

EII-SpA: asociación entre características de la EII y fenotipos de espondiloartritis

Adrián Pazos Santomé¹, José Ordás Martínez¹, Pedro Baenas González¹, Estefanía Santos Peral¹, Carolina Álvarez¹ Miriam Retuerto Guerrero¹, Clara Moriano Morales¹, Ismael González Fernández¹, Alejandra López Robles¹, Ignacio González Fernández¹, Carolina Díez Morondo¹, Mónica Sierra Ausín², Carolina Broco Fernández², Elvira Díez Álvarez¹

¹Servicio de Reumatología, Complejo Asistencial Universitario de León, León. ²Servicio de Digestivo, Complejo Asistencial Universitario de León, León

Introducción

La EspA asociada a EII es heterogénea y la relación fenotipo digestivo-articular no está bien definida.

Objetivo

Evaluar la asociación entre características de la EII y de la SpA y su relación con variables clínicodemográficas, analíticas y comorbilidades.

Material y métodos

- Estudio observacional retrospectivo de 97 pacientes diagnosticados de EII-SpA en un hospital de tercer nivel (1980-2025).
- La localización de la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU), y el comportamiento de la EC, se registraron según la clasificación de Montreal.
- Para la localización de la EC: L1 (íleon), L2 (colon), L3 (íleocolon) y L4 (tracto superior).
- Para el comportamiento de la EC: B1 (inflamatorio), B2 (estenosante) y B3 (penetrante).
- Para la afectación en CU: E1 (proctitis), E2 (izquierda) y E3 (pancolitis). Se definió EII extensa como L3 o E3.
- La SpA se categorizó como periférica (pSpA), axial (axSpA) o mixta (mSpA); en axSpA se recogieron criterios ASAS (radiográfica/r vs RM/nr).
- Estadísticos χ^2 /Fisher y comparación de medias; $p < 0.05$.

Resultados:

- Se incluyeron 97 pacientes (44 mujeres), edad media al diagnóstico de EII y de SpA de 41.9±14.9 y 46±12.7 años respectivamente.
- Fenotipo más frecuente fue pSpA (45.4%). En axSpA con ASAS-imagen, n=53, 37.1 presentaron r-axSpA y 21 nr-axSpA. HLA-B27+ en el 21.1% y el 24.7% presentaba manifestaciones extraarticulares (MEAs).
- En cuanto a la EII,
 - 55 tenían EC y 42 CU.
 - La clasificación fue: L1 35.1%, E2 19.6%, L3 13.4%, E3 11.3%, L2 7.2%, E1 6.2% y no filiada 7.2%.
 - En 90 pacientes la extensión estuvo disponible, siendo extensa en 24.
 - En EC, el patrón más frecuente fue B1 (50%).
- En cuanto al sexo:
 - Las mujeres presentaron más pSpA y los varones más axSpA.
 - En axSpA, los varones cumplieron con mayor frecuencia r-axSpA.
- Los pacientes con pSpA mostraron menor edad al diagnóstico de EII.
- La mSpA se asoció con mayor frecuencia a EC.
- Las MEAs se asociaron a una menor edad al diagnóstico de SpA.
- En EC L2 se observó mayor proporción de MEAs. B1 se asoció con menor edad de debut de SpA y mayor tendencia a su asociación con axSpA; B2 presentó tendencia a una edad de debut de SpA mayor.
- La EII se diagnosticó antes que la SpA en 60.0% y concomitante en 7.4%.
- En CU, el diagnóstico de EII fue con mayor frecuencia previo al de SpA en comparación con EC.
- Cuando la SpA se diagnosticó previo a la EII, se observó mayor frecuencia de axSpA y menor de pSpA, mayor r-axSpA y mayor prevalencia de psoriasis, mayor tendencia a HLA-B27+ y a sexo masculino.

Tabla 1: Variables por fenotipo de espondiloartritis

	pSpA	axSpA	mSpA
Sexo femenino (%)	56.8 vs 35.8, $p=0.039$	22.7 vs 52.8, $p=0.002$	20.5 vs 11.5, $p=0.231$
Edad diagnóstico de EII	38.7±14.6 vs 44.6±14.9, $p=0.054$	43.6±16 vs 40.3±14.3, $p=0.390$	47.1±11.8 vs 40.8±15.4, $p=0.136$
Edad diagnóstico de SpA	46.9±12.3 vs 45.3±13.1, $p=0.559$	45±13.7 vs 46.6±12.2, $p=0.559$	45.9±12.2 vs 46.3±12.7, $p=0.920$
Diagnóstico EII previo SpA (%)	55.9 vs 27.3, $p=0.022$	33.2 vs 54.5, $p=0.006$	11.9 vs 19, $p=0.467$
EII, Crohn (%)	40 vs 52.4, $p=0.025$	33.2 vs 40.5, $p=0.819$	22.2 vs 7.1, $p=0.044$
HLA-B27 positivo (%)	15.8 vs 52.1, $p=0.005$	68.4 vs 32.4, $p=0.004$	16.7 vs 15.5, $p=1.000$
Manif. Extraarticulares (%)	45.8 vs 45.2, $p=0.957$	41.6 vs 38.4, $p=0.773$	13 vs 16.4, $p=1.000$
Psoriasis	63.6 vs 43, $p=0.217$	22.3 vs 51.5, $p=0.519$	9.1 vs 16.5, $p=1.000$
Uveítis	20 vs 48.3, $p=0.106$	70 vs 31.6, $p=0.045^*$	11 vs 16.1, $p=1.000$

