



1309 - EFICACIA Y RECURRENCIAS DEL TRATAMIENTO CON PULSOS DE METILPREDNISOLONA CON DOSIS BAJAS DE PREDNISONA FRENTE A LA PAUTA TRADICIONAL EN PACIENTES CON ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: RESULTADOS DE UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

Irene Martínez Pérez¹, Marina Ruiz Contreras¹, Manuel Ordóñez Blanco¹, María Franco Martínez², Ernesto Javier Sánchez Seller¹, Iván García Ruíz¹, Miguel Martín Cascón¹ y María Teresa Herranz Marín¹

¹Hospital General Universitario José María Morales Meseguer, Murcia, España. ²Universidad de Murcia, Murcia, España.

Resumen

Objetivos: Comparar la eficacia y recurrencias de distintos regímenes terapéuticos en una serie de pacientes con arteritis de células gigantes (ACG) en un hospital de tercer nivel.

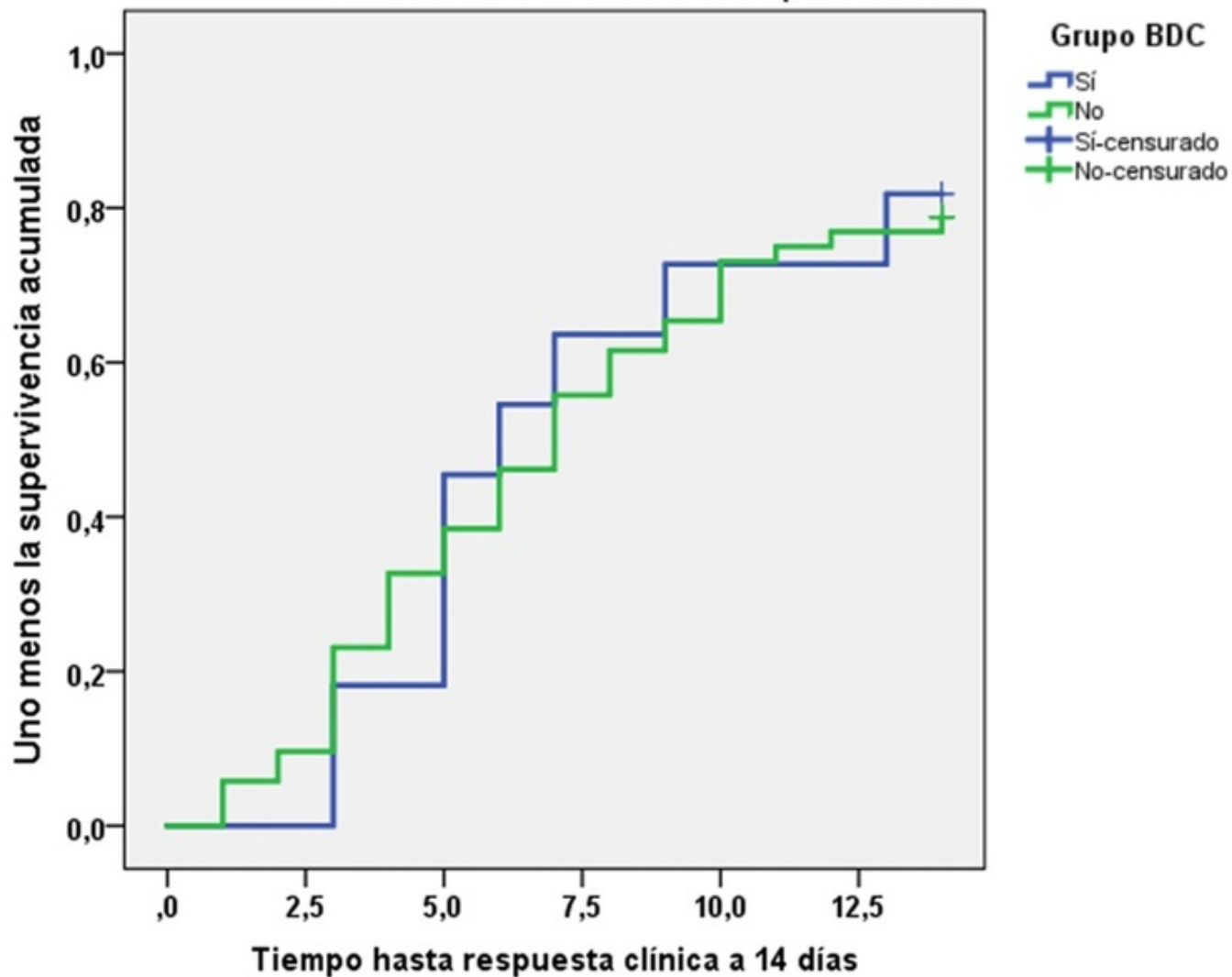
Métodos: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo unicéntrico incluyendo pacientes diagnosticados de ACG desde las bases de datos hospitalarias de Medicina Interna, Reumatología y Neurología, el CMBD para pacientes hospitalizados y la base de datos de biopsias de arteria temporal de Anatomía Patológica. Fue aprobado por la Comisión de Evaluación de Trabajos de Investigación. Se recopilaron variables demográficas, comorbilidades, clínicas, terapéuticas, así como de eficacia y seguridad como la remisión clínica, las recurrencias, la mortalidad y los eventos adversos farmacológicos. Se definió remisión clínica como ausencia de signos y síntomas de ACG durante al menos una semana; y recurrencia como reaparición de cualquier signo y/o síntoma, independientemente del aumento de marcadores bioquímicos, que requiriera un aumento de dosis de esteroides y/o metotrexate. Se establecieron dos grupos: grupo de bajas dosis de corticoides (BDC), tratado con pulsos de MTP 125-500 mg/día durante 3 días, seguido de dosis de prednisona o equivalente inferiores a 30 mg/día, con descenso rápido de la dosis; y grupo de altas dosis de corticoides (ADC), tratado con dosis de prednisona o equivalente superiores a 30 mg/día, con o sin pulsos de MTP. El objetivo principal se analizó con el estimador de Kaplan-Meier y se realizó un análisis multivariante de las recurrencias al año.

