



P291 - RETRASO DIAGNÓSTICO Y SUS DETERMINANTES EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL. ¿ESTAMOS MEJORANDO?

C. Marco-Pascual¹, X. Michelena^{1,2}, X. González-Giménez¹, M. Mora¹, L. Farran¹, M. Tormo¹ y X. Juanola¹

¹Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL. Hospitalet de Llobregat. ²NIHR LBRC. Leeds Teaching Hospitals Trust & LIRMM. University of Leeds. Leeds (Reino Unido).

Resumen

Introducción: El retraso diagnóstico en espondiloartritis axial (EspAax) sigue siendo un desafío en la práctica clínica. En nuestro entorno, un estudio reciente lo establece en una media de 8,5 años. En un estudio del Reino Unido, la aplicación de los nuevos criterios de clasificación para EspAax no se ha traducido en una mejora en el retraso diagnóstico.

Objetivos: Determinar el retraso diagnóstico en una cohorte de pacientes afectos de EspAax de un hospital universitario terciario, sus factores determinantes y su evolución en la última década.

Métodos: A partir de una base de datos longitudinal establecida para la valoración de pacientes con EspAax se recogieron los datos clínicos y demográficos, el año de inicio de los síntomas y de diagnóstico. Se consideró como retraso diagnóstico la diferencia entre la edad de presentación y la fecha del diagnóstico. Éste se comparó dividiendo la cohorte entre año de diagnóstico anterior o posterior a la publicación de los criterios ASAS (2009). Asimismo, se dividieron los pacientes según el retraso diagnóstico utilizando como límite la mediana. Los estadísticos utilizados fueron la t de Student, U de Mann-Whitney y chi-cuadrado para las comparaciones según tipo de variable y distribución. Se exploraron los factores asociados a retraso diagnóstico con regresión logística multivariante con introducción de los factores con $p < 0,25$ en el estudio univariante y clínicamente relevantes según la literatura disponible.

Resultados: Se incluyeron 399 pacientes con EspAax [356 (89%) con EspAax radiográfica]. La media de retraso diagnóstico fue de $6,1 \pm 7,6$ años (DE 7,6) con una mediana de 3 años (RIC 1-9). La mediana de retraso diagnóstico antes y después de 2009 (publicación criterios ASAS) fue de 3 (RIC 1-8) y 3 (RIC 1-10) años respectivamente, sin diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,21$). Los pacientes diagnosticados después del 2009 presentaban los síntomas más tarde (24 vs 30 años, $p < 0,001$), más proporción de mujeres (25% vs 40%, $p = 0,006$), menor proporción de HLAB27 (83% vs 68%, $p = 0,002$) y menos sacroileítis radiográfica (96% vs 66%, $p < 0,001$). Las características de los pacientes separados por retraso diagnóstico menor y mayor a 3 años (mediana) se presentan en la tabla. En el estudio multivariante, la artritis periférica (OR 0,61, IC95% 0,39-0,96), Proteína C Reactiva (PCR) alta (OR 0,62 IC95% 0,41-0,94) y mayor edad de presentación (OR 0,97, IC95% 0,95-0,99) presentaban una asociación negativa con el retraso diagnóstico (> 3 años).

Características de los pacientes con EspAx divididos según retraso diagnóstico

VARIABLES	Retraso diagnóstico ≤ 3 años (N = 205)	Retraso diagnóstico > 3 años (N = 194)	p
Sexo femenino, n (%)	63 (31%)	49 (25%)	0,24
Edad presentación, mediana (RIC), años	27,0 (22,0, 33,0)	24,0 (19,0, 30,0)	0,002
Edad diagnóstico, mediana (RIC), años	27,0 (23,0, 35,0)	36,0 (28,0, 45,0)	< 0,001
HLA B27 positivo, n (%)	158 (78%)	157 (82%)	0,38
PCR alta, n (%)	125 (63%)	92 (49%)	0,006
Antecedente familiar SpA, n (%)	41 (22%)	45 (24%)	0,58
Dactilitis, n (%)	9 (4%)	1 (1%)	0,014
Artritis periférica, n (%)	76 (37%)	50 (26%)	0,015
Entesitis aquilea, n (%)	46 (23%)	38 (20%)	0,50
Rx SI positiva, n (%)	173 (88%)	173 (92%)	0,23
RM SI positiva, n (%)	57 (88%)	37 (84%)	0,59
Uveítis, n (%)	41 (20%)	51 (26%)	0,13
Psoriasis, n (%)	14 (7%)	12 (6%)	0,78
Enfermedad inflamatoria intestinal, n (%)	28 (14%)	14 (7%)	0,035

*Sacroileítis (SI), Rango intercuartílico (RIC), Resonancia magnética (RM).

Conclusiones: El retraso diagnóstico no se ha modificado en nuestra cohorte después de la introducción de los criterios ASAS. Con la introducción de los nuevos criterios ASAS en 2009, el sexo masculino, el HLAB27 y la presencia de sacroileítis radiográfica parecen ser menos importantes para el diagnóstico de EspAax. Por último, la mayor edad de inicio, presencia de artritis periférica y PCR alta ayudarían a identificar los pacientes con EspAax y reducir el tiempo hasta el diagnóstico.

Bibliografía

1. Garrido-Cumbrera M, Navarro-Compán V, Zarco P, et al. Atlas of axial spondyloarthritis in Spain 2017: Study design and population. *Reumatol Clin.* 2019;15(3):127-32.
2. Sykes MP, Doll H, Sengupta R, Gaffney K. Delay to diagnosis in axial spondyloarthritis: are we improving in the UK? *Rheumatology (Oxford).* 2015;54(12):2283-4.