

La duración de la enfermedad, la edad y la inflamación persistente como factores pronósticos para las lesiones degenerativas de la válvula aórtica en pacientes con espondiloartritis

Hye Sang Park¹, Ana Laiz¹, Patricia Moya Alvarado¹, Asier Garcia Alija¹, Albert Casals Urquiza¹, Cesar Díaz-Torné¹, Luís Sainz Comas¹, Berta Paula Magallares¹, Ivan Castellví¹, Susana P. Fernandez-Sanchez¹, Julia Bernardez-Moreno¹, Helena Codes¹, Jose Luis Tandaipan^{1,2}, Concepción Pitarch², Carla Marco Pascual², Andrea Garcia Guillen², Anna Lopez-Ferrer³, Luis Puig³, Hector Corominas^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona. IIB Institut de Recerca.
²Servicio de Reumatología. Hospital Dos de Maig. Consorci Sanitari Integral
³Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona. IIB Institut de Recerca

Introducción

La edad, la calcificación y la carga inflamatoria pueden generar lesiones degenerativas en la válvula aórtica. Se describe que la dilatación de la raíz aórtica y la esclerosis severa de la válvula aórtica se observan con mayor frecuencia en pacientes con espondiloartritis (SpA) en comparación con la población de pacientes sin espondiloartritis [1].

Métodos

Estudio observacional ambispectivo en un hospital universitario terciario de referencia. La población elegible fueron 482 pacientes con espondiloartritis (SpA) que cumplieran con los criterios de la ASAS que fueron visitados en una consulta monográfica entre julio de 2022 y agosto de 2023. Los criterios de inclusión fueron pacientes seguidos en nuestro centro desde el diagnóstico de la SpA que tuvieran disponible historia clínica completa. Se realizó una ecocardiografía en todos estos pacientes para detectar manifestaciones cardíacas relacionadas con la enfermedad, en caso de que no se hubiera realizado previamente. Los datos se recogieron de la base de datos electrónica y en papel. Los datos faltantes se recopilaron prospectivamente en las visitas sucesivas. Los resultados principales fueron el diámetro de la raíz aórtica ajustado por la superficie corporal y la presencia de esclerosis valvular medida por ecocardiografía. Las variables explicativas incluyeron el tiempo total aproximado de enfermedad activa (Figura 1), el tiempo desde el inicio de los síntomas y la edad. Se realizaron análisis de regresión logística y lineal univariante.

Figura 1. Definición de actividad persistente de SpA y niveles persistentemente altos de PCR.

La presencia de brotes se evaluó cada 6 meses durante todo el seguimiento.
Se consideró **actividad persistente de SpA** si se cumplen dos o más criterios en dos visitas consecutivas:

- ASDAS > 2.1; DAPSA > 14; BASDAI > 4
- Examen físico con FABERE positivo, articulaciones hinchadas o entesis positivas.
- Resonancia magnética o ecografía que confirme inflamación activa.
- Cambio en la decisión de tratamiento: esteroides orales, infiltración o cambio de tratamiento con DMARD.

La evaluación del médico indica que el paciente no se encuentra bien.
Se considera que hay **niveles persistentemente altos de PCR** si la PCR > 5 mg/L en dos visitas consecutivas, excluyendo otras causas de inflamación.

Tiempo de carga inflamatoria (años) = (N. de brotes persistentes o PCR alta / N. de evaluaciones) x Años de seguimiento total.

Resultados

Un total de 246 pacientes cumplían criterios de inclusión para el análisis. Las características basales de la población y los resultados de las regresiones con los resultados principales se resumen (Tabla 1). La mediana del tiempo de seguimiento fue de 9 años. En cuanto a la dilatación de la raíz aórtica, se observó un aumento del riesgo tres veces mayor para el sexo masculino con significancia estadística. La edad, los años desde el primer síntoma articular hasta el diagnóstico de la espondiloartritis (SpA) y los años de evolución de la enfermedad mostraron una asociación significativa, pero no los años desde el primer síntoma extraarticular. En cuanto a la esclerosis valvular, se observó un aumento moderado a alto del riesgo para la hipertensión, dislipidemia, psoriasis, afectación periférica y enfermedad erosiva con significancia estadística. En cuanto a las variables relacionadas con el tiempo, solo los años desde el primer síntoma extraarticular mostraron una asociación estadísticamente significativa.