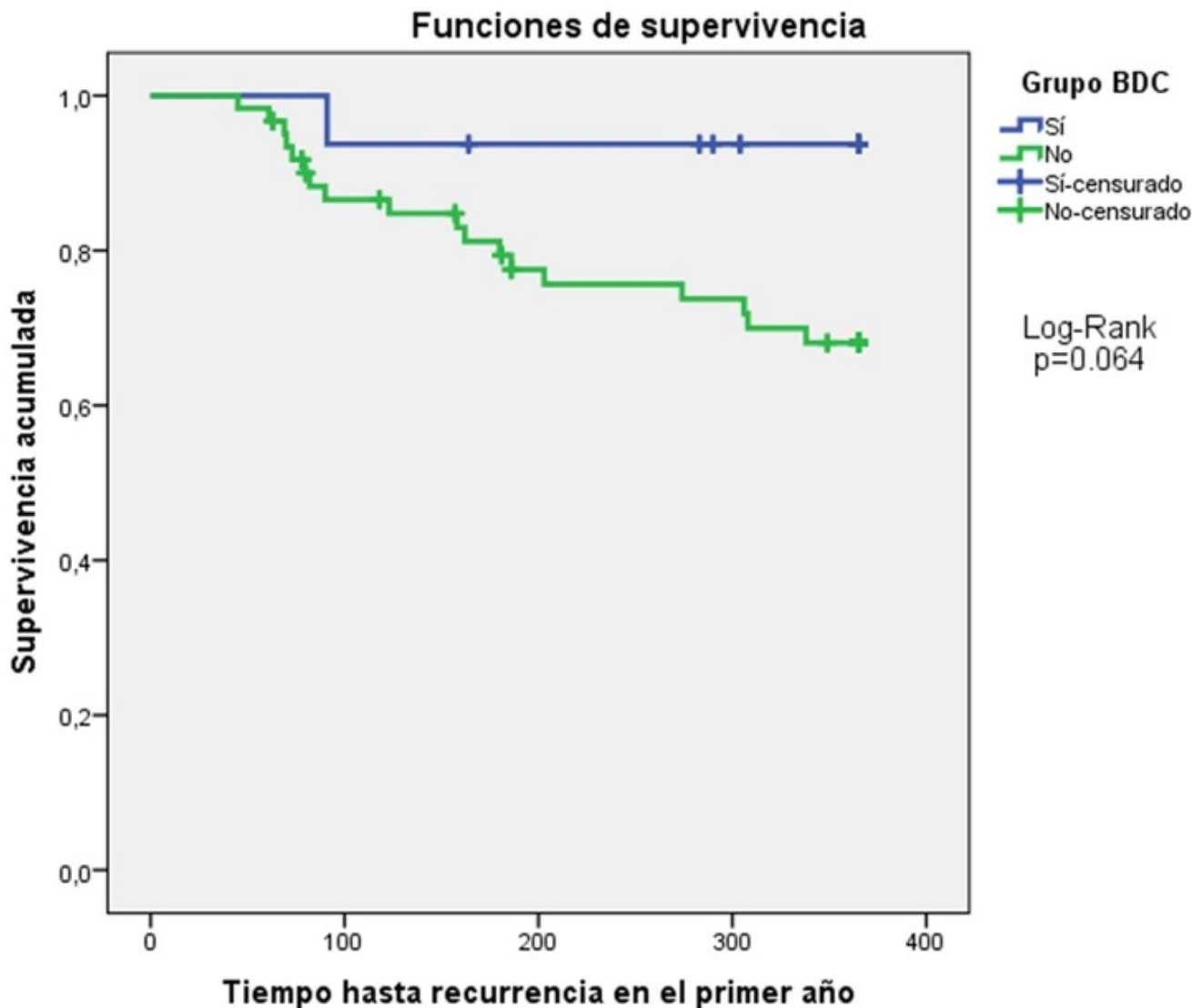
Resultados: Se incluyeron 77 pacientes: 20,8% en el grupo BDC y 69,2% en el grupo ADC. Las características demográficas, clínicas, analíticas y terapéuticas se muestran en la tabla. En el grupo BDC se usó con mayor frecuencia algún inmunosupresor (68,8% versus 34,4%; $p = 0,021$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo hasta la remisión clínica entre ambos grupos en el análisis de Kaplan-Meier ($\log\text{-rank } p = 0,884$) (fig. 1). En cuanto a las recurrencias, hubo 18,8% en el grupo BDC frente 47,5% en el grupo ADC ($p = 0,048$). La curva de supervivencia de Kaplan-Meier mostró una tendencia a menos recurrencias en el primer año en el grupo BDC, aunque sin significación estadística ($\log\text{-rank } p = 0,064$) (fig. 2). El análisis multivariante identificó como factores predictores independientes de recurrencia: el esquema BDC

(HR = 0,107; IC95% 0,012-0,97), el AAS (HR = 0,291; IC95% 0,010-0,88), la edad (HR = 0,914; IC95% 0,84-0,99), la HTA (HR = 4,463; IC95% 1,12-17,8), la neumopatía (HR = 4,385; IC95% 1,55-12,45) y la ERC (HR = 6,700; IC95% 1,57-28,55). No existieron diferencias en la mortalidad entre ambos grupos (18,8 vs. 29,5%; p = 0,534).

Características	Todos (n = 77)	BDC (n = 16)	ADC (n = 61)	p
Edad - me (RIC)	79 (75-81,5)	78 (75-81)	79 (75-82)	0,905
Sexo (mujer) - n (%)	54 (70,1)	9 (56,3)	45 (73,8)	0,173
Comorbilidades - n (%)				
Hipertensión arterial	57 (74)	10 (62,5)	47 (77)	0,237
Diabetes mellitus tipo 2	23 (29,9)	4 (25)	19 (31,1)	0,764
Cardiopatía	27 (35,1)	5 (31,3)	22 (36,1)	0,719
Neumopatía	15 (19,5)	5 (31,3)	10 (16,4)	0,182
Enfermedad renal crónica	7 (9,1)	2 (12,5)	5 (8,2)	0,631
Osteoporosis	17 (22,1)	3 (18,8)	14 (23)	1
Polifarmacia (> 5 fármacos) - n (%)	44 (57,1)	8 (50)	36 (59)	0,517
Dependiente para ABVD - n (%)	5 (6,5)	0	5 (8,2)	0,577
Síntomas - n (%)				
Polimialgia	49 (63,6)	10 (62,5)	39 (63,9)	0,915
Cefalea	58 (75,3)	13 (81,3)	45 (73,8)	0,747
Visuales	28 (36,4)	7 (43,8)	21 (34,4)	0,490
Amaurosis	19 (24,7)	6 (37,5)	13 (21,3)	0,181
Claudicación mandibular	27 (35,1)	5 (31,3)	22 (36,1)	0,719
Lesiones cutáneas	2 (2,6)	1 (6,3)	1 (1,6)	0,375
Hallazgos analíticos				
VSG (mm/h) - m (DE)	75,54 (29,98)	74,31 (32,82)	75,87 (29,46)	0,855
PCR (mg/dL) - me (RIC)	3,7 (2-8,2)	6,85 (2,75-9,45)	3,6 (2-6,95)	0,140
Hemoglobina (g/dL) - m (DE)	11,27 (1,47)	11,5 (1,82)	11,21 (1,37)	0,489
Dosis inicial de prednisona (mg) - me (RIC)	40 (30-60)	20 (20-30)	45 (40-60)	< 0,001
Tiempo (días) - me (RIC)				
Hasta stop prednisona	676,5 (304,5-1.047)	880 (207-1.171)	647 (401-907)	0,627
Con prednisona > 20 mg	52 (17-85)	9 (6-12)	60 (37-101,5)	< 0,001
Con prednisona > 7,5 mg	145 (61-221)	45 (30-74)	182 (118-251,5)	< 0,001
Con prednisona > 5 mg	197 (123-330,5)	122 (90-206)	230,5 (168,5-348,5)	0,019
Cambios frecuentes de dosis - n (%)	26 (33,8)	2 (12,5)	24 (39,3)	0,037
Pulsos de metilprednisolona - n (%)	35 (45,5)	16 (100)	19 (31,15)	< 0,001
Ácido acetilsalicílico - n (%)	40 (51,9)	10 (62,5)	30 (49,2)	0,343
Metotrexate - n (%)	29 (37,7)	9 (56,3)	20 (32,8)	0,085
Tocilizumab - n (%)	7 (9,1)	2 (12,5)	5 (8,5)	0,631

Funciones uno menos la supervivencia





Conclusiones: El tratamiento con pulsos de MTP seguido de dosis de prednisona o equivalente inferiores a 30 mg/día con reducción rápida no es inferior al esquema tradicional, mostrando una tendencia a un menor riesgo de recurrencias. Son factores predictores de mayor riesgo la HTA, la neumopatía y la ERC, mientras que la edad elevada al diagnóstico y el régimen terapéutico de pulsos de MTP seguidos de dosis de prednisona o equivalente inferiores a 30 mg/día con reducción rápida disminuyen el riesgo.