



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

A. Gutiérrez-Casbas¹, V. Moreno Torres¹, I. Rodríguez-Lago², I. Marín-Jiménez³, Z. Plaza⁴, J. Gratacós⁵, E. Trujillo⁶, E. Pérez-Pampín⁷, M. Barreiro de Acosta⁷, A. Aznar-Esquivel⁶, M. Carrillo Palau⁸, M.L. García-Vivar⁹, M.C. Muñoz¹⁰, M. Ladehesa¹¹, E. Iglesias-Flores¹⁰, C. Merino¹², Y. González-Lama¹³, M. Arévalo⁵, X. Calvet Calvo¹⁴, A. Brandy-García¹⁵, M. Izquierdo-Romero¹⁶, S. Manrique¹⁷, R. Olmedo-Martín¹⁸, J.F. García Llorente¹⁹, J. Zugaza², I. Ros Vilamajo²⁰, N. Rull²¹, J.A. Pinto²², P. Ucha Abal²³, C. González²⁴, F.J. Rodríguez-Martín²⁵, S. Serrano Ladrón de Guevara²⁶, M. Dominguez-Alvaro⁴, F.J. Prado²⁷ y J. Sanz¹²

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

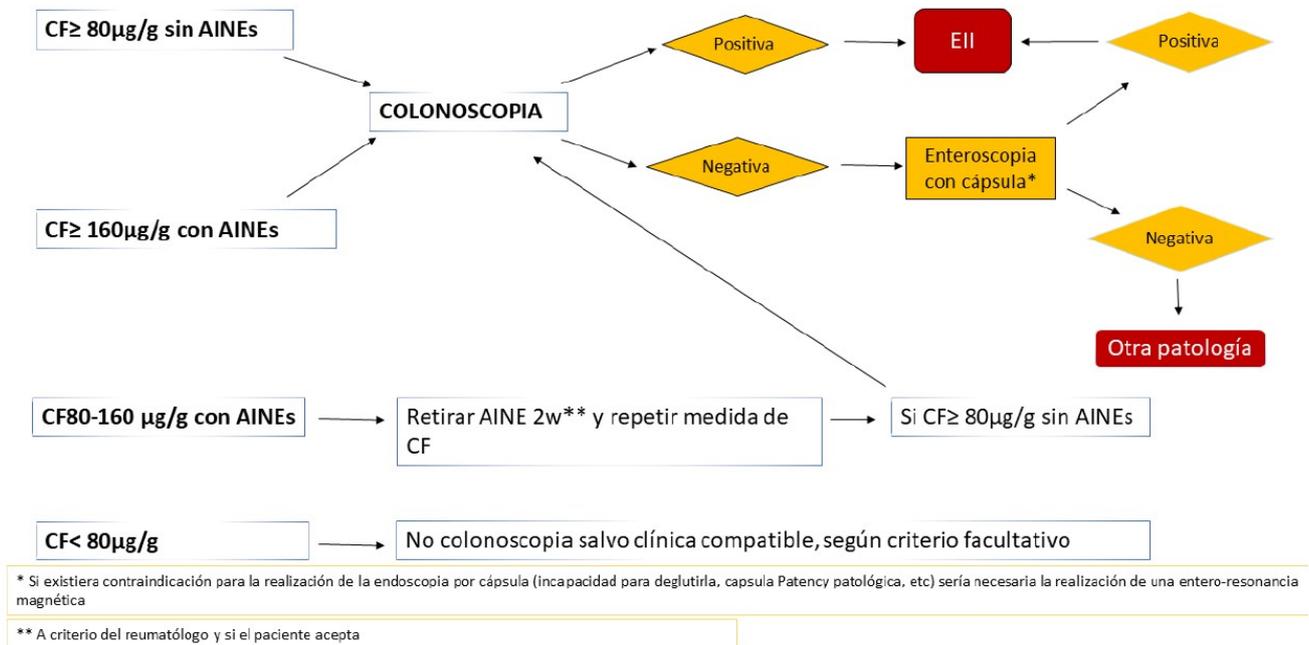
Resumen

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 μ 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.