre la RM sacroiliaca (EULAR)
Actividad incierta con biológico	RM de columna o sacroiliacas para valorar actividad [ACR, condicional, muy baja]; mejor que PET [fuerte] y que gammagrafía [condicional]. Basta la secuencia STIR, sin contraste (EULAR)
Enfermedad clínicamente inactiva	No pedir RM para "confirmar" la inactividad [ACR, fuerte en contra, muy baja]
Radiografías de control	No repetir radiografías de columna, pelvis o lumbares a intervalos fijos (por ejemplo, cada 2 años) [ACR, condicional en contra, muy baja]. EULAR 2015: si se hacen para vigilar el daño estructural, no más de una vez cada 2 años

RM SACROILIACA POSITIVA SEGÚN ASAS

El hallazgo que define la **sacroileítis activa** es el **edema de médula ósea claramente presente en el hueso subcondral**, en una localización típica y muy sugestiva de EspAax. Las lesiones estructurales (erosiones, depósito graso, esclerosis, anquilosis) pueden apoyar que el edema se debe a EspA, pero no son necesarias para la definición. La actualización de 2019 no cambió la definición de RM positiva; revisó las de capsulitis, entesitis, lesión grasa y erosión, y añadió otras, como la metaplasia grasa en una cavidad de erosión y la anquilosis.[13,14] **Ojo:** el edema subcondral también aparece en mujeres en el posparto, corredores y atletas, aunque las lesiones profundas o extensas son sobre todo de la EspAax. Confiar en una RM positiva sin otros rasgos de EspA lleva a sobrediagnóstico.[18]

3 Medir la actividad y la meta[1,2,5–7]

ÍNDICE	INACTIVA	BAJA	ALTA	MUY ALTA	MEJORÍA
ASDAS	<1.3	1.3 a <2.1	2.1–3.5	>3.5	Clínicamente importante ≥1.1
BASDAI (0–10)	<1.3 (remisión)	1.3 a <2.5	2.5–5.3	>5.3	Respuesta ≥2.0 (ASAS-EULAR); BASDAI ≥4: umbral alternativo de ASAS-EULAR para iniciar FARMEb/sd si no hay ASDAS

ASDAS: nomenclatura de 2018, que cambió "actividad moderada" por "actividad baja" en el rango 1.3 a <2.1.[5] **BASDAI:** puntos de corte derivados en más de 4,600 pacientes europeos (Georgiadis 2025); el BASDAI y el ASDAS discreparon en 28–38 % de los casos, así que no son intercambiables.[6] ASAS-EULAR prefiere el ASDAS porque selecciona mejor a quien responderá al tratamiento.[2]

QUÉ RECOMIENDAN

- Medir la actividad a intervalos regulares con ASDAS o BASDAI y vigilar PCR o VSG [ACR, condicional, muy baja].
- **Meta: actividad baja** [ACR, condicional, baja]; ASAS-EULAR propone guiar el tratamiento hacia un objetivo predefinido y acordado con el paciente (5/D; en TICOSPA fue ASDAS <2.1).
- **Pero el ACR 2026 se pronuncia en contra de una estrategia formal de tratamiento por objetivos** frente a una estrategia guiada por los síntomas [ACR, condicional en contra, baja].

1,2

LA EVIDENCIA: TICOSPA

160 pacientes con ASDAS ≥2.1, aleatorizados por grupos a control estrecho con meta ASDAS <2.1 o a atención usual. La mejoría ≥30 % del ASAS-HI (desenlace primario) fue de 47.3 % contra 36.1 %, **sin diferencia significativa**; los desenlaces secundarios favorecieron al tratamiento por objetivos, con seguridad similar y menor costo social. Por eso ASAS-EULAR pide intensificar solo si médico y paciente están convencidos de que hay inflamación activa, y no por la cifra sola (la fibromialgia la eleva).[2,7]

4 Medidas generales y no farmacológicas[1,2]

SÍ

- **Fisioterapia** con enfermedad activa [ACR, fuerte, muy baja a moderada] e inactiva [condicional]; **activa (ejercicio supervisado) mejor que pasiva** (masaje, ultrasonido, calor); repetir cursos, no uno solo.
- Ejercicio: de espalda en casa, recreativo, aeróbico, estiramientos, yoga, tai chi; acuático mejor que con carga [ACR, condicional].
- Educación para el automanejo, peso adecuado, dejar de fumar (ASAS-EULAR).
- Tamizaje de riesgo cardiovascular y de depresión [ACR, condicional].
- **Uveítis:** educar sobre los síntomas e interrogarlos [ACR, fuerte]; sin examen oftalmológico de rutina en el adulto asintomático.
- **EII:** interrogar síntomas [ACR, fuerte]; calprotectina fecal solo si hay datos sugestivos [ACR, fuerte].
- Buscar psoriasis; acupuntura, masaje y TENS como complemento [ACR, condicional].
- Hablar de trabajo físico intenso, deportes de contacto y manejo de vehículos [ACR, condicional].