Conclusiones

- El sexo masculino mostró una fuerte asociación con la dilatación de la raíz aórtica, como es conocido [2]. No hubo asociación con la enfermedad axial.
- Los pacientes con una mayor carga de inflamación debido a la complejidad clínica (enfermedad erosiva y manifestaciones extraarticulares), así como aquellos con una mayor duración de la elevación persistente de la PCR, se asociaron con la esclerosis valvular.

Objetivo

Evaluar la asociación entre los años de evolución de la enfermedad, la edad y el tiempo total de inflamación persistente como factores pronósticos para la dilatación de la raíz aórtica y la esclerosis de la válvula aórtica. Identificar factores pronósticos y comorbilidades asociadas con la dilatación de la raíz aórtica y la esclerosis de la válvula aórtica en el contexto de la enfermedad.

Tabla 1: Resultados de Regresiones para Variables Asociadas con la Dilatación de la Raíz Aórtica y Esclerosis Valvular en la Espondiloartritis.

Variable	N (%) / Mediana (RIC)	Coefficiente (Dilatación Raíz Aórtica)	Valor p	OR (Dilatación Raíz Aórtica)	Valor p	OR (Esclerosis Valvular)	Valor p
Género masculino	132 (53.66)	4.73	0.00	3.17	0.05	1.06	0.86
Edad	56.91 (20.79)	0.08	0.00	1.05	0.01	1.09	0.00
Tiempo de actividad persistente de la enfermedad (años)	1.42 (2.1)	0.06	0.63	1.03	0.72	1.15	0.02
Tiempo de elevación persistente de la PCR (años)	1.01 (3.09)	0.06	0.47	0.96	0.61	1.13	0.01
Años desde el primer síntoma articular hasta el diagnóstico	2 (7)	0.08	0.01	1.06	0.01	1.00	0.89
Años desde el primer síntoma extraarticular	21 (26)	0.02	0.27	1.00	0.81	1.02	0.05
Años desde el primer síntoma articular	13 (14)	0.10	0.00	1.07	0.00	1.02	0.21
Años desde el primer síntoma (articular o extraarticular)	21 (26)	0.05	0.01	1.03	0.03	1.02	0.04
Años desde el diagnóstico	9 (9.5)	0.12	0.00	1.08	0.00	0.90	0.50
Hipertensión	84 (34.15)	1.69	0.01	1.09	0.86	2.32	0.01
Dislipidemia	111 (45.12)	0.92	0.11	1.70	0.28	2.04	0.03
Diabetes	22 (8.94)	0.16	0.87	1.00	1.00	2.23	0.10
No fumador	106 (43.0)	Ref	0.03	Ref	0.17	Ref	0.08
Ex-fumador	79 (32.11)	1.46	0.22	0.89	0.37	0.93	0.08
Fumador	60 (24.39)	0.89	0.43	0.58	0.46	1.03	0.46
Tipo de espondiloartritis							
- Axial	62 (25.2)	Ref	0.56	Ref	0.95	Ref	0.78
- Periférica	130(52.8)	-0.52	0.56	0.52	0.81	1.04	0.78
- Axial y periférica	44 (17.89)	-0.46	0.52	0.81	0.78	3.49	0.01
HLA-B27	89 (36.18)	1.22	0.05	1.88	0.24	0.67	0.25
Psoriasis	142 (57.72)	-0.54	0.38	1.46	0.48	2.09	0.04
Enfermedad inflamatoria intestinal	20 (8.13)	1.03	0.32	1.36	0.70	0.87	0.81
Antecedentes familiares	110 (44.72)	-0.26	0.66	0.70	0.22	0.67	0.22
Enfermedad erosiva	78 (31.71)	0.88	0.20	3.67	0.03	3.26	0.00

Referencias

[1] Front Cardiovasc Med. 2021;8:719523.
[2] J Am Soc Echocardiogr. 2023 Oct;36(10):1126.