



## 1085 - SEGURIDAD DE LOS PULSOS DE METILPREDNISOLONA SEGUIDOS DE DOSIS BAJAS DE CORTICOIDES EN LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: MISMA EFECTIVIDAD Y MENOR DAÑO

*Marina Ruiz Contreras, María Franco Martínez, Irene Martínez Pérez, Manuel Ordóñez Blanco, Cristina Medina Serrano, Paloma López López, Miguel Martín Cascón y María Teresa Herranz Marín*

*Hospital General Universitario José María Morales Meseguer, Murcia, España.*

### Resumen

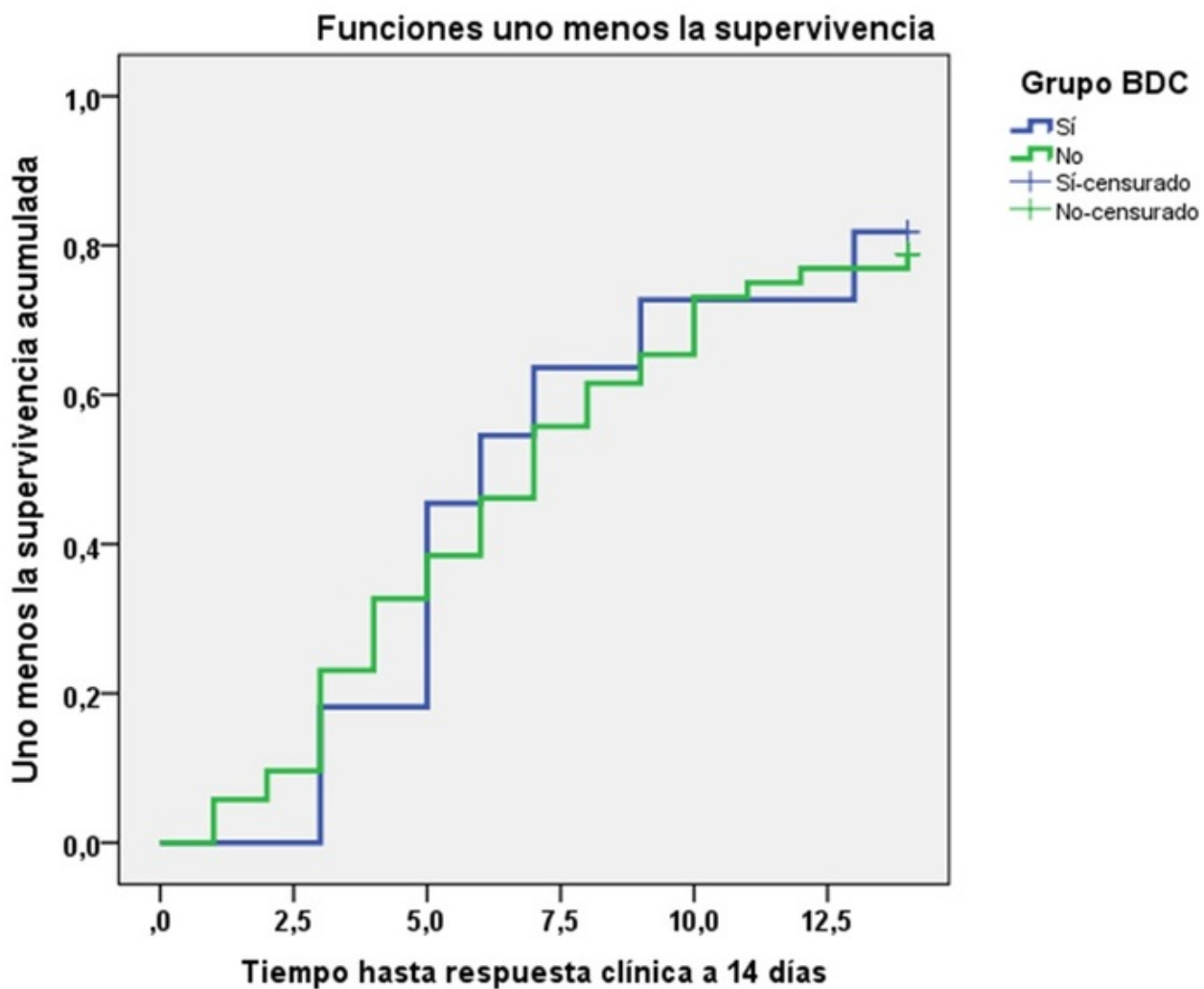
**Objetivos:** Comparar el efecto del tratamiento con pulsos de metilprednisolona (MTP) seguidos de dosis bajas de prednisona sobre la remisión clínica, efectos adversos e infecciones en una cohorte de pacientes con arteritis de células gigantes (ACG) de un hospital de tercer nivel.

**Métodos:** Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo unicéntrico. Se seleccionaron pacientes diagnosticados de ACG de los servicios de Medicina Interna, Reumatología y Neurología, del CMBD para pacientes hospitalizados, y de la base de datos de biopsias de arteria temporal del servicio de Anatomía Patológica. Se recogieron variables demográficas, comorbilidades, del tratamiento, de eficacia y de seguridad. Se definió remisión clínica como la ausencia de signos y síntomas de ACG durante al menos una semana. Se establecieron dos grupos: un grupo de altas dosis corticoideas (ADC), tratado con prednisona o equivalente en dosis superiores a 30 mg/día con o sin pulsos de MTP; y grupo de bajas dosis corticoideas (BDC), de pacientes tratados con pulsos de MTP de 125-500 mg/día durante 3 días seguido de dosis de prednisona o equivalente inferiores a 30 mg/día con descenso rápido de dosis. El estudio fue aprobado por la Comisión de Evaluación de Trabajos de Investigación del hospital.

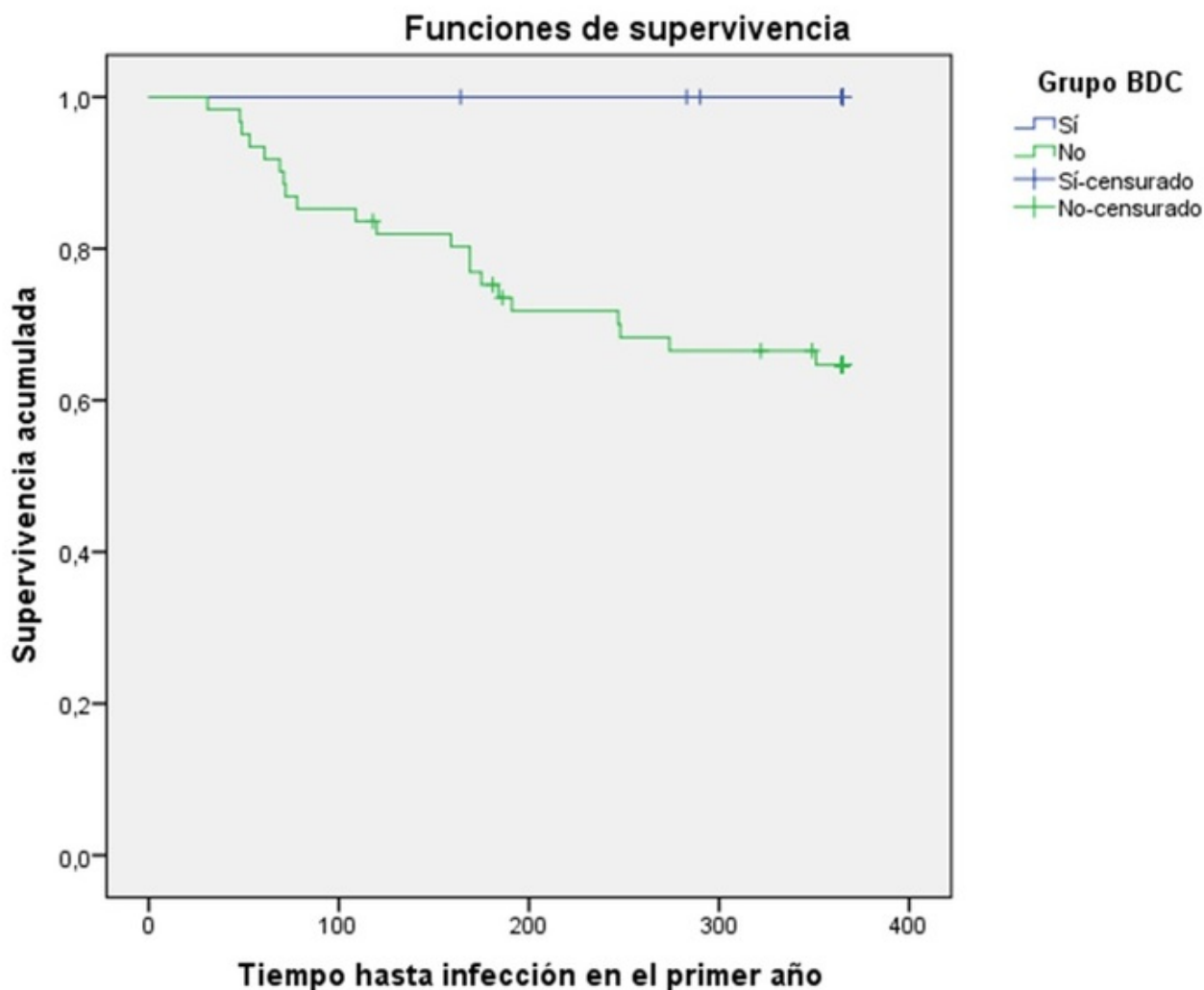
**Resultados:** Se incluyeron 77 pacientes, el 69,2% perteneciente al grupo ADC y el 20,8% al grupo BDC. Las características basales de los pacientes se muestran en la tabla 1. Los distintos regímenes terapéuticos empleados aparecen recogidos en la tabla 2. Si analizamos ambos inmunosupresores juntos, el 68,8% del grupo BDC llevó algún inmunosupresor, frente al 34,4% del grupo ADC ( $p = 0,021$ ). Respecto a la remisión clínica, en el análisis de supervivencia Kaplan-Meier (fig. 1) no existieron diferencias estadísticamente significativas ( $\log\text{-rank } p = 0,884$ ) en el tiempo transcurrido hasta la remisión clínica entre ambos grupos. En cuanto a efectos adversos, durante el tratamiento desarrollaron osteoporosis 19 pacientes, todos ellos del grupo ADC (0 vs. 40,4%,  $p = 0,005$ ). En lo que respecta a las infecciones durante el primer año, los pacientes del grupo ADC presentaron 21 casos, mientras que en el grupo BDC no hubo. El análisis de supervivencia de Kaplan-Meier (fig. 2) mostró, con significación estadística ( $\log\text{-rank } p = 0,010$ ), que en los pacientes del grupo BDC eran menos frecuentes las infecciones durante el primer año. El tratamiento con pulsos de MTP y dosis bajas de prednisona (HR = 0,210; IC95% 0,05-0,90), la edad (HR = 1,075; IC95% 1,01-1,15) y la amaurosis (HR = 2,510; IC95% 1,1-5,73), fueron predictores de desarrollo de infecciones.

<b>Tabla 1. Características demográficas, clínicas y analíticas de los pacientes incluidos</b>				
<b>Características</b>	<b>Todos (n = 77)</b>	<b>ADC (n = 61)</b>	<b>BDC (n = 16)</b>	<b>p</b>
<b>Edad - me. (RIC)</b>	79 (75-81,5)	79 (75-82)	78 (75-81)	0,905
<b>Sexo (mujer) - n. (%)</b>	54 (70,1)	45 (73,8)	9 (56,3)	0,173
<b>Comorbilidades - n. (%)</b>				
<b>Hipertensión arterial</b>	<b>57 (74)</b>	<b>47 (77)</b>	<b>10 (62,5)</b>	<b>0,237</b>
<b>Diabetes mellitus tipo 2</b>	<b>23 (29,9)</b>	<b>19 (31,1)</b>	<b>4 (25)</b>	<b>0,764</b>
<b>Cardiopatía</b>	<b>27 (35,1)</b>	<b>22 (36,1)</b>	<b>5 (31,3)</b>	<b>0,719</b>
<b>Neumopatía</b>	<b>15 (19,5)</b>	<b>10 (16,4)</b>	<b>5 (31,3)</b>	<b>0,182</b>
<b>Enfermedad renal crónica</b>	<b>7 (9,1)</b>	<b>5 (8,2)</b>	<b>2 (12,5)</b>	<b>0,631</b>
<b>Osteoporosis</b>	<b>17 (22,1)</b>	<b>14 (23)</b>	<b>3 (18,8)</b>	<b>1</b>
<b>Polifarmacia (&gt; 5 fármacos) - n. (%)</b>	44 (57,1)	36 (59)	8 (50)	0,517
<b>Dependiente para ABVD - n. (%)</b>	5 (6,5)	5 (8,2)	0	0,577
<b>Síntomas - n. (%)</b>				
Polimialgia	49 (63,6)	39 (63,9)	10 (62,5)	0,915
Cefalea	58 (75,3)	45 (73,8)	13 (81,3)	0,747
Síntomas visuales	28 (36,4)	21 (34,4)	7 (43,8)	0,490
Amaurosis	19 (24,7)	13 (21,3)	6 (37,5)	0,181
Claudicación mandibular	27 (35,1)	22 (36,1)	5 (31,3)	0,719
Lesiones cutáneas	2 (2,6)	1 (1,6)	1 (6,3)	0,375
<b>Hallazgos analíticos</b>				
<b>VSG (mm/h) - m. (DE)</b>	75,54 (29,98)	75,87 (29,46)	74,31 (32,82)	0,855
<b>PCR (mg/dL) - me. (RIC)</b>	3,7 (2-8,2)	3,6 (2-6,95)	6,85 (2,75-9,45)	0,140
<b>Hemoglobina (g/dL) - m. (DE)</b>	11,27 (1,47)	11,21 (1,37)	11,5 (1,82)	0,489
ABVD: actividades básicas vida diaria, VSG: velocidad de sedimentación globular, PCR: proteína C reactiva; Me: mediana; M: media; RIC: rango intercuartílico; DE: desviación estándar.				

<b>Tabla 2. Manejo terapéutico de los pacientes</b>				
<b>Características tratamiento</b>	<b>Todos (n = 77)</b>	<b>ADC (n = 61)</b>	<b>BDC (n = 16)</b>	<b>p</b>
<b>Dosis inicial de prednisona (mg)</b>	40 (30-60)	45 (40-60)	20 (20-30)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Tiempo (días)</b>				
Hasta stop de prednisona	676,5 (304,5-1.047)	647 (401-907)	880 (207-1.171)	0,627
Con prednisona > 20 mg	52 (17-85)	60 (37-101,5)	9 (6-12)	<b>&lt; 0,001</b>
Con prednisona > 7,5 mg	145 (61-221)	182 (118-251,5)	45 (30-74)	<b>&lt; 0,001</b>
Con prednisona > 5 mg	197 (123-330,5)	230,5 (168,5-348,5)	122 (90-206)	<b>0,019</b>
<b>Cambios frecuentes dosis</b>	26 (33,8)	24 (39,3)	2 (12,5)	<b>0,037</b>
<b>Pulsos de metilprednisolona</b>	35 (45,5)	19 (31,15)	16 (100)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Ácido acetilsalicílico - n. (%)</b>	40 (51,9)	30 (49,2)	10 (62,5)	0,343
<b>Metotrexate - n. (%)</b>	29 (37,7)	20 (32,8)	9 (56,3)	0,085
<b>Tocilizumab - n. (%)</b