NO

- **Manipulación vertebral** [ACR, fuerte en contra]: riesgo de fractura en una columna rígida.
- Tracción y ablación por radiofrecuencia [ACR, condicional en contra].
- Electrocardiograma o ecocardiograma de tamizaje sin síntomas [ACR, condicional en contra].
- Medicina alternativa (naturopatía, homeopatía, ayurveda) y terapias dirigidas al microbioma [ACR, condicional en contra].
- Cannabinoides para el dolor [ACR, condicional en contra].

Buenas prácticas del ACR (sin graduar): manejo conjunto con gastroenterología (EII), oftalmología (uveítis activa) y dermatología (psoriasis activa); **brazalete de alerta médica** en quien tiene cifosis o anquilosis, por el riesgo de fractura de una columna fusionada.

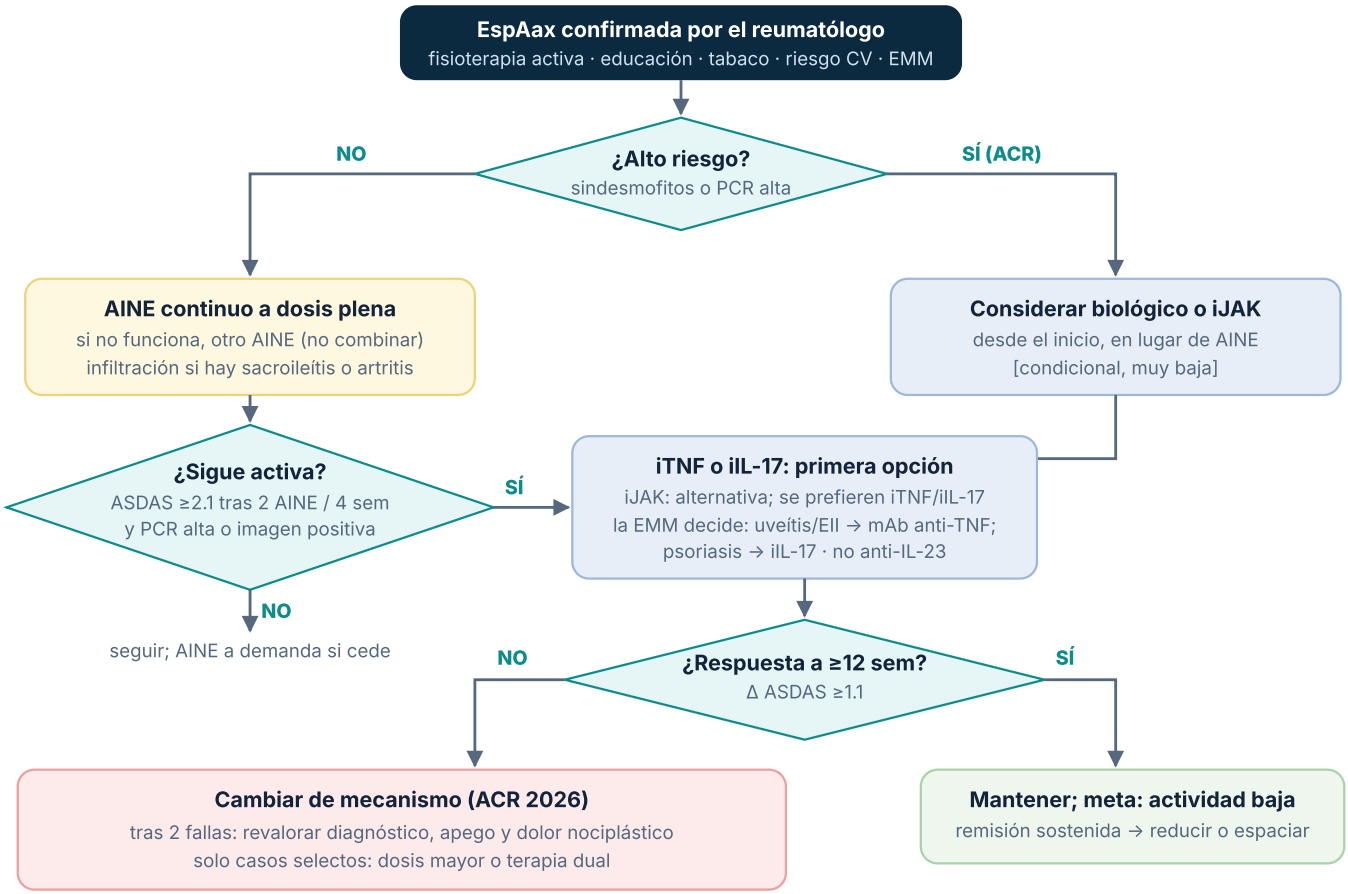
5 AINE, glucocorticoides y FARMEsc[1–3,19]

