



P029 - Identificación de fenotipos de artrosis en pacientes con otras enfermedades crónicas

M. Silva-Díaz, V. Balboa Barreiro, C. Tilve Álvarez, E. Fernández Burguera, P. Ramos Louro, R. Guillén Fajardo, S. Relaño Fernández, V. Suárez Ulloa, J.L. Díaz Díaz, A. Soto González, G. Vázquez González, I. Rego Pérez, J.L. Fernández García, Á. Mena de Cea, N. Doménech García, M.G. Crespo-Leiro y F.J. Blanco

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). Instituto de Investigación Biomédica A Coruña (INIBIC). A Coruña.

Resumen

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las enfermedades crónicas como aquellas patologías de larga duración con progresión lenta. Según esta definición, la mayoría de las enfermedades reumatológicas, incluida la artrosis (OA), se pueden clasificar como enfermedades crónicas. La OA es un grupo heterogéneo de enfermedades con manifestaciones clínicas similares y cambios fisiopatológicos y radiológicos comunes. Está considerada la enfermedad reumatológica más frecuente. La OA de rodilla se asocia a otras enfermedades crónicas como la diabetes mellitus o la dislipemia; sin embargo, son escasos los estudios que analizan la asociación de la OA con las enfermedades crónicas.

Objetivos: Describir los fenotipos de OA que presentan los pacientes con enfermedades crónicas.

Métodos: Se utilizaron 3 cohortes de pacientes con enfermedades crónicas del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC): 1) Cohorte de diabetes mellitus (DM) con 239 pacientes, 2) Cohorte de VIH con 234 pacientes y 3) Cohorte de insuficiencia cardíaca (IC) con 178 pacientes. De forma prospectiva se realizó una recogida de datos demográficos, de exploración física (talla, peso, perímetros de cuello, abdominal y caderas; así como específica de aparato locomotor para identificar presencia de OA de manos, rodillas y caderas; radiográficos (radiografía de manos, rodillas y caderas) y analíticos. Toda esta información se incluyó en el sistema de monitorización inteligente-SIMON del CHUAC. Posteriormente se realizaron los análisis con SPSS.

Resultados: Los pacientes con VIH positivo son significativamente más jóvenes que los de la cohorte de diabetes y de insuficiencia cardíaca (tabla 1). En la cohorte de VIH y de insuficiencia cardíaca hay un claro predominio de varones. El IMC más alto lo presentan los pacientes de la cohorte de diabetes. El número de pacientes con OA de rodilla o cadera es mayor si se utilizan los criterios radiográficos (tabla 2). Los pacientes con DM, VIH e IC presentan mayor porcentaje de OA de rodilla comparado con población general ≥ 40 años del estudio EPISER 2016. La cohorte de VIH es la que presentan menor porcentaje de pacientes con OA de rodilla y de manos. La afectación bilateral de la rodilla y cadera es menos frecuente en la cohorte de VIH (tabla 3).

Tabla 1. Descriptivo de cohortes vs EPISER 2016

| Cohorte | Diabetes | VIH | Insuficiencia cardíaca | p | EPISER 2016 |
|--|--------------|--------------|------------------------|---------|---------------|
| N | 239 | 234 | 178 | | 3336 |
| Edad (media, DE) | 67,74 (7,29) | 50,41 (9,65) | 66,16 (9,48) | < 0,001 | 58,80 (12,75) |
| Sexo masculino (n, %) | 118 (49,4) | 163 (69,7) | 116 (65,2) | < 0,001 | 1202 (36) |
| IMC (media, DE) | 30,43 (5,44) | 25,40 (4,33) | 28,59 (4,84) | | 26,35 (4,23) |
| Psoriasis (n, %) | 17 (7,1) | 17 (7,3) | 19 (10,7) | 0,349 | |
| Síndrome metabólico (ALAD 2010) (n, %) | 173 (72,4) | 53 (22,6) | 93 (52,2) | < 0,001 | |
| HTA (n, %) | 147 (61,5) | 34 (14,5) | 94 (52,8) | < 0,001 | |
| DM tipo 2 (n, %) | 100 (100) | 22 (9,4) | 59 (33,1) | < 0,001 | |
| HDL bajo (n, %) | 83 (34,7) | 128 (54,7) | 106 (59,6) | < 0,001 | |
| Hipertrigliceridemia (n, %) | 92 (38,5) | 95 (40,6) | 65 (36,5) | 0,699 | |

Tabla 2: Definición de OA por cohortes

| Cohorte | Diabetes | VIH | Insuficiencia cardíaca | EPISER 2016 |
|---|----------------|----------------|------------------------|-------------------|
| Artrosis de rodilla | | | | |
| Criterios clínicos | 82/239 (34,3) | 32/234 (13,7) | 42/178 (23,6) | |
| Criterios clínico-radiográficos (KL ≥ I) | 90/191 (47,1) | 39/196 (19,9) | 43/143 (30,1) | 418/3.336 (12,53) |
| Criterios radiográficos (K L ≥ I) | 163/191 (85,3) | 105/196 (53,6) | 93/143 (65) | |
| Artrosis de cadera | | | | |
| Criterios clínico-radiográficos (K L ≥ I) | 10/186 (5,4) | 6/196 (3) | 10/140 (7,1) | |
| Criterios radiográficos (KL ≥ I) | 141/186 (75,8) | 89/196 (45,4) | 83/140 (59,3) | 158/3.336 (4,74) |
| Artrosis de manos | | | | |
| OA nodular | 110/239 (46) | 65/239 (27,8) | 77/178 (43,3) | 276/3.336 (8,27) |
| Rizartrosis | 130/188 (69,1) | 90/196 (45,9) | 80/139 (57,6) | |
| Artrosis erosiva | 4/188 (2,2) | 0/196 (0) | 7/139 (5) | |

Tabla 3. Gravedad de la OA

| Cohorte | Diabetes | VIH | Insuficiencia cardíaca |
|-------------------|------------|-----------|------------------------|
| OA de rodilla (n) | 191 | 196 | 143 |
| Bilateral (n, %) | 139 (84,8) | 66 (62,9) | 69 (74,2) |
| Grado I (n, %) | 109 (57,1) | 95 (48,5) | 77 (53,8) |
| Grado II (n, %) | 37 (19,4) | 9 (4,6) | 12 (8,4) |
| Grado III (n, %) | 12 (6,3) | 1 (0,5) | 2 (1,4) |
| Grado IV (n, %) | 0 | 0 | 0 |
| Prótesis (n, %) | 5 (2,6) | 0 | 2 (1,4) |
| OA de cadera (n) | 186 | 196 | 140 |
| Bilateral (n, %) | 98 (69,5) | 46 (51,7) | 48 (57,8) |
| Grado I (n, %) | 107 (57,5) | 72 (36,7) | 63 (45) |

| | | | |
|------------------|-----------|---------|---------|
| Grado II (n, %) | 24 (12,9) | 9 (4,6) | 9 (6,4) |
| Grado III (n, %) | 4 (2,2) | 2 (1) | 4 (2,9) |
| Grado IV (n, %) | 0 | 0 | 1 (0,7) |
| Prótesis (n, %) | 6 (3,2) | 6 (3,1) | 6 (4,3) |

Conclusiones: Los datos mostrados sugieren que es posible identificar varios fenotipos de OA. El porcentaje de pacientes con OA en las cohortes de pacientes con DM, VIH e IC es mayor que en descrito en el estudio EPISER2016. De las 3 cohortes los pacientes con DM e IC presentan la OA de mayor gravedad.