



963 - PACIENTES CON ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES EN HOSPITAL CLÍNICO DE ZARAGOZA: TRATAMIENTO, EVOLUCIÓN Y RECIDIVAS

J. Vallejo Grijalba, J. García Lafuente, S. Alás Tomás, B. de Escalante Yangüela, A. Alda Lozano, A. Cano Fernández, A. Marín Ballve, B. Gracia Tello

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Resumen

Objetivos: Conocer el manejo y tratamiento de pacientes con arteritis de células gigantes (ACG). Valorar recidivas, evolución y complicaciones según los tratamientos recibidos.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de ACG entre 1995 y 2020 por la Unidad de Enfermedades Autoinmunes del Hospital Clínico de Zaragoza. Todos los participantes cumplieron los criterios diagnósticos del American College of Rheumatology (1990). Se valoró el tratamiento inicial y tratamientos posteriores durante el seguimiento. Se utilizó el software estadístico IBM SPSS Statistics v25.0.

Resultados: Se reclutaron 172 pacientes, 104 mujeres (60,5%). De ellos, 73 (42,4%) tuvieron biopsia (BAT) positiva, 69 negativa y a 30 no se les realizó. La media de edad al diagnóstico fue de 77 ± 8 años. Al diagnóstico, 171 pacientes (99,4%) recibieron tratamiento con glucocorticoides, 142 prednisona oral (82,6%) y 29 bolus de metilprednisolona (16,9%). La dosis inicial media de prednisona oral fue de 50 ± 17 mg. El tiempo medio de tratamiento fue 26 ± 26 meses. Durante el seguimiento, 2 pacientes (1,2%) tuvieron 4 recidivas, 5 (3%) 3, 10 (6,1%) 2, 39 (23,6%) 1 recidiva y 109 (66,1%) ninguna. En 31 pacientes (18,1%) se inició metotrexato (MTX), con una duración media de 6 ± 9 meses. El tiempo medio hasta el inicio de MTX fue 13 meses. En 15 pacientes (8,7%) se inició tocilizumab (TCZ), con una demora de 19 ± 23 meses. Hubo 64 recidivas en pacientes con BAT positiva, con una media de $0,48 \pm 0,73$ por paciente, y 55 BAT negativas con una media de $0,44 \pm 0,73$ sin significación estadística ($p = 0,787$). Se analizaron las 119 recidivas durante el tratamiento con prednisona, con una media por paciente de $0,47 \pm 0,73$. De los pacientes tratados con MTX, hubo 27 recidivas con una media de $0,74 \pm 0,903$, con tendencia a la significación estadística ($p = 0,072$). De los 15 pacientes tratados con TCZ, ninguno sufrió recaídas. Durante el seguimiento, hubo 97 defunciones. De ellos, 31 (31,5%) fallecieron por causa cardiovascular (fallo cardíaco, IAM, ACV, isquemia intestinal o de extremidades, muerte súbita o disección aórtica), 28 (28,9%) por infección (respiratoria, urinaria, gastrointestinal, osteoarticular, cutánea o sepsis), 6 (6,1%) por cáncer, 3 (3,1%) por demencia o caídas, 2 (2,1%) por otras causas y en 27 (27,9%) fue desconocida. Los pacientes en tratamiento con prednisona presentaron más complicaciones, específicamente ITU (19,5%) y neoplasias (16,7%). Los tratados con MTX mostraron más síndrome de Cushing (27,6%) y TEP (11,5%) de forma significativa ($p = 0,026$), diabetes mellitus (22,2%), fracturas vertebrales (28,6%) con tendencia a la significación estadística ($p = 0,08$), infecciones de origen bacteriano

(38,5%), TBC (3,8%), TVP (3,7%), y en el caso del TCZ, hubo más casos de neumonías (33,3%) y herpes zoster (13,3%) no graves.

Conclusiones: El número de recidivas es similar en el grupo de biopsias positivas y negativas, por lo tanto, la biopsia no permite predecir la evolución de la enfermedad. El metotrexato no disminuye el número de recidivas y presenta más efectos secundarios que se pueden asociar al uso prolongado de corticoesteroides. El tocilizumab es un fármaco ahorrador de corticoides seguro y efectivo, que disminuye la tasa de recidivas y complicaciones.