TRATAMIENTO	ACR 2026	ASAS-EULAR 2022
AINE	AINE en la enfermedad activa [fuerte, muy baja a moderada]; como primera línea antes que FARMEb/sd [condicional, muy baja a moderada]; algunos AINE sobre otros, sin especificar cuál [condicional, baja]. **Continuos mejor que a demanda** mientras haya actividad [condicional, baja a moderada]. Si no funcionan, cambiar a otro AINE [condicional]; **no combinar dos AINE** [fuerte en contra]. En la enfermedad inactiva con biológico: AINE a demanda, no continuos	Primera línea hasta la dosis máxima, valorando riesgos (1a/A); uso continuo si responde y lo necesita para controlar los síntomas. Antes de un biológico: **al menos 2 AINE a dosis plena durante 4 semanas en total**
Alto riesgo de mala evolución (sindesmofitos, PCR alta)	Considerar FARMEb o FARMEsd **desde el inicio** en lugar de AINE [condicional, muy baja]; incluso sin síntomas, tratamiento farmacológico [condicional]	No lo contempla como recomendación aparte
Glucocorticoides	Sistémicos: no [condicional en contra]. Intraarticulares en la **sacroileítis activa** y en la artritis periférica; infiltración peri-entésica en la entesitis activa [condicional, muy baja]	Infiltraciones locales sí (2/B); **no** glucocorticoide sistémico a largo plazo en la enfermedad axial
FARMEsc (metotrexato, sulfasalazina, leflunomida...)	No en la enfermedad axial sin EMM [condicional en contra]; el ACR incluye también apremilast en esta recomendación, aunque es un inhibidor de PDE4 y no un FARMEsc clásico; tampoco agregarlos a un biológico que no funciona en lo axial. Con artritis periférica activa, FARMEsc, b o sd [condicional]	No en la enfermedad puramente axial; sulfasalazina en la artritis periférica

TRATAMIENTO	ACR 2026	ASAS-EULAR 2022
Analgésicos	**Opioides: no** en el dolor nociplástico [fuerte en contra] ni en lugar de un FARMEb/sd [fuerte en contra]	Paracetamol u opioides débiles para el dolor residual, si lo demás falló o está contraindicado (5/D)

Las fuentes difieren: en opioides (el ACR se pronuncia fuertemente en contra en esos dos escenarios; ASAS-EULAR los acepta para el dolor residual cuando lo demás falló, 5/D) y en glucocorticoides sistémicos: el consenso del Colegio Mexicano de Reumatología 2021 los acepta por vía oral o intramuscular en la actividad persistente muy incapacitante, cuando AINE, analgésicos, reposo y rehabilitación están contraindicados o no se toleran, y especialmente si no hay acceso a biológicos.[1,2,19]

6 Biológicos e inhibidores de JAK[1,2,9–12]



Esquema elaborado por Medicina en Resumen con el ACR/SAA/SPARTAN 2026 y ASAS-EULAR 2022; no reproduce figuras originales. La rama de alto riesgo es del ACR; ASAS-EULAR exige falla a AINE antes de un biológico, y el requisito de PCR alta o imagen positiva también es suyo. Preferir iTNF o iIL-17 sobre iJAK es condicional, con certeza muy baja; el iJAK en sí tiene recomendación fuerte.[1,2]

TEMA	QUÉ DICEN
Cuándo iniciar (ASAS-EULAR)	Diagnóstico por el reumatólogo; **PCR elevada y/o RM sacroiliaca positiva o sacroileítis radiográfica**; falla a tratamiento convencional (≥2 AINE en 4 semanas; en lo periférico, una infiltración y sulfasalazina); **ASDAS ≥2.1** (o BASDAI ≥4 si no hay ASDAS); y opinión favorable del reumatólogo
Qué fármaco	ACR 2026: **iTNF** [fuerte, moderada a alta], **iIL-17** (incluye IL-17A/F) [fuerte, moderada a alta] e **iJAK** (tofacitinib, upadacitinib) [fuerte, moderada]; **sin preferencia general entre iTNF e iIL-17** como primer biológico [condicional, baja] y ambos se prefieren sobre iJAK [condicional, muy baja]; sin preferencia dentro de cada clase. ASAS-EULAR: lo habitual es empezar con iTNF o iIL-17A
Antes de un iJAK	ASAS-EULAR pide considerar: edad >65 años, tabaquismo actual o previo, otros factores de riesgo cardiovascular, de cáncer o de trombosis venosa

