



## P126 - Experiencia a 4 años de una consulta de pacientes con artralgiás clínicamente sospechosas de evolucionar a artritis

L. Nuño Nuño<sup>1</sup>, D. Peiteado López<sup>1</sup>, I. Monjo Henry<sup>1</sup>, A. Villalba Yllán<sup>1</sup>, M. Novella Navarro, M.E. Miranda Carús<sup>1</sup>, P. Fortea Gordo<sup>2</sup>, M.J.Santos Bórnez<sup>2</sup>, E. de Miguel Mendieta<sup>1</sup> y A. Balsa Criado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital La Paz-IdiPAZ. Madrid.

### Resumen

**Introducción:** A pesar de que los factores de riesgo genéticos y serológicos se han estudiado, la fase de síntomas sin artritis clínica está poco caracterizada. Teniendo en cuenta la importancia que tiene un diagnóstico y tratamiento precoz para un adecuado control de la enfermedad articular, es de vital importancia el hallazgo de variables clínicas que identifiquen los factores relacionados con el desarrollo de una artritis crónica.

**Objetivos:** Identificar marcadores clínicos e inmunológicos basales en pacientes con artralgiás clínicamente sospechosas de progresar a una artritis crónica.

**Métodos:** Estudio longitudinal prospectivo de inicio en noviembre de 2015 de una cohorte de pacientes mayores de edad en seguimiento en consulta de preartritis, con artralgiás clínicamente sospechosas de progresar a artritis clínica. Los pacientes fueron seguidos hasta completar los dos años, realizando recogida de datos clínicos y analíticos mediante protocolos estandarizados en las visitas semestrales, así como de la aparición de artritis clínica. Los criterios de inclusión fueron un inicio de los síntomas  $\leq 12$  meses, la presencia de artralgiás inflamatorias (predominio en noches o mañanas, mejoran a lo largo del día o con el movimiento y con rigidez matutina  $\geq 30$  min), y la afectación de pequeñas articulaciones de manos o pies. Se excluyeron pacientes con sinovitis clínica en la visita basal, diagnóstico de fibromialgia o artrosis.

**Resultados:** Se reclutaron 45 pacientes con ACS desde noviembre de 2015. La mayoría eran mujeres (42 pacientes), con una edad media al inicio de  $44 \pm 13$  años, un tiempo medio de duración de los síntomas antes de la primera visita de  $32,3 \pm 15,1$  semanas, y un tiempo medio de seguimiento de  $17,2 \pm 13,3$  meses. Una tercera parte (30%) de los pacientes tenían antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes, un 18,6% eran seropositivos, un índice de masa corporal (IMC) medio de  $27,6 \pm 6,6$ , y 14 (31,3%) eran fumadores o exfumadores. La mayor parte de los pacientes referían una progresión de las artralgiás en el tiempo (53%) y una sensación subjetiva de inflamación articular (57%). De 45 pacientes, 18 (40%) desarrollaron artritis clínica o enfermedad autoinmune (11 AR, 2 artritis indiferenciada, 3 espondiloartritis, 2 conectivopatías indiferenciadas), al cabo de  $7 \pm 8,6$  meses. De los pacientes con seguimiento  $> 6$  meses, un 47,1% progresaron. Los pacientes progresores presentaron un mayor tiempo de seguimiento ( $22,4 \pm 13,9$  vs  $16,8 \pm 13,0$  meses;  $p = 0,015$ ), y una mayor frecuencia de tabaquismo (60 vs 21,7%;  $p = 0,037$ ). Los pacientes

progresores presentaron una mayor edad al inicio, antecedentes familiares de enfermedad autoinmune y puntuaciones basales de HAQ, VGP y EVA dolor, aunque no significativos (tabla 1). Al subanalizar pacientes con diagnóstico final de AR, los progresores presentaron de forma significativa un mayor tiempo de seguimiento, y una mayor puntuación en EVA dolor basal respecto a los no progresores (tabla 2).

Tabla 1. Características basales de pacientes progresores a conectivopatías vs no progresores

	Progresores a artritis clínica (N = 18)	No progresores a artritis clínica (N = 27)	p
Edad inicio artralgiás (años)	48,5 ± 12,1	41,2 ± 12,5	0,06
Tiempo de seguimiento (meses ± DE)	22,4 ± 13,9	16,8 ± 13,0	0,02
FR y/o ACPA (+)	5 (31,3%)	7 (31,8%)	0,70
Fumadores/exfumadores	9 (60%)	5 (21,7%)	0,04
AF enf autoinmune	5 (27,8%)	4 (15,4%)	0,65
HAQ	6,5 ± 7,0	3,6 ± 4,5	0,20
EVA dolor	46,6 ± 35	33,4 ± 18,5	0,17
VGP basal	40,2 ± 30,5	29,6 ± 23,2	0,28
IMC	24,3 ± 4,2	27,1 ± 7,4	0,18
Aumento PCR y/o VSG basales	31,3%	31,8%	1,00

Tabla 2. Características basales de pacientes progresores a AR vs no progresores

	Progresores a AR (N = 11)	No progresores a artritis clínica (N = 27)	p
Edad inicio artralgiás (años)	48,9 ± 11,4	41,2 ± 12,5	0,09
Tiempo de seguimiento (meses ± DE)	25,5 ± 15,6	12,8 ± 10,9	0,01
FR y/o ACPA (+)	36,4%	16,7%	0,23
Fumadores/exfumadores	44,4%	21,7%	0,23
AF enf autoinmune	22,2%	17,4%	1,00
HAQ	8,5 ± 8,1	3,8 ± 4,5	0,08
EVA dolor	58,2 ± 31,9	33,4 ± 18,5	0,02
VGP	49,7 ± 23,7	29,6 ± 23,2	0,08
IMC	24 ± 4,9	27,1 ± 7,4	0,25
Aumento PCR y/o VSG basales	36,4%	16,7%	0,23

**Conclusiones:** En nuestra consulta de pacientes con artralgiás clínicamente sospechosas, un 40% progresaron a artritis, demostrando la utilidad a largo plazo de estas consultas. El hábito tabáquico es particularmente útil para predecir una progresión futura a artritis, mientras que los PROs son importantes marcadores del desarrollo futuro de la AR. Es necesario ampliar el número de pacientes reclutados para obtener conclusiones más robustas.