

# Evaluación clínica y ecográfica en pacientes con Artritis Reumatoide de Reciente Inicio (ARRI)

AUTORES: Andrea Cid Chaves 1, M Lourdes Ladehesa-Pineda 1,2 , Marta Rojas-Giménez 1,2 , Santiago Dans-Caballero 1, 2 ,  
Alejandro Escudero-Contreras 1, 2,3 , I Concepción Aranda-Valera 1, 2, 3

AFILIACIONES: 1 Unidad de Gestión Clínica Reumatología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España. 2 Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). 3 Universidad de Córdoba, España

## OBJETIVOS

- Describir las características clínicas y ecográficas de los pacientes.
- Determinar la importancia de la ecografía basal en el diagnóstico inicial de la artritis reumatoide.
- Analizar la relación entre los parámetros ecográficos con la retención del primer fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (biológico o sintético).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo con 52 pacientes diagnosticados de ARRI + 6 diagnosticados de Pre-AR.

- Cohorte CRheAR (Cordobesian Rheumatoid Arthritis Registry) del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.
- Variables demográficas, clínicas y ecográficas, medidas en una visita basal y a los 6 meses.
- Se realizó un análisis descriptivo dividiendo a los paciente en 2 grupos según la necesidad de cambio de tratamiento en el primer año.
- Así como un análisis de clustering no supervisado según variables clínicas y ecograficas obteniendo tres cluster de pacientes según las características de los mismos.

## CONCLUSIÓN

Basándonos en los resultados de nuestro estudio, observamos una asociación significativa entre la presencia de erosiones al momento del diagnóstico y el historial de tabaquismo, con una mayor probabilidad de retención del primer FAME. No obstante, es crucial interpretar estos hallazgos con precaución debido a las diferencias en el retraso diagnóstico entre los dos grupos. Por otro lado, observamos una asociación significativa en los tres cluster con la presencia de sinovitis a nivel de carpos y MCFs, lo cual sugiere el peso que puede tener la ecografía en el diagnostico temprano de la AR. Se sugiere la realización de futuros estudios que validen estos resultados en otras cohortes con un tamaño muestral más amplio para fortalecer la evidencia y proporcionar una comprensión más completa de estas asociaciones en pacientes con artritis reumatoide de reciente inicio.

## RESULTADOS

Variable	No cambio (n=34)	Cambio (n=24)	P-valor
Tabaco (alguna vez), n (%)	20	7	0,06
Erosiones, n (%)	14 (41,18)	4 (16,67)	0,05
Retraso diagnóstico (años), media (DE)	1,05 (1,06)	2,75 (5,47)	0,15

Tabla 1. Variables clínicas, serológicas y ecográficas asociadas a la persistencia al primer FAME.

La **tabla 1** muestra un resumen de las únicas dos características recogidas en el estudio que mostraron una asociación significativamente estadística en función de la persistencia del primer FAME. Sin embargo no se detectaron diferencias en la actividad de la enfermedad medida por los índices de referencia. A nivel ecográfico tampoco se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

La **tabla 2** recoge los tres cluster tras el análisis realizado, objetivándose asociación significativamente estadística entre los índices de actividad DAS28 (p 0,02) y SDAI (0,03) con mayor puntuación, con el cluster 1 (n=12) con edad media mayor (63,92 (13,11)) y junto con el cluster 2 (n=24) con edad media menor de los tres grupos (51,83 (10,61)). En cuanto a parámetros ecográficos se ha encontrado presencia de afectación de MCFs en los tres grupos, con una p<0,01 en el cluster 1 (n=12) y en 2 (n=24) y con una p 0,03 con en cluster 3 (n=15). Así como de sinovitis de los carpos con una p <0,01 en los cluster 1 (n=12) y 2 (n=24), teniendo ambos grupos un porcentaje de ausencia de respuesta al tratamiento en el primer año igual, sin llegar a presentar significación estadística (p=1).

Por último resaltar que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas con respecto a la presencia de tenosinovitis (p 0,17) ni de erosiones (p 0,45), asi como ausencia de relación con el tabaco (p 0,15).

Variable	Cluster 1 (n =12)	Cluster 2 (n =24)	Cluster 3 (n =15)	p-valor
Edad (años), media (DE)	63,92 (13,11)	51,83 (10,61)	55,87 (12,69)	0,02
Sexo (mujer), n (%)	2 (16,66)	24 (100)	11 (73,33)	< 0,01
Tabaco alguna vez, n (%)	8 (66,66)	8 (33,33)	9 (60)	0,15
Tenosinovitis, n (%)	9 (75)	10 (41,66)	7 (46,66)	0,17
Erosiones, n (%)	6 (50)	8 (33,33)	4 (26,66)	0,45
FR +, n (%)	11 (91,66)	21 (87,5)	14 (93,33)	1
ACPA +, n (%)	11 (91,66)	17 (70,83)	13 (86,66)	0,32
DAS28, media (DE)	5,04 (1,65)	3,92 (1)	4,34 (1,09)	0,03
SDAI, media (DE)	28,82 (18,11)	17,77 (8,79)	18,62 (9,92)	0,03
CDAI, media (DE)	25,75 (16,74)	17,02 (8,68)	17,69 (9,61)	0,08
Sinovitis carpo, n (%)	12 (100)	24 (100)	0 (0)	< 0,01
Sinovitis MCFs, n (%)	8 (75)	7 (29,16)	0 (0)	< 0,01
Sinovitis MTFs, n (%)	3 (25)	3 (12,5)	2 (13,33)	0,61
Síndrome seco	3 (25)	7 (29,16)	1 (6,66)	0,25
Ausencia de respuesta a tratamiento 1º año, n (%)	5 (41,66)	10 (41,66)	6 (40)	1

Tabla 2. Características de los cluster de pacientes obtenidos en función de la retención al tratamiento en el primer año.