TEMA	QUÉ DICEN
No usar	**Anti-IL-23** en la enfermedad axial [ACR, fuerte en contra]; el ustekinumab (anti-IL-12/23) tampoco mostró eficacia; abatacept, rituximab, tocilizumab, sarilumab, belimumab o anakinra [condicional en contra]; bisfosfonatos para tratar la EspAax [condicional en contra]; ACTH [fuerte en contra]
Infusiones IV	Infusión rápida mejor que la tradicional en las infusiones de mantenimiento [ACR, condicional]

LA EVIDENCIA DE LOS IJAK

Tofacitinib en EA (r-EspAax): 269 pacientes; a la semana 16, ASAS20 56.4 % contra 29.4 % y ASAS40 40.6 % contra 12.5 % con placebo.[10]
Upadacitinib en nr-EspAax (SELECT-AXIS 2): 313 pacientes; ASAS40 a la semana 14 de 45 % contra 23 % (diferencia 22 %, IC 95 % 12–32), con eventos adversos similares en ese plazo.[9]

POR QUÉ NO LOS ANTI-IL-23

Risankizumab (fase 2): ASAS40 a la semana 12 de 25.5 %, 20.5 % y 15.0 % con 18, 90 y 180 mg, contra 17.5 % con placebo.[11] **Ustekinumab:** tres ensayos controlados; el primero no alcanzó sus desenlaces y los otros dos se suspendieron antes de completar el reclutamiento.[12] El ACR tampoco los recomienda en la artritis psoriásica con afección axial [condicional en contra].[1]

7 Manifestaciones extramusculoesqueléticas[1,2]

EMM	QUÉ FÁRMACO Y QUÉ HACER
Uveítis anterior	Recurrente: preferir un **anticuerpo monoclonal anti-TNF** (ASAS-EULAR incluye el certolizumab pegol) [ACR, condicional]. Si recurre con el anti-TNF monoclonal: **continuarlo** y agregar tratamiento tópico o FARMEsc, en lugar de cambiar a otro mecanismo. **Con antecedente de uveítis recurrente:** dejar un esteroide tópico para iniciarlo en casa ante síntomas oculares [ACR, condicional, muy baja]. Lo razonable es acordar ese plan con oftalmología; el ACR indica como buena práctica el manejo conjunto con oftalmología en la uveítis activa
EII	Preferir anticuerpo monoclonal anti-TNF [ACR, condicional, muy baja; ASAS-EULAR con EII activa, 2b/B]. **Los iIL-17 están contraindicados en la EII activa** (ASAS-EULAR). Con EII inactiva, evitar AINE continuos [ACR, condicional en contra]; si se usan AINE, unos sobre otros [ACR, condicional, muy baja]. Manejo conjunto con gastroenterología
Psoriasis	Con psoriasis importante, preferir **iIL-17** (ASAS-EULAR; ACR condicional). Psoriasis leve inducida por anti-TNF: continuarlo y agregar tópicos, FARMEsc o fototerapia [ACR, condicional]
Si no se controla la EMM o lo axial	Con EII o psoriasis activas pese a monoterapia: terapia dual (dos biológicos, o biológico más iJAK; en psoriasis también con apremilast o deucravacitinib) [ACR, condicional, muy baja]; solo en casos selectos (ver sección 8)

8 Si no responde[1–3,16]

SITUACIÓN	QUÉ HACER
Falla al primer FARMEb o FARMEsd	**ACR 2026:** cambiar a otro fármaco en lugar de agregar un FARMEsc, y **de otra clase** mejor que de la misma [condicional, baja]. **ASAS-EULAR:** cambiar a otro biológico (iTNF o iIL-17A) o a un iJAK; la evidencia más sólida es iIL-17 tras falla a iTNF (1b/A)
Falla a dos mecanismos	Antes de otro cambio, **revalorar**: ¿es EspAax?, apego, dolor nociplástico o fibromialgia, comorbilidades, depresión [ACR, buena práctica; ASAS-EULAR rec. 11]. Ante un cambio importante en la evolución, descartar causas no inflamatorias, como una fractura vertebral (ASAS-EULAR rec. 15)
Niveles del fármaco	**No** guiarse por niveles séricos del fármaco ni por anticuerpos antifármaco [ACR, condicional en contra, muy baja]
Dolor nociplástico	Gabapentinoides, ISRS o IRSN, relajantes musculares y terapia cognitivo-conductual [ACR, condicional, muy baja]; opioides no [ACR, fuerte en contra]. En la EspAax "refractaria", tamizar y tratar depresión [ACR, condicional]

