

839 - ANÁLISIS DE LAS INFECCIONES EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON VASCULITIS ANCA

María Encarnación Lucas Torres, Aurora del Cristo de la Nuez Suárez, José Antonio Guerra Romero, Marina Aroza Espinar, Laura Lozano Lozano, Helena Bobis Reguera, Arianna Michelle Rodríguez Mosquera y Carlos Jorge Ripper

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España.

Resumen

Objetivos: Describir las infecciones y su asociación con los tratamientos empleados en pacientes con vasculitis ANCA en seguimiento en nuestro centro.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes en seguimiento por vasculitis ANCA en la consulta de Enfermedades Autoinmunes del Servicio de Medicina Interna de un hospital terciario.

Resultados: Se analizaron datos de 28 pacientes con una media de seguimiento de $7,9 (\pm 8,2)$ años. En la tabla 1 se describen las características clínicas y los tratamientos empleados. Durante el seguimiento 18 pacientes (64,3%) experimentaron infecciones siendo el tiempo medio desde el diagnóstico hasta la infección de $6,83 (\pm 8,1)$ años. En la fase de tratamiento de inducción (0-6 meses) ocurrieron el 33,3% de las infecciones, en la fase de mantenimiento (6 meses-4 años) el 22,2% de ellas y a más largo plazo el 44,4% restante. La mayoría de las infecciones fueron de origen pulmonar (25%) y urinario (14%) siendo el 50% bacterianas y el 10% víricas. En el 39% de los casos no se halló microorganismo. Once pacientes (61,1%) requirieron hospitalización, cuatro de ellas (22,2%) ingreso en cuidados intensivos y una persona (5,6%) falleció como resultado directo de la infección. El análisis estadístico reveló una asociación significativa entre infecciones y haber recibido bolos de ≥ 500 mg de corticoides y/o tratamiento con ciclofosfamida (figs.). Otros factores de riesgo identificados incluyen el Índice de Actividad de la Vasculitis de Birmingham (BVAS) al diagnóstico y a los 6 meses, la dosis acumulada de ciclofosfamida y haber presentado brotes (tabla 2). En el análisis multivariante los bolos de corticoides ≥ 500 mg ($p = 0,20$) y la ciclofosfamida ($p = 0,46$) se asociaron de manera independiente de la gravedad de la vasculitis medida por el BVAS. Las dosis de prednisona oral al diagnóstico, al mes, a los 3 meses y a los 6 meses no se asociaron con infecciones, el uso de septrim no fue protector ($p = 0,79$).

Tabla 1. Análisis descriptivo (N = 28)

Edad al diagnóstico	57,5 (± 18)
Sexo femenino, n (%)	19 (67,1%)

Comorbilidades, n (%)	
Hipertensión arterial	17 (60,7%)
Cardiopatía	7 (25%)
Diabetes mellitus	10 (35,7%)
Enfermedad renal crónica	13 (65%)
Charlson	4,5 (3 -7,5)
Títulos ANCA, n (%)	28 (100%)
MPO	19 (67,9%)
PR3	7(25%)
Brotos	14 (50%)
Bolos de corticoides	22 (78,6%)
Dosis de corticoides en bolos	
125 mg	1 (3,6%)
250 mg	5 (17,9%)
500 mg	12 (42,9%)
1.000 mg	3 (10,7%)
Dosis de prednisona al inicio (mg)	40 (30 -60)
Ciclofosfamida	15 (53,6%)
Rituximab	6 (21,4%)

Metotrexato	8 (28,6%)
Azatioprina	11 (39,3%)
Micofenolato	21 (75%)
Septim profiláctico	14 (50%)

ANCA: anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos; MPO: autoanticuerpos dirigidos contras las proteínas mieloperoxidasa; PR3; autoanticuerpos dirigidos contra la proteinasa 3.

Tabla 2	Infección (n = 18)	No infección (n = 10)	
BVAS diagnóstico (puntos)	19	10	p = 0,05
BVAS 6 meses (puntos)	9	4	p = 0,03
Dosis acumulada de CFM (g)	4,5	3	p = 0,01
Número de brotes	1,5	0	p = 0,01

FIGURA 1:

P<0.01

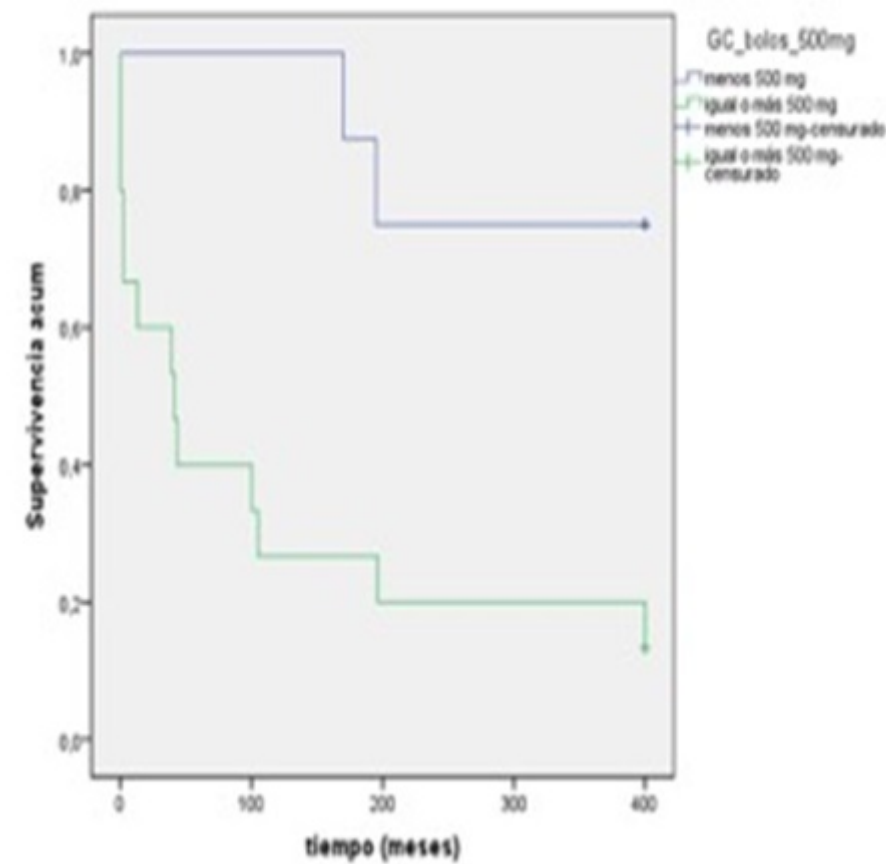
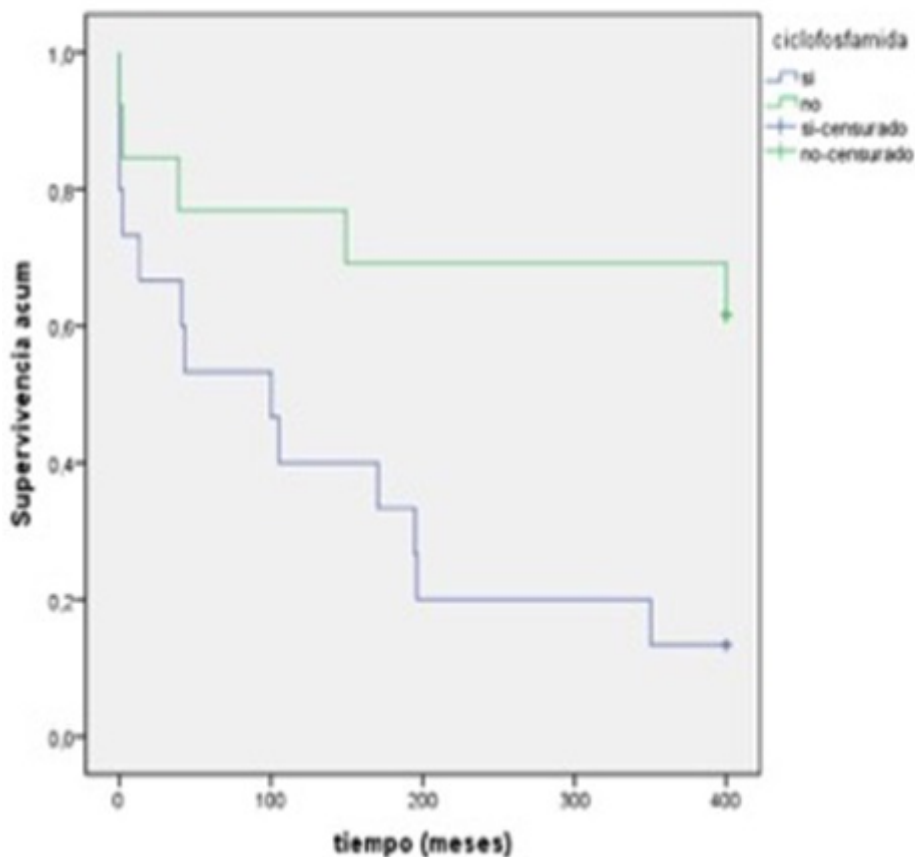


FIGURA 2:

p=0.01



Conclusiones: Una mayoría de nuestros pacientes (64,3%) presentaron infecciones serias con un 61% de ellos requiriendo hospitalización. Estas se asocian con la gravedad de las vasculitis (BVAS) así como con los tratamientos empleados, fundamentalmente dosis altas de corticoides en bolos y ciclofosfamida, además el tener brotes de la enfermedad también aumenta el riesgo de infecciones. En nuestra muestra no se identificaron patógenos atípicos y no se observó un efecto protector del septrim.