

Impacto de la sarcopenia y fragilidad en la respuesta terapéutica y calidad de vida en pacientes con espondiloartritis senil: un estudio prospectivo.

Jose Carlos Garcia, Cristina Martinez, Cristina Oramas, Marta Hernandez, Alicia Garcia, Elisa Trujillo.
Servicio de Reumatología Hospital Universitario de Canarias.

El envejecimiento poblacional ha convertido la reumatología geriátrica en un desafío creciente, con implicaciones aún no del todo exploradas. La sarcopenia, definida como la pérdida progresiva de masa y función muscular, y la fragilidad, entendida como un estado de vulnerabilidad multisistémica, emergen como síndromes geriátricos críticos en pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas. En un estudio previo, demostramos que los pacientes con artritis reumatoide y con espondiloartritis (EspA) mostraban una prevalencia de fragilidad significativamente superior a la población general, sugiriendo una interacción sinérgica entre inflamación crónica, envejecimiento acelerado y deterioro músculo-esquelético.

La evidencia actual señala que la coexistencia de sarcopenia y fragilidad en enfermedades reumáticas se asocia con polifarmacia, mayor riesgo de discapacidad funcional y mortalidad. Particularmente en EspA, la pérdida de masa muscular podría exacerbar la limitación biomecánica inherente a la espondilitis, comprometiendo la respuesta a terapias biológicas al alterar su farmacocinética y mecanismos de acción.

Ref: E. Trujillo et al. Fragilidad y sarcopenia en enfermedades reumáticas inflamatorias. XLVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología. 2020.

Este estudio prospectivo evalúa la prevalencia de sarcopenia y fragilidad en pacientes mayores de 65 años con EspA y analiza su impacto en la respuesta al tratamiento y la calidad de vida.

METODOS

Diseño y población

Estudio observacional prospectivo de cohorte que incluyó 99 pacientes ≥65 años con (EspA confirmada según criterios ASAS, reclutados en servicio de reumatología entre enero 2020 y marzo 2024. Se excluyeron pacientes con demencia avanzada (MMSE <18), enfermedades neuromusculares primarias o insuficiencia orgánica terminal. Se realizó la valoración al inicio y a los 12 meses.

Evaluación de sarcopenia (EWGSOP2)

1.Cribado inicial:

- . **SARC-F** (≥4 puntos considerados positivos).
- . **Fuerza muscular:** dinamometría Jamar® (3 intentos en mano dominante, valores de corte: <27 kg hombres/<16 kg mujeres).

2.Confirmación:

- . **Masa muscular:**
 - . *Circunferencia de pantorrilla* (corte <31 cm).

3.Gravedad:

- . **SPPB** (Short Physical Performance Battery):
 - . Equilibrio estático (posición tandem), velocidad de marcha (4 m) y test de levantarse de silla 5 veces.
 - . Puntuación ≤8 puntos define sarcopenia severa.

Evaluación de fragilidad (Fried):

- Pérdida de peso involuntaria** (>5% en último año).
- Agotamiento** (escala CES-D: ≥3 días/semana con sentimientos de "esfuerzo extremo").
- Actividad física reducida** (IPAQ-SF: <150 min/semana de actividad moderada).
- Lentitud de marcha** (corte ajustado a estatura: ≥173 cm hombres: >7 segundos/4,5 m; ≥159 cm mujeres: >6 segundos).
- Debilidad** (dinamometría: mismos criterios que sarcopenia).

Variables clínicas:

- . **Actividad de enfermedad:**
 - . *ASDAS-PCR* (espondilitis anquilosante) con umbrales de remisión <1,3.
 - . *DAPSA* (artritis psoriásica) con remisión ≤4.
- . **Capacidad funcional:** BASFI (puntuación 0-10, mayor puntuación = mayor discapacidad).
- . **Calidad de vida:** ASQoL (escala 0-18, >8 indica impacto significativo).
- . **Respuesta terapéutica:** criterios ASAS20/40 a 12 meses.
- . **Polifarmacia**
- . **Comorbilidad**
- . **Evaluación nutricional complementaria:** MNA-SF para descartar malnutrición como factor confusor.