SOLO EN CASOS SELECTOS · CERTEZA MUY BAJA

El resumen ACR 2026 dice que, en casos selectos, se puede considerar escalar la dosis del biológico o usar terapia dual. **Dosis por encima de la máxima aprobada** si sigue activa pese a la dosis máxima [ACR, condicional, muy baja]. **Terapia dual** (dos biológicos, o biológico más iJAK) si sigue activa pese a monoterapia, o si una EII o una psoriasis siguen activas [ACR, condicional, muy baja]. Son excepciones, no un paso rutinario: antes, revalorar diagnóstico, apego y dolor nociplástico, y decidir con el paciente.[1]

ESPAAX DIFÍCIL DE MANEJAR: DEFINICIÓN ASAS 2025

Reúne tres elementos en un paciente diagnosticado por el reumatólogo: **(1)** falla terapéutica: tratado según ASAS-EULAR y con falla a **≥2 FARMEb o FARMEsd de mecanismos distintos**, salvo contraindicación; **(2)** control subóptimo de la enfermedad; y **(3)** que el médico o el paciente reconozcan signos o síntomas problemáticos. Es un concepto amplio, que incluye causas no inflamatorias de mala respuesta. La **EspAax refractaria al tratamiento** es un subgrupo: exige además signos objetivos de inflamación activa y descartar causas no inflamatorias.[16]

Lo que cambió respecto a 2019: la guía ACR 2019 distinguía la falla primaria al primer anti-TNF (cambiar a secukinumab o ixekizumab) de la falla secundaria (probar otro anti-TNF). La versión 2026 recomienda, en general, cambiar de clase.[1,3]

9 Enfermedad inactiva[1,2,8]

QUÉ RECOMIENDAN

- **Evitar la suspensión brusca** (sin reducción previa) del FARMEb o FARMEsd [ACR, fuerte en contra, moderada].
- En enfermedad inactiva, **espaciar o reducir la dosis** [ACR, condicional, baja a moderada]; ASAS-EULAR, si hay remisión sostenida (1a/B para iTNF; 5/D para iIL-17).
- Con biológico más AINE: dejar solo el biológico; AINE a demanda [ACR, condicional].
- Con biológico más FARMEsc: suspender el FARMEsc [ACR, condicional].
- Si se suspendió por inactividad prolongada y la enfermedad se reactiva: **reiniciar el mismo fármaco** [ACR, condicional].
- Biosimilares: el ACR prefiere continuar con el biológico original en vez de cambiar a su biosimilar [condicional, baja a moderada]; el Colegio Mexicano propone considerarlos con información de eficacia y seguridad.

1,2,19

LA EVIDENCIA: C-OPTIMISE

EspAax temprana tratada con certolizumab pegol: 43.9 % (323 de 736) alcanzaron remisión sostenida a la semana 48. Entre las semanas 48 y 96 siguieron **sin brote 83.7 %** con dosis plena, **79.0 %** con dosis reducida y **20.2 %** con placebo, con resultados comparables en r-EspAax y nr-EspAax. Conclusión de los autores: se puede reducir la dosis, pero no suspender.[8]

10 Hueso, cirugía y complicaciones[1,2,15]

TEMA	QUÉ HACER
Densitometría	Tamizaje con DXA [ACR, condicional], no cada año sino cada 2 o 5 años. Con sindesmofitos o fusión: DXA de columna además de cadera [ACR, condicional]; EULAR 2015: sin sindesmofitos lumbares, DXA de cadera y de columna AP; con sindesmofitos lumbares, cadera más columna en proyección lateral o TC cuantitativa. Evaluar caídas [ACR, fuerte]
Osteoporosis	Agregar antirresortivo o anabólico al biológico [ACR, condicional]; anabólico si falla o está contraindicado el antirresortivo. Sin marcadores de recambio óseo de rutina
Sospecha de fractura vertebral	Dolor nuevo o cambio de la evolución, sobre todo tras un trauma menor en una columna rígida: radiografía y, si es negativa, **TC**; la RM añade información de tejidos blandos y médula (EULAR 2015)
Cirugía	Artroplastia total de cadera con dolor o discapacidad refractarios y daño estructural, sin importar la edad; osteotomía correctiva en cifosis grave, en centros especializados [ACR; ASAS-EULAR]. Tras la artroplastia, celecoxib para prevenir la osificación heterotópica, mejor que radiación local [ACR, condicional]
Anestesia	Con afección cervical y cirugía con anestesia general: **avisar al anestesiólogo** e informar al paciente sobre la intubación [ACR, fuerte]

