



## P-25 - PREVALENCIA DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL NO DIAGNOSTICADA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS: ESTUDIO EISER

A. Gutiérrez-Casbas<sup>1</sup>, V. Moreno Torres<sup>1</sup>, I. Rodríguez-Lago<sup>2</sup>, I. Marín-Jiménez<sup>3</sup>, Z. Plaza<sup>4</sup>, J. Gratacós<sup>5</sup>, E. Trujillo<sup>6</sup>, E. Pérez-Pampín<sup>7</sup>, M. Barreiro de Acosta<sup>7</sup>, A. Aznar-Esquivel<sup>6</sup>, M. Carrillo Palau<sup>8</sup>, M.L. García-Vivar<sup>9</sup>, M.C. Muñoz<sup>10</sup>, M. Ladehesa<sup>11</sup>, E. Iglesias-Flores<sup>10</sup>, C. Merino<sup>12</sup>, Y. González-Lama<sup>13</sup>, M. Arévalo<sup>5</sup>, X. Calvet Calvo<sup>14</sup>, A. Brandy-García<sup>15</sup>, M. Izquierdo-Romero<sup>16</sup>, S. Manrique<sup>17</sup>, R. Olmedo-Martín<sup>18</sup>, J.F. García Llorente<sup>19</sup>, J. Zugaza<sup>2</sup>, I. Ros Vilamajo<sup>20</sup>, N. Rull<sup>21</sup>, J.A. Pinto<sup>22</sup>, P. Ucha Abal<sup>23</sup>, C. González<sup>24</sup>, F.J. Rodríguez-Martín<sup>25</sup>, S. Serrano Ladrón de Guevara<sup>26</sup>, M. Dominguez-Alvaro<sup>4</sup>, F.J. Prado<sup>27</sup> y J. Sanz<sup>12</sup>

<sup>1</sup>Gastroenterología, Hospital General Universitario Dr. Balmis, ISABIAL, Ciberehd, Alicante. <sup>2</sup>Gastroenterología, Hospital Universitario de Galdakao, Vizcaya. <sup>3</sup>Gastroenterología, Hospital Gregorio Marañón, Madrid. <sup>4</sup>Unidad de Investigación Sociedad Española Reumatología. <sup>5</sup>Reumatología, Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell. <sup>6</sup>Reumatología, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. <sup>7</sup>Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela. <sup>8</sup>Gastroenterología, Hospital Universitario de Basurto. <sup>9</sup>Reumatología, Hospital Universitario de Basurto. <sup>10</sup>Gastroenterología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>11</sup>Reumatología, Hospital Reina Sofía, Córdoba. <sup>12</sup>Reumatología, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. <sup>13</sup>Gastroenterología, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. <sup>14</sup>Unitat de Malalties Digestives, Institut Universitari Parc Taulí, UAB, Hospital de Sabadell. <sup>15</sup>Reumatología, Hospital de Cabueñes, Gijón. <sup>16</sup>Gastroenterología, Hospital Cabueñes, Gijón. <sup>17</sup>Reumatología, Hospital Regional de Málaga. <sup>18</sup>Gastroenterología, Hospital Regional de Málaga. <sup>19</sup>Reumatología, Hospital de Galdakao, Bilbao. <sup>20</sup>Reumatología, Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca. <sup>21</sup>Gastroenterología, Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca. <sup>22</sup>Reumatología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. <sup>23</sup>Gastroenterología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. <sup>24</sup>Reumatología, Hospital Gregorio Marañón, Madrid. <sup>25</sup>Reumatología, Hospital Universitario General Santa Lucía, Cartagena. <sup>26</sup>Gastroenterología, Hospital Universitario General Santa Lucía, Cartagena. <sup>27</sup>Bioestadística, Hospital Infantil de México, México.

