



¿Qué ha ocurrido con las espondiloartritis indiferenciadas después de 17 años de seguimiento? Un análisis de los registros REGISPONER y REGISPON-3.

María Ángeles Puche Larrubia^{1,2,3}, María Lourdes Ladehesa Pineda^{1,2,3}, María Carmen Ábalos Aguilera^{1,2}, Desirée Ruiz-Vilchez^{1,2}, Laura Berbel Arcobé⁴, Xavier Juanola-Roura⁴, Marta Arévalo-Salaet⁵, Mireia Moreno⁵, Raquel Almodóvar-González⁶, Cristina Pijoan-Moratalla⁶, Beatriz Joven Ibáñez⁷, Marta Valero Expósito⁸, Verónica García-García⁸, Manuel José Romero-Ramos⁹, Enrique Tomás Ornilla-Laraudogoitia¹⁰, Alejandro Escudero Contreras^{1,2,3}, Eduardo Collantes Estévez^{2,3}, Clementina López Medina^{1,2,3}

1. UGC Reumatología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España; 2. Instituto de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba, España; 3. Universidad de Córdoba, Córdoba, España; 4. UGC Reumatología, Hospital Universitario Bellvitge, Barcelona, España; 5. UGC Reumatología, Hospital Universitario Parc Taulí Sabadell, Barcelona, España; 6. UGC Reumatología, Hospital Universitario Fundación de Alcorcón, Madrid, España; 7. UGC Reumatología, Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España; 8. UGC Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España; 9. UGC Reumatología, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España; 10. UGC Reumatología, Hospital Universitario Navarra, Navarra, España

INTRODUCCIÓN

La espondiloartritis indiferenciada (EspA-ind) se refiere a una entidad clínica dentro del espectro de la espondiloartritis (EspA) que no cumple con los criterios para un subtipo específico según los criterios del ESSG. La EspA-ind se ha descrito como una forma potencialmente temprana de la EspA axial (EspAax) y otros subtipos específicos. Sin embargo, existen discrepancias sobre la proporción de pacientes que realmente cambian de este estado indiferenciado a un diagnóstico más definido con el tiempo.

OBJETIVOS

- a) Describir los diagnósticos actuales (EspAax, EspA periférica (EspA-p), artritis psoriásica (APso) u otros) entre los pacientes diagnosticados con EspA-ind hace 17 años.
- b) Analizar los factores vinculados al cambio de diagnóstico entre los pacientes inicialmente diagnosticados con EspA-ind.

FINANCIACIÓN

Este trabajo fue apoyado por subvenciones del Instituto Español de Salud Carlos III (PMP21/00119 y RICOR-RD21/0002/0033).

e-mail: mangeles.puche@gmail.com

Tabla 1. Descripción de la evolución del diagnóstico de la EspAax durante 17 años, desde REGISPONER I-II hasta REGISPON-3

REGISPONER (2004)		REGISPON-3 diagnóstico final (2021-2022)	
Diagnóstico	N (%) N=64	Diagnóstico	N (%) N=64
EspA-ind	64 (16.8)	EspAax	49/64 (76.5)
		EspA-p	7/64 (10.9)
		APso	4/64 (6.2)
		No EspA	4/64 (6.2)

MÉTODOS

Estudio longitudinal y multicéntrico en el que se reevaluaron pacientes con EspA incluidos en REGISPONER (según los criterios de ESSG y evaluados en 2004) 17 años después (2021-2022), dando lugar al estudio REGISPON-3. El conjunto de datos de REGISPONER se combinó con los datos de REGISPON-3 obteniendo dos visitas separadas por 17 años. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo para describir el cambio en el diagnóstico de los pacientes con EspA-ind 17 años después. En segundo lugar, estudiamos la asociación entre el cambio de diagnóstico y algunas características clínicas, así como la presencia del HLA-B27.

RESULTADOS

Un total de 64 pacientes con EspA-ind fueron incluidos en este análisis. Entre ellos, 76.5% desarrollaron EspAax, 6.2% Apso, 10.9% EspAp y 6.2% finalmente no tenían EspA. La Tabla 1 muestra cómo ha cambiado el diagnóstico de EspA-ind 17 años después. La Tabla 2 muestra el cambio en el diagnóstico de EspA-ind según algunas características clínicas y la presencia del HLA-B27.

CONCLUSIÓN

De entre los pacientes que inicialmente fueron clasificados como EspA-in, EspAax fue el diagnóstico final más frecuente 17 años después. Los pacientes sin psoriasis y HLA-B27 positivos fueron diagnosticados con mayor frecuencia de EspAax.

Tabla 2. Cambio en el diagnóstico de la EspAax según las características clínicas y la presencia de HLA-B27.

Cambio de diagnóstico	Sexo		HLA-B27		Enfermedad articular periférica		Psoriasis	
	Hombres N=31	Mujeres N=33	Positivo N=50	Negativo N=14	Sí N=24	No N=40	Sí N=4	No N=60
Cambio de EspA-ind a EspAax, n = 49	26/49 (53.1%)	23/49 (46.9%)	41/49 (83.7%)	8/49 (16.3%)	16/49 (32.7%)	33/49 (67.3%)	2/49 (4.1%)	47/49 (95.9%)
Cambio de EspA-ind a APso, n = 4	1/4 (25%)	3/4 (75%)	3/4 (75%)	1/4 (25%)	2/4 (50%)	2/4 (50%)	2/4 (50%)	2/4 (50%)
Cambio de EspA-ind a no EspA, n = 4	0/4 (0%)	4/4 (100%)	3/4 (75%)	1/4 (25%)	1/4 (25%)	3/4 (75%)	0/4 (0%)	4/4 (100%)
Cambio de EspA-ind a EspA-p, n = 7	4/7 (57.1%)	3/7 (42.9%)	3/7 (42.9%)	4/7 (57.1%)	5/7 (71.4%)	2/7 (28.6%)	0/7 (0%)	7/7 (100%)