11 Niños y adolescentes: lo que cambia (ACR 2026)[1]

TEMA	NIÑOS Y ADOLESCENTES
Diagnóstico	**RM de sacroiliacas sin contraste** [fuerte]; mejor que TC de baja dosis o gammagrafía [fuerte] y que radiografía [condicional]. Si se hace radiografía: AP de pelvis [condicional]. También RM en la artritis relacionada con entesitis sin síntomas axiales [condicional]
Actividad	JSpADA y, si aplica, JADAS, más PCR o VSG; meta de actividad baja
Tratamiento	AINE de inicio [condicional], preferentemente COX-2 selectivos [condicional, baja] (en adultos el ACR no especifica cuál AINE); FARMEb o FARMEsd de inicio si hay riesgo de mala evolución [condicional]. iTNF e iIL-17 [fuerte]; iJAK [condicional]; anti-IL-23 [condicional en contra]. Con EII: iJAK o anticuerpo monoclonal anti-TNF [fuerte, muy baja] y, si se usa AINE, COX-2 selectivo [condicional]. Sin glucocorticoide peri-entésico [condicional en contra]
Ojos	Examen oftalmológico de tamizaje aunque no haya síntomas: **fuerte si el HLA-B27 es negativo**, condicional si es positivo (a diferencia del adulto)
Dolor nociplástico	Gabapentinoides [condicional en contra]; ISRS o IRSN, relajantes musculares y opioides [fuerte en contra]; sí terapia cognitivo-conductual e higiene del sueño

12 Las guías comparadas

TEMA	ACR 2026	ASAS-EULAR 2022	CMR 2021 (MÉXICO)
Primer biológico	iTNF o iIL-17, sin preferencia general entre ambas clases; ambos sobre iJAK	iTNF o iIL-17A (iJAK posible, valorando factores de riesgo CV, de cáncer y de trombosis)	iTNF o iIL-17A, indistintamente
Biológico sin pasar por AINE	Sí, con alto riesgo (sindesmofitos, PCR alta)	No: falla a ≥2 AINE	No: tras tratamiento convencional
Meta y estrategia	Actividad baja; en contra de tratamiento por objetivos formal	Objetivo predefinido como guía	Objetivo predefinido
Tras la falla	Cambiar de clase	Otro biológico o iJAK	Otro iTNF o iIL-17A
Opioides	No en dolor nociplástico ni en lugar de un biológico	Para el dolor residual	Para el dolor residual
Glucocorticoide sistémico	No	No a largo plazo	Oral o IM en casos selectos (intolerancia o contraindicación al tratamiento convencional, sobre todo sin acceso a biológicos)

Recomendaciones del Colegio Mexicano de Reumatología según su tabla de recomendaciones (Reumatol Clin 2021). El resumen ACR 2026 es el documento oficial aprobado por el ACR; los manuscritos completos se publicarán en Arthritis & Rheumatology y Arthritis Care & Research.[1,2,19]

13 Errores frecuentes y casos

ERRORES FRECUENTES

- **Diagnosticar por una RM con edema aislado.** El edema subcondral leve aparece en el posparto y en corredores; sin otros rasgos de EspA, es sobrediagnóstico.[13,18]
- **Usar los criterios ASAS como lista diagnóstica.** Clasifican pacientes para estudios; el diagnóstico es clínico.[2,17]
- **Pedir RM de columna lumbar para "buscar sacroileítis".** La RM útil es la de sacroiliacas, sin gadolinio.[1,15]
- **Dar metotrexato o sulfasalazina para la enfermedad axial.** No funcionan en lo axial; se usan en la artritis periférica y como complemento en algunas EMM (uveítis o psoriasis con anti-TNF).[1,2]
- **Usar un anti-IL-23 porque "funciona en la psoriasis".** No sirve para la enfermedad axial.[1,11]
- **Dar un iIL-17 con EII activa.** Está contraindicado; preferir un anticuerpo monoclonal anti-TNF.[2]
- **Encadenar biológicos sin revisar por qué fallan.** Tras dos mecanismos, revisa diagnóstico, apego y dolor nociplástico.[1,16]
- **Suspender el biológico de golpe en remisión.** Mejor espaciar o reducir la dosis.[1,8]
- **Manipulación vertebral o una caída "sin importancia" en una columna fusionada.** Riesgo de fractura; ante dolor nuevo, radiografía y, si es negativa, TC (umbral bajo para pedirla en una columna fusionada).[1,15]

Caso 1. La RM que no basta

Mujer de 29 años, 4 meses después del parto, con lumbalgia de 6 meses que mejora con el reposo. HLA-B27 negativo, PCR normal, sin uveítis, psoriasis ni EII. La RM informa edema de médula ósea leve en el ilíaco anterior de ambas sacroiliacas. ¿Tiene EspAax?

Respuesta. No hay base para el diagnóstico. El dolor es mecánico, sin otros rasgos de EspA, y el edema leve sacroiliaco es frecuente en el posparto. Es dudoso que la RM cumpla la definición ASAS de positiva (edema claramente presente y muy sugestivo de EspAax); aun si la cumpliera, faltaría al menos un rasgo de EspA para la rama de imagen, y los criterios no diagnostican. Tratar el dolor, reevaluar, y repetir la RM solo si aparecen datos inflamatorios.[2,4,18]

Caso 2. Uveítis y psoriasis a la vez

Hombre de 34 años con r-EspAax, ASDAS 3.4 pese a naproxeno y luego celecoxib a dosis plena durante 6 semanas, con dos episodios de uveítis anterior en el último año y psoriasis en placas en codos (5 % de superficie corporal). ¿Qué biológico eliges?