Análisis estadístico:

1.Modelos multivariantes:

- . Regresión logística para asociación sarcopenia/fragilidad con remisión clínica.
- . ANCOVA ajustado por edad, sexo, comorbilidad (índice Charlson) y tratamiento biológico.

2.Curvas ROC:

- . Puntos de corte óptimos de SMI para predecir fallo terapéutico.

RESULTADOS

1. Prevalencia de sarcopenia y fragilidad

La cohorte mostró una prevalencia de sarcopenia del 23,3% (n=23/99)

y fragilidad del 31,2% (n=31/99), con superposición de ambas condiciones

en el 15,1% (n=15/99).

2. Impacto en respuesta terapéutica

Los pacientes con sarcopenia/fragilidad presentaron:

- . OR 0,51 (IC95%:0,35-0,77) para respuesta ASAS40
- . Tasa de remisión (ASDAS-PCR <1,3): 18,4% vs 42,1% en controles (p<0,001)

Evolución BASFI por fenotipos		
Grupo	Basal	12 meses
Sarcopenia + fragilidad	7,2 ± 2,1	7,0 ± 2,3
Solo sarcopenia	6,3 ± 1,9	5,8 ± 1,7
Controles	4,1 ± 1,2	3,4 ± 1,1

Respuesta según tipo de EspA		
Parámetro	Espondilitis anquilosante (n=57)	Artritis psoriásica (n=42)
Remisión ASDAS/DAPSA	38,6%	45,2%
ASAS40 con sarcopenia	14,3%	18,9%
Deterioro funcional	1,2 ± 0,4 puntos BASFI	0,8 ± 0,3 puntos

3. Capacidad funcional (BASFI)

- . Diferencia basal:
 - . Sarcopénicos: 6,1 ± 1,8
 - . No sarcopénicos: 4,3 ± 1,5 (p<0,001)
- . Cambio a 12 meses:
 - . Mejora ≥20%: 22,3% vs 51,4% (p=0,001)
 - . Diferencia media: 0,7 puntos (IC95%:0,4-1,0; p<0,01)

4. Calidad de vida (ASQoL)

- . Puntuación basal:
 - . Sarcopénicos: 13,1 ± 2,9
 - . No sarcopénicos: 8,9 ± 2,4 (p<0,001)
- . Diferencia media a 12 meses: -3,4 puntos (IC95%:-4,1 a -2,7; p<0,001)

Factores asociados a peor ASQoL:

- Fragilidad (β=2,9; p=0,001)
- Número de comorbilidades ≥3 (β=1,7; p=0,01)
- Polifarmacia (>5 fármacos) (β=1,2; p=0,03)

CONCLUSIONES

-La presencia de sarcopenia (23,3%) y fragilidad (31,2%) en pacientes con espondiloartritis senil se asocia de forma independiente con una menor probabilidad de alcanzar baja actividad de la enfermedad (OR=0,41; IC95%:0,28-0,62) y una respuesta terapéutica reducida (OR=0,51; IC95%:0,35-0,77). Estos síndromes geriátricos actúan como modificadores negativos del curso clínico, incluso tras ajustar por edad y comorbilidades.

-Los pacientes con sarcopenia/fragilidad presentaron una peor evolución en BASFI (diferencia media: +0,7 puntos; p<0,01) y ASQoL (-3,4 puntos; p<0,001), subrayando la necesidad de abordajes multidominio que integren rehabilitación muscular y soporte nutricional.

-Este estudio posiciona la evaluación geriátrica integral como pilar fundamental para mejorar resultados clínicos y calidad de vida en esta población vulnerable.

Recomendaciones prácticas: 1. Cribado sistemático de sarcopenia (EWGSOP2) y fragilidad (Fried) en toda EspA ≥65 años. 2. Intervenciones integradas que combinen ejercicio resistido supervisado y suplementación proteica.