



RC091 - Actividad de la unidad funcional de espondiloartritis (EspA) y enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en un hospital terciario

C.L. García Gómez¹, O. Ibaranguoitia-Barrena¹, D. Montero-Seisdedos¹, L. Vega-Álvarez¹, I. Calvo-Zorrilla¹, I. de la Fuente-Molinero², E. Galíndez-Airregoikoa¹, M.C. Muñoz-Villafranca², M.E. Ruiz-Lucea¹, I. Torre-Salaberri¹, C. Pérez-Velásquez¹, A.R. Intxaurre-Pellejero¹, O. Fernández-Berrizbeitia¹, J.M. Blanco-Madrigal¹, E. Cuende-Quintana¹, Í. Gorostiza², M.L. García-Vivar¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Aparato Digestivo; ³Servicio de Investigación y Estadística. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Resumen

Introducción: La unidad multidisciplinar de EII y EspA se crea en 2016 como unidad funcional basada en un circuito preferente entre las consultas específicas de Reumatología y la de EII y reuniones bimensuales para consensuar tratamientos (ttos). Se utiliza para diagnóstico (desde digestivo y desde reumatología), optimizar ttos y manejo de ciertos efectos secundarios.

Objetivos: Evaluar la actividad de la unidad funcional de EspA y EII, la concordancia diagnóstica, cambios de tto y mejoría clínica, para implantar mejoras en el circuito.

Métodos: Estudio descriptivo de una revisión retrospectiva de 200 historias clínicas de pacientes con EII y/o EspA valorados del 1/03/2016 al 1/12/2019, de acuerdo con el circuito y/o presentados en sesión conjunta. Se recogen datos epidemiológicos, comorbilidades, características de la enfermedad, diagnóstico, cambios de tto, concordancia y evolución clínica.

Resultados: Revisamos 200 historias y excluimos 52 por no cumplir criterios (derivaciones por otros motivos, pérdidas de seguimiento). Incluimos finalmente 148 pacientes; 68,9% derivados desde Digestivo, 8,1% (12) desde Reumatología y 23% presentados en sesión conjunta. También 7 vistos por reacción adversa medicamentosa (RAM). Del total, 56,1% eran mujeres, con edad media 51,44 (DE 12,5). 70% presentaban comorbilidades (40% una, 30% 2 o más). 25,7% eran fumadores y 30,4% exfumadores. 46 presentaban EspA: 56,5% espondilitis anquilosante (EA), un paciente EA no radiológica (EAX nr), 15,2% artritis periférica y 26,1% artritis psoriásica. 140 pacientes tenían EII: 62,9% Crohn, 35% colitis ulcerosa (CU) y uno indiferenciada. El diagnóstico inicial fue EII en el 80,3% de los pacientes y de EspA en 19,7%, y el tiempo de evolución de la enfermedad fue > 10 años en 60,2%. 7 pacientes habían tenido eventos cardiovasculares (CV) arteriales y 9 trombosis venosa profunda (TVP): 5 con E. Crohn y 4 CU (uno con artritis periférica, tuvo TEP). Previo a la derivación, 132 habían tenido ingresos, un 81,7% por brote de EII, y 6,8% por brote articular. 24 tuvieron psoriasis (paradójica en 3); 4 eritema nodoso (1 con CU y 3 con Crohn). 17 pacientes tuvieron uveítis anterior aguda (UAA), 5 derivados desde reumatología (40%), desde digestivo 5 (5%) y 7 de los presentados en sesión (ambas patologías). Entre los pacientes con EII, el 22% presentan actividad clínica (un 36,7% de los que presentaron C.U. y un 17,7% de E. Crohn), el 60,6% de los

que tenían una enteroRMN reciente mostraban actividad en ella y presentan úlceras en colonoscopia el 53,8%. 6 pacientes tenían uveítis activa (uno bilateral). La concordancia diagnóstica se dio en un 29,7% de los pacientes. Hubo 21 nuevos diagnósticos de EspA (10 EA, 1 EAX no radiográfica, 10 artritis periféricas) y 6 de EII (5 E Crohn, 1 ileítis inespecífica). Se realizó un cambio de tratamiento (FAME y/o biológico) en 63 pacientes (60,3% FAME, 61,9% de biológico). Tras los cambios, 71,4% mejoran, y de ellos, un 6,3% alcanzan remisión clínica.

Tratamiento	MSZ/SSZ	AZA	Corticoides sistémicos	Biológico
Previo a la valoración	36,6%	27,2%	57,8%	25,9% ¹
En la valoración	45,5%	11,5%	16,3%	39,9% ²

¹37 con anti-TNF (25 con 1, 6 con 2 y 6 con 3). ²48 con anti-TNF, 2 con Inh Il-17, 1 con ustekinumab y 6 con vedolizumab.

Actividad clínica	Sólo EII	Sólo EspA	Ambos
Sí	23	26	10
No	103	10	24

Conclusiones: La colaboración multidisciplinar entre digestivo y reumatología debe ser estructurada para optimizar el manejo y el tratamiento, y los resultados clínicos de nuestros pacientes. Debemos insistir en el uso de criterios de derivación consensuado y nuevas herramientas para mejorar la concordancia diagnóstica.