Respuesta. Cumple para biológico: ASDAS ≥2.1 tras dos AINE en más de 4 semanas. La uveítis recurrente inclina a un **anticuerpo monoclonal anti-TNF** (adalimumab, infliximab, golimumab o certolizumab). Si la psoriasis sigue activa con el anti-TNF: manejo conjunto con dermatología, tópicos, fototerapia o FARMEsc y, si no basta, terapia dual [ACR, condicional, muy baja]. Si aparece una psoriasis leve inducida por el anti-TNF: continuarlo y agregar tópicos, FARMEsc o fototerapia. Los iIL-17 favorecen la piel, pero no son la mejor opción con uveítis recurrente. Educarlo en los síntomas de uveítis y darle un esteroide tópico para casa.[1,2]

Caso 3. Remisión de un año

Mujer de 41 años con nr-EspAax, ASDAS 1.1 sostenido durante 12 meses con adalimumab 40 mg cada 2 semanas y meloxicam diario. Pregunta si puede dejar todo.

Respuesta. Primero el AINE: pasarlo a demanda. Después, espaciar el adalimumab (por ejemplo, cada 3 semanas) en vez de suspenderlo, con vigilancia del ASDAS. Si un día se suspende y la enfermedad se reactiva, reiniciar el mismo fármaco. En C-OPTIMISE (certolizumab; se extrapola a otros anti-TNF), al suspender solo 20 % siguió sin brote, frente a 79 % con dosis reducida.[1,8]

14 Consulta rápida

Clasificación	Lumbalgia ≥3 meses, inicio <45 años + (sacroileítis en imagen + ≥1 rasgo) o (HLA-B27 + ≥2 rasgos). No es diagnóstico.
Imagen	AP de pelvis → RM de sacroiliacas sin gadolinio si no es concluyente (niños: RM primero). Sin radiografías ni RM de control programadas.
Actividad	ASDAS: <1.3 inactiva · 1.3 a <2.1 baja · 2.1–3.5 alta · >3.5 muy alta. Respuesta: Δ ≥1.1 a ≥12 semanas. Meta: actividad baja.
Primera línea	Fisioterapia activa y ejercicio + AINE continuo a dosis plena (otro AINE si falla, sin combinar). Infiltración en sacroileítis activa o artritis.
Biológico	ASDAS ≥2.1 tras 2 AINE en 4 semanas, con PCR alta o imagen positiva: iTNF o iIL-17, sin preferencia general entre ambas clases como primer biológico; ambos sobre iJAK. Uveítis o EII: mAb anti-TNF. Psoriasis: iIL-17.
No	FARMEsc en lo axial, anti-IL-23, glucocorticoide sistémico, opioides en dolor nociplástico (ACR), manipulación vertebral.
Falla	Cambiar de clase; tras 2 fallas, revalorar antes de otro cambio (definición ASAS de difícil de manejar).
Inactiva	AINE a demanda; en remisión sostenida, considerar reducir o espaciar el biológico; evitar la suspensión brusca.

Referencias

Los superíndices remiten a la lista de referencias. Los recuadros "Errores frecuentes", los casos, el esquema del algoritmo, la tabla comparativa y la consulta rápida son material educativo propio basado en estas fuentes.

