

RELACIÓN ENTRE ARTICULACIONES DOLOROSAS Y FIBROMIALGIA EN ARTRITIS REUMATOIDE.

¿PUEDE CONSTITUIR UN PREDICTOR CLÍNICO DE RESPUESTA A BIOLÓGICOS?

P279

Mariela Uyaguari¹, Marta Novella-Navarro¹, Mariana Díaz-Almirón², Diana Peiteado¹, Laura Nuño^{1,1}, Chamaida Plasencia¹, Alejandro Balsa¹

¹Servicio de Reumatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Departamento de Bioestadística, Hospital Universitario La Paz, Madrid

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de fibromialgia (FM) en pacientes con artritis reumatoide (AR) oscila entre el 14,7 y el 25,7 %. No existen a día de hoy criterios diagnósticos de FM validados en AR, aunque algunos estudios sugieren que la coexistencia de AR-FM constituye un fenotipo clínico en el que un incremento en ≥ 7 articulaciones dolorosas (NAD) frente a las tumefactas (NAT) podría clasificar a este grupo de pacientes*.

OBJETIVO

El objetivo primario es validar si los criterios descritos previamente en cuanto a la diferencia entre NAD y NAT se confirman en nuestra cohorte para el diagnóstico de FM.

El objetivo secundario es valorar si este hecho influye en la evolución a artritis reumatoide difícil de tratar (D2TRA).

MÉTODOS

- Estudio observacional longitudinal de pacientes con AR que iniciaron tratamiento biológico.
- Se compararon datos demográficos, clínicos y analíticos de los pacientes con AR-FM frente a los pacientes sin diagnóstico de AR-noFM. De estos se identificó a los pacientes con AR difícil de tratar (D2TRA) según EULAR 2020.
- Para identificar si la diferencia entre NAT y NAD puede clasificar a los pacientes con AR-FM, se realizaron análisis mediante receiver operator characteristics (ROC).

RESULTADOS

De 254 pacientes, el 82,4% eran mujeres, con una edad media al diagnóstico de $42,9 \pm 13,1$ años y una edad al inicio del biológico $53,2 \pm 12,0$. El 16% (41) de los pacientes tenían diagnóstico de FM al inicio del biológico.

Se obtuvo una diferencia de 2,5 NAD frente a NAT como punto de corte para la clasificación de AR-FM con una sensibilidad del 70 %, una especificidad del 36 % y un área bajo la curva (AUC) de $[0,52 \text{ IC } 95\% (0,43-0,61)]$.

En cuanto a la respuesta al tratamiento, no se observaron diferencias significativas entre el porcentaje de pacientes con FM que desarrolló D2TRA (34,1%) frente a D2TRA sin de FM previo (33,3%) ($p=0,92$).

Las características clínicas de la población estudiada y diferencias entre AR-FM frente a los pacientes AR-noFM se muestran en la tabla.

Tabla 1: Características clínicas de la población estudiada y diferencias entre AR Fibromiálgica frente a los pacientes sin diagnóstico de FM

	TOTAL n=254	AR-noFM n=213 (84%)	AR-FM n=41 (16%)	P-valor
Mujeres (%)		169 (79,3)	40 (97,6)	0,005
Edad al diagnóstico \pm DE		$42,7 \pm 13,3$	$44,4 \pm 11,8$	0,441
Edad al inicio de biológico \pm DE		52 ± 12	$53,3 \pm 11,7$	0,532
VSG \pm DE		31 ± 19	34 ± 21	0,379
FR (%)		184 (87,6)	32 (78)	0,106
ACPA (%)		172 (82)	34 (83)	0,876
IMC \pm DE		$26,3 \pm 4,7$	$27,2 \pm 6,1$	0,298
Tabaco (%)		107(50)	13 (32)	0,030
DM (%)		14 (6,6)	2 (5)	0,683
HTA (%)		44 (20,7)	9 (22)	0,852
Sd ansioso-depresivo (%)		19 (9)	8 (20)	0,044
Osteoporosis (%)		34 (16)	11 (27,5)	0,080
Patología mecánica (%)		77 (36)	23 (56)	0,017
NAT basal \pm DE		$7,7 \pm 4,9$	$7 \pm 5,3$	0,425
NAD basal \pm DE		$8,7 \pm 6,6$	$8,27 \pm 6,4$	0,711
VGP \pm DE		$51,3 \pm 23,7$	$56,9 \pm 20$	0,162
DAS 28 basal \pm DE		$5,18 \pm 1,21$	$5,25 \pm 1,18$	0,748
HAQ \pm DE		$9,17 \pm 5,3$	$11,5 \pm 1,18$	0,012
ARD2T (%)		71 (33,3)	14 (34,1)	0,920
Manifestaciones extraarticulares (%)		28 (13)	11 (27)	0,026
Erosiones (%)		76 (36,7)	12 (29,3)	0,363
Numero de FAMES previos \pm DE		$2,16 \pm 0,8$	$2,4 \pm 0,95$	0,137

CONCLUSIÓN

En nuestra cohorte de pacientes con AR que inician biológico el 16% tuvieron también diagnóstico de FM sin que esto influya en la evolución a D2TRA. No encontramos una diferencia NAD frente a NAT que constituya un punto de corte capaz de clasificar a los pacientes con FM, por lo que en función de nuestros datos y lo publicado hasta ahora, serían necesarios más estudios para caracterizar a este grupo de pacientes con ARFM.

Referencias.

1. Pollard LC., Kingsley GH., Choy EH., Scott DL. Fibromyalgic rheumatoid arthritis and disease assessment. Rheumatology. 2010;49:924–8. doi: 10.1093/rheumatology/kep458