*Ajustando por HLAB27 y sexo, la asociación uveítis-axial desaparece.

Tabla 2: Variables por localización y comportamiento de enfermedad de Crohn según Montreal

	L1	L2	L3	B1	B2	B3
Sexo femenino (%)	59.1 vs 65.6, $p=0.625$	13.6 vs 12.5, $p=1.000$	27.3 vs 21.9, $p=0.648$	54.2 vs 54.8, $p=0.960$	25 vs 16.1, $p=0.505$	12.5 vs 25.8, $p=0.314$
Edad diagnóstico de EII	45.7±17.7 vs 37.7±14.7, $p=0.095$	38.7±13.2 vs 43.3±17.5, $p=0.314$	37.1±16 vs 44.5±17.1, $p=0.175$	41±15.1 vs 43.8±18.9, $p=0.536$	44.8±18.9 vs 41.7±16.4, $p=0.382$	45.6±20.9 vs 41.5±15.8, $p=0.339$
Edad diagnóstico de SpA	46.5±14 vs 40.4±12.3, $p=0.131$	38.7±8.5 vs 44.9±14.1, $p=0.284$	41.3±14 vs 45.1±13.5, $p=0.389$	39.9±12.4 vs 48.9±13.7, $p=0.002$	51.4±13.9 vs 41.7±12.9, $p=0.007$	47.7±14.3 vs 43.4±13.4, $p=0.343$
Diagnóstico EII previo SpA (%)	66.7 vs 38.8, $p=0.392$	7.4 vs 23.5, $p=0.186$	25.9 vs 17.6, $p=0.716$	44.8 vs 48.8, $p=0.124$	27.6 vs 12.5, $p=0.292$	17.2 vs 15.9, $p=1.000$
Fenotipo SpA (%)	59.1 vs 65.6, $p=0.625$	13.6 vs 12.5, $p=1.000$	27.3 vs 21.9, $p=0.648$	27.3 vs 21.9, $p=0.648$	27.3 vs 15.6, $p=0.316$	27.3 vs 15.6, $p=0.316$
axSpA	66.7 vs 60.6, $p=0.653$	19 vs 9.1, $p=0.411$	14.3 vs 30.3, $p=0.180$	70 vs 45.7, $p=0.007$	15 vs 22.9, $p=0.728$	15 vs 22.9, $p=0.728$
mSpA	66.3 vs 64.3, $p=1.000$	0 vs 16.7, $p=0.322$	36.4 vs 19, $p=0.244$	45.5 vs 60.6, $p=0.269$	15.4 vs 22, $p=1.000$	15.4 vs 22, $p=1.000$
HLA-B27 positivo (%)	70 vs 61.5, $p=0.776$	10 vs 15.4, $p=1.000$	20 vs 23.9, $p=1.000$	60 vs 55, $p=1.000$	20 vs 17.5, $p=1.000$	20 vs 20, $p=1.000$
Manif. Extraarticulares (%)	63.6 vs 66.7, $p=0.809$	44.4 vs 6.7, $p=0.009$	13.6 vs 12.5, $p=1.000$	60 vs 53.3, $p=0.741$	10 vs 22.2, $p=0.667$	10 vs 22.2, $p=0.667$
Psoriasis	50 vs 64, $p=0.622$	25 vs 12, $p=0.436$	25 vs 24, $p=1.000$	50 vs 54.9, $p=1.000$	25 vs 19.6, $p=1.000$	25 vs 19.6, $p=1.000$
Uveítis	25 vs 66, $p=0.138$	50 vs 10, $p=0.077$	0 vs 24, $p=1.000$	0 vs 50.1, $p=0.117$	0 vs 21.6, $p=0.573$	0 vs 21.6, $p=0.573$

Conclusiones:

- Los hallazgos confirmaron patrones descritos previamente, incluyendo una distribución diferencial por sexo, la coexistencia de MEAs, y la relación entre afectación colónica en EC y mayor carga de MEAs.
- Se identificaron asociaciones menos descritas, como la relación entre secuencia diagnóstica SpA-EII y fenotipo axial/radiográfico y psoriasis, y la vinculación entre el comportamiento de EC (B1/B2) y la edad de debut de SpA.