1. American College of Rheumatology, Spondylitis Association of America, Spondyloarthritis Research and Treatment Network. 2026 Update of the ACR/SAA/SPARTAN Recommendations for the Treatment of Axial Spondyloarthritis in Adults and Children/Adolescents. Resumen de recomendaciones aprobado por el ACR el 31 de mayo de 2026. Resumen en PDF (ACR)
2. Ramiro S, Nikiphorou E, Sepriano A, et al. ASAS-EULAR recommendations for the management of axial spondyloarthritis: 2022 update. Ann Rheum Dis 2023;82:19–34. doi:10.1136/ard-2022-223296
3. Ward MM, Deodhar A, Gensler LS, et al. 2019 Update of the ACR/SAA/SPARTAN recommendations for the treatment of ankylosing spondylitis and nonradiographic axial spondyloarthritis. Arthritis Rheumatol 2019;71:1599–1613. doi:10.1002/art.41042
4. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. Ann Rheum Dis 2009;68:777–783. doi:10.1136/ard.2009.108233
5. Machado PM, Landewé R, van der Heijde D. Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS): 2018 update of the nomenclature for disease activity states. Ann Rheum Dis 2018. doi:10.1136/annrheumdis-2018-213184
6. Georgiadis S, Ørnbjerg LM, Michelsen B, et al. Defining Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index cut-off values for disease activity states in a multinational European cohort of patients with axial spondyloarthritis. ACR Open Rheumatol 2025;7(12):e70125. doi:10.1002/acr2.70125
7. Molto A, López-Medina C, Van den Bosch FE, et al. Efficacy of a tight-control and treat-to-target strategy in axial spondyloarthritis: results of the open-label, pragmatic, cluster-randomised TICOSPA trial. Ann Rheum Dis 2021;80:1436–1444. doi:10.1136/annrheumdis-2020-219585
8. Landewé RBM, van der Heijde D, Dougados M, et al. Maintenance of clinical remission in early axial spondyloarthritis following certolizumab pegol dose reduction. Ann Rheum Dis 2020;79:920–928. doi:10.1136/annrheumdis-2019-216839
9. Deodhar A, Van den Bosch F, Poddubnyy D, et al. Upadacitinib for the treatment of active non-radiographic axial spondyloarthritis (SELECT-AXIS 2): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet 2022;400:369–379. doi:10.1016/S0140-6736(22)01212-0
10. Deodhar A, Sliwinska-Stanczyk P, Xu H, et al. Tofacitinib for the treatment of ankylosing spondylitis: a phase III, randomised, double-blind, placebo-controlled study. Ann Rheum Dis 2021;80:1004–1013. doi:10.1136/annrheumdis-2020-219601
11. Baeten D, Østergaard M, Wei JCC, et al. Risankizumab, an IL-23 inhibitor, for ankylosing spondylitis: results of a randomised, double-blind, placebo-controlled, proof-of-concept, dose-finding phase 2 study. Ann Rheum Dis 2018;77:1295–1302. doi:10.1136/annrheumdis-2018-213328
12. Deodhar A, Gensler LS, Sieper J, et al. Three multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled studies evaluating the efficacy and safety of ustekinumab in axial spondyloarthritis. Arthritis Rheumatol 2019. doi:10.1002/art.40728
13. Lambert RGW, Bakker PAC, van der Heijde D, et al. Defining active sacroiliitis on MRI for classification of axial spondyloarthritis: update by the ASAS MRI working group. Ann Rheum Dis 2016. doi:10.1136/annrheumdis-2015-208642
14. Maksymowych WP, Lambert RGW, Østergaard M, et al. MRI lesions in the sacroiliac joints of patients with spondyloarthritis: an update of definitions and validation by the ASAS MRI working group. Ann Rheum Dis 2019. doi:10.1136/annrheumdis-2019-215589
15. Mandl P, Navarro-Compán V, Terslev L, et al. EULAR recommendations for the use of imaging in the diagnosis and management of spondyloarthritis in clinical practice. Ann Rheum Dis 2015;74:1327–1339. doi:10.1136/annrheumdis-2014-206971
16. Poddubnyy D, Navarro-Compán V, et al. The ASAS consensus-based expert definition of difficult-to-manage, including treatment-refractory, axial spondyloarthritis. Ann Rheum Dis 2025;84:538–546. doi:10.1016/j.ard.2025.01.035
17. Steimer A, Brändli J, Aeberli D, et al. Revised ASAS-SPARTAN 2025 classification criteria and treatment outcomes in axial spondyloarthritis: evidence from a large observational registry. RMD Open 2026;12:e007269. doi:10.1136/rmdopen-2026-007269
18. Navarro-Compán V, Sepriano A, Capelusnik D, Baraliakos X. Axial spondyloarthritis. Lancet 2025;405:159–172. doi:10.1016/S0140-6736(24)02263-3
19. Reyes-Cordero G, Enríquez-Sosa F, Gómez-Ruiz C, et al. Recomendaciones del Colegio Mexicano de Reumatología para el manejo de las espondiloartritis. Reumatol Clin 2021;17:37–45. doi:10.1016/j.reuma.2019.03.010
20. Maksymowych WP, van der Heijde D, Caplan L, Landewé R, Gensler LS, et al. The 2025 ASAS and SPARTAN revised classification criteria for axial spondyloarthritis: development and validation in the Classification of Axial SpA Inception Cohort study. Ann Rheum Dis 2026;85(Suppl 1):s204, OP0236 (resumen de congreso; presentado también en ACR Convergence 2025, abstract 0854). Resumen en el archivo de EULAR

SOBRE ESTA GUÍA EN RESUMEN

Medicina en Resumen condensa guías y artículos recientes para médicos. Cuando las fuentes difieren, lo señalamos y mostramos las variantes. La información se basa en la bibliografía citada y no sustituye el criterio del médico tratante ni los protocolos locales. Más guías y videos en **medicinaenresumen.com** · @medicina.en.resumen