



P200 - Enfermedad celiaca y espondiloartritis: ¿Azar o una nueva comorbilidad en EspA? (Estudio TREND-EspA)

R. Mazzucchelli Esteban¹, C. Isasi², N. Crespi³, R. Almodóvar¹, E. Pérez-Fernández⁴, J. Quirós¹ y P. Zarco¹

¹Unidad de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. ³C.S. La Rivota. Alcorcón. ⁴Unidad de Investigación. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Resumen

Introducción: La enfermedad celiaca (EC) es un trastorno sistémico de base inmunológica, causado por la ingesta de gluten y otras proteínas afines que afecta a individuos genéticamente susceptibles. Se asocia a diferentes enfermedades autoinmunes como la tiroiditis autoinmune y síndrome de Sjögren. En la literatura hay descritos casos clínicos y series de casos de la coexistencia de EC y espondiloartritis (EspA). Pero no existen estudios que establezcan una asociación causal.

Objetivos: Analizar si existe asociación entre EC y EspA.

Métodos: Estudio casos y controles anidado en una base de datos poblacional de los ingresos hospitalarios (CMBD) a nivel nacional. Periodo: 1/1/1999 hasta 31/12/2015. BD de estudio: formada por la población de estudio + población control. Población de estudio: pacientes con diagnóstico primario o secundario de EspA que ingresaron en cualquier hospital nacional. Las entidades incluidas en este estudio como EspA son: 1. Espondilitis anquilosante y otras espondilitis inflamatorias (EA) (CIE-9 720); 2. Artropatía psoriásica (APs) (696,0); 3. Artritis reactivas (Areact) (099,3); 4. Artritis relacionadas con enfermedad intestinal inflamatoria (EspA-EII) ((720 o 696,0) + (555 enteritis regional) o 556 (colitis ulcerosa)). Población control (PG): grupo de la población general (sin diagnóstico de EspA) emparejado de igual sexo, edad, año de ingreso y comunidad autónoma que la población de estudio. Casos: los casos de EC se identificaron por la presencia del código 579,0 del CIE-9. Controles: ingresos sin diagnóstico de EC. Se describen las características clínico-demográficas de los pacientes con EspA y EC vs EspA sin EC. Para descartar que la asociación fuese por azar, se calculó la odds ratio (OR) para la asociación entre sarcoidosis y EspA. Para minimizar el error de selección, se analizó la asociación con modelos de regresión logística ajustando por más de 50 variables.

Resultados: La base de datos (BD) del estudio está formada por 205,218 ingresos: 102.609 ingresos con diagnóstico de EspA (EA 63.214 (61,60%); APs 37.813 (36,85%); Areactiva 2192 (2,13%); EspA-EII 5.039 (4,91%) y 102.609 ingresos emparejados con la población de estudio (sin EspA). Hubo un total de 201 con diagnóstico (principal o secundario) de EC: 148 (0,14%) en el grupo EspA y 53 (0,05%) el grupo PG. La OR es de 2.795 (IC95% 2,04-3,82). En la siguiente tabla se muestran las principales características clínico-demográficas de los pacientes con EspA y EC frente al resto de EspA. En el modelo de regresión logística (modelo 1) sin ajustar la OR fue de 2,795 (2,042-3,826); En

el modelo de regresión logística (modelo 2) ajustando por edad, sexo, CCAA y año de ingreso la OR fue de 2,797 (IC95% 2,044-3,829). Modelo 3: Ajustando por las variables del modelo 2 y aquellas que resultaron significativas en el análisis univariante (HTA, depresión, VHC y obesidad) la OR 2,83 (IC95% 2,069-3,882). Por último, en el modelo 4, que incluía las variables del modelo 3 + aquellas variables con sentido clínico (de un un total de 50 variables) la OR fue de 2,819 (IC95% 2,053-3,872).

	EspA_EC	EspA_sin_EC	OR	IC95%	p
N (%)	148 (0,14)	102461 (99,86)			
Edad media (DE)	53,22 (17,11)	58,95 (15,47)	0,977	0,967-0,987	p < 0,001
Mean Charlson Index (DE)	0,65 (1,01)	1,15 (1,81)	0,789	0,686- 0,909	p < 0,001
Estancia media (DE)	9,59 (11,4)	9,95 (14,04)	0,998	0,986-1,011	p = 0,760
Hombre n (%)	61 (41,2)	68548 (66,9)	0,347	0,250-0481	p < 0,001
Dead during admission, n (%)	3 (2)	3340 (3,4)	0,596	0,190-1,869	p = 0,495
Areact (%)	5(3,4)	2187 (2,1)	1,603	0,657-3,915	p = 0,252
EspA_EII (%)	10 (6,8)	5029 (4,9)	1,404	0,738-2,669	p = 0,336
EA (%)	83 (56,1)	63131 (61,6)	0,796	0,575-1,101	p = 0,176
Aps (%)	61 (41,2)	37752 (36,8)	1,202	0,866-1,668	p = 0,269
Psoriasis (%)	5 (3,4)	2868 (2,8)	1,214	0,497-2,964	p = 0,613
Uveítis (%)	0 (0)	543 (0,5)			p = 1
Diabetes mellitus (%)	18 (12,2)	1483 (13,9)	0,855	0,522-1,400	p = 0,627
Demencia (%)	0 (0)	607 (0,6)			p = 1
HTA (%)	26 (17,6)	30475 (29,7)	0,503	0,330-0,769	p < 0,001
Tabaquismo (%)	14 (9,5)	12839 (12,5)	0,729	0,420-1,265	p = 0,320
Hiperlipemia (%)	16 (10,8)	17323 (16,9)	0,596	0,354-1,001	p = 0,530
TVP (%)	0 (0)	628 (0,6)			p = 1
Depresión (%)	17 (11,5)	5087 (5,6)	2,208	1,331-3,663	p = 0,006
Amiloidosis (%)	0(0)	782 (0,8)			p = 0,663
Eritema nodoso	0 (0)	93 (0,1)			p = 1
VIH	0 (0)	635 (0,6)			p = 1
VHC	5 (3,4)	1302 (1,3)	2,717	1,112-6,638	p = 0,042
VHB	2 (1,4)	322 (0,3)	4,345	1,072-17-615	p = 0,080
Obesidad	2 (1,4)	5914 (5,8)	0,224	0,055-0,903	p = 0,013

Conclusiones: Existe una asociación causal entre EC y EspA (OR 2,75). Se descarta que esta asociación sea por azar. Aunque no puede descartarse totalmente el sesgo de selección, este queda razonablemente minimizado en nuestro estudio.