

Comparación entre Espondiloartritis Axial Precoz y Establecida según la nueva definición ASAS de enfermedad precoz



Burger Stefanie, Paula Alvarez, Norma Calleja, Ignacio Braña, Estefanía Pardo, Marta Loredó, Sara Alonso, Fernando Jirout, Isabel Zapico, Mercedes Alperi, Rubén Queiro.

1. Hospital Universitario Central de Asturias

Introducción

La aplicabilidad de la nueva definición de consenso de la Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS) de espondiloartritis axial precoz (axSpA) apenas se ha probado en entornos clínicos 1,2.

Objetivos

Nos propusimos comprobar la aplicabilidad de esta nueva definición en un contexto clínico real.

Métodos

Estudio observacional transversal unicéntrico de 330 pacientes consecutivos que cumplían criterios de axSpA.

Se analizaron las similitudes y diferencias entre pacientes con enfermedad temprana (según la nueva definición ad hoc) y enfermedad establecida.

Se construyeron modelos de regresión logística ajustados por sexo y exposición a de la enfermedad entre ambas subpoblaciones

Resultados

Las principales características de la enfermedad de la población de estudio se muestran en la tabla 1. De los 299 pacientes , 45 (15%) cumplían la definición ASAS de axAx temprana. Los pacientes con axSpA temprana eran más jóvenes (41,5 ± 13,2 años frente a 48,8 ±12,9 años, p = 0,001). La mediana de duración de la enfermedad fue de 1,0 años [IQR: 1,0 - 2,0] entre los pacientes con axSpA temprana frente a 10 años [IQR: 5,0 - 18,5] en la enfermedad establecida, p < 0,001. La proporción de sexos fue de 1:1 en la axA temprana frente a 1,6:1 a favor de los hombres en la establecida.

Más pacientes con AxSpA temprana tomaban AINE (86,7% frente a 67.3%, p = 0.015). Sin embargo, más pacientes con AxSpA establecida tomaban fármacos biológicos (65,4% frente a 42,2%, p = 0,005). La prevalencia de uveítis fue similar entre ambos grupos. Sin embargo, la prevalencia de EII fue mayor entre los pacientes establecidos (12% frente a 4,4%).

Los portadores del HLA-B27 eran ligeramente superiores entre los pacientes establecidos (71,4% frente a 64,4%). Proporciones similares de pacientes establecidos (87%) y precoces (82,2%) presentaban sacroileítis radiográfica.

Tras ajustar por sexo y exposición a biológicos, no se encontraron diferencias significativas entre ambas subpoblaciones en cuanto a BASDAI activo (≥4), ASDAS de actividad alta/muy alta (≥2,1), ASAS HI de impacto alto (>5) y RAPID3 de gravedad moderada/alta (>6). BASDAI remisión/baja actividad (OR 2,5, p < 0,0001), ASDAS baja actividad/inactivo (OR: 2,04, p = 0,003), ASAS HI bajo impacto (OR 2,86, p = 0,002), y RAPID3 remisión/baja gravedad (OR 3,12, p = 0,010).

Conclusiones

Los pacientes con axSpA precoz presentan similitudes y diferencias con respecto a los casos establecidos. La nueva definición ASAS de enfermedad precoz puede ser aplicable en contextos clínicos reales.

Tabla 1. Características de la enfermedad de la población estudiada	
Características	N = 330
Edad, años, media (DE)	47.6 (12.9)
Duración de la enfermedad, años, mediana (IQR)	8 [4-16]
Hombres, n (%)	203 (61.5)
Mujeres, n (%)	127 (38.5)
AxSpA radiográfica, n (%)	264 (80)
Afectación periférica, n (%)	60 (18.1)
Antecedentes familiares de SpA, n (%)	82 (24.8)
Nivel educativo, n (%)	
Primario	87 (26.4)
Secundario	157 (47.6)
Universitario	86 (26.1)
Fumadores, n (%)	115 (34.8)
Obesidad, BMI ≥ 30, n (%)	40 (12.1)
Enfermedades relacionadas con SpA, n (%)	
Entesitis	33 (10)
Uveítis anterior	56 (17)
Enfermedad inflamatoria intestinal	34 (10.3)
Variables de laboratorio	
VSG (mediana, IQR), mm/h	5 [2-10.8]
PCR (mediana, IQR), mg/dl	0.30 [0.10-1.10]
HLA-B27, n (%)	227 (70.7)
Tratamiento	
AINE, n (%)	233 (70.6)
FAME convencionales, n (%)	57 (17.3)
Glucocorticoides orales, n (%)	16 (4.8)
FAME biológicos, n (%)	209 (63.3)
Índices compuestos	
BASDAI, media ± DE	3,64 (2,43)
BASFI, media ± DE	3,19 (2,43)
ASDAS-CRP, media ± DE	2,07 (0,85)
ASAS-HI, media ± DE,	n: 200 5,39 (4,0)
RAPID3, media ± DE,	n: 131 9,45 (6,7)
mSASSS, mediana (IQR),	n: 131 6 (2-15)
Resultados	
BASDAI remisión (≤2), n (%)	99 (30)
BASDAI activo (≥4), n (%)	143 (43,3)
ASDAS enfermedad inactiva (<1,3), n (%)	70 (21,3)
ASDAS alto (≥2,1-3,5), n (%)	129 (39,2)
ASDAS muy alto (>3,5), n (%)	18 (5,5)
ASAS HI alto impacto (>5), n: 200 (%)	108 (54)

RAPID3 gravedad moderada/alta (>6), n: 131 (%) 87 (66. 4) años: años; DE: desviación estándar; RIQ: rango intercuartílico; EAx: espondiloartritis axial; IMC: índice de masa corporal; VSG: velocidad de sedimentación globular; PCR: proteína C reactiva; HLA: antígeno leucocitario humano; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; FAME: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad; BASDAI: índice de actividad de la enfermedad de la espondilitis anquilosante de Bath; BASFI: Bath ankylosing spondylitis functional index; ASDAS: ankylosing spondylitis disease activity score; ASAS-HI: assessment of spondyloarthritis international society-health index; RAPID3: routine assessment of patient index data 3; mSASSS: modified stoke ankylosing spondylitis spinal sco