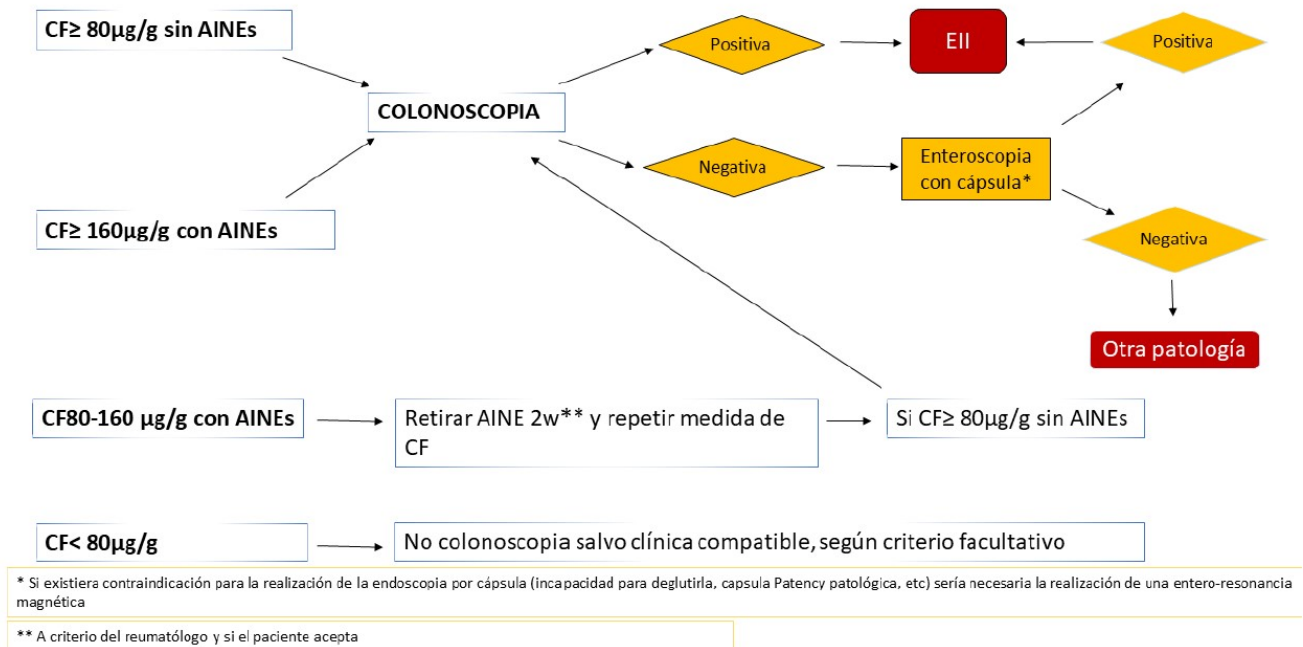
## Resumen

**Introducción:** Los pacientes con espondiloartritis axial (EspAax) y artritis psoriásica (APs) suelen manifestar síntomas digestivos, algunos de ellos relacionados con EII. Sin embargo, la prevalencia exacta de EII en estos es controvertida y se desconoce el enfoque óptimo para su diagnóstico.

**Métodos:** estudio transversal, observacional, multicéntrico, nacional en 13 hospitales españoles. Inclusión: pacientes  $\geq$  18 años diagnosticados de APs o EspAax. Exclusión: tratamiento con fármacos biológicos o corticoides sistémicos al inicio del estudio o en mes previo o diagnóstico previo de EII. En pacientes  $>$  50 años, se incluyó aquellos sin colonoscopia válida en los 3 años previos. Se realizó visita por Reumatología en la que se determinaron los niveles de calprotectina fecal (CF) (Quantum blue test). Tras ello, se derivó al paciente a Digestivo y se realizó las investigaciones necesarias para diagnóstico EII (fig.).

**Resultados:** Se incluyeron 559 pacientes. Entre los 494 evaluables, 49,8% tenían APs y 50,2% EspAax. Entre los 540 con muestra de heces, el 40% tuvo niveles de CF  $\geq$  80  $\mu$ g/g. Factores

asociados con mayor probabilidad de CF  $\geq 80 \mu\text{g/g}$  en el análisis de regresión logística: duración y actividad de enfermedad. El estado de salud general se asoció con menor probabilidad de CF  $\geq 80 \mu\text{g/g}$ . Se diagnosticó a 28 pacientes de EII (prevalencia: 5,7%, 8,9% para EspAax); 24 tuvieron diagnóstico de EC, 3 EII inclasificable y 1 CU. La curva ROC para CF y el dx de EII mostró un AUC del 87%. La mayor S y E correspondió a un nivel de CF  $> 147 \mu\text{g/g}$  con una S del 85,7%, E del 75,5%, VPP de 17,4% y VPN del 98,9%. 25% de los pacientes con EII tenían síntomas compatibles.



**Conclusiones:** La prevalencia de EII no diagnosticada en pacientes con EspA es del 5,7% (mayor entre pacientes con EspAax), siendo el dx más frecuente EC. La CF es útil para identificar pacientes con EspA y lesiones secundarias a EII. La calidad de vida, duración y actividad de enfermedad se asocian con niveles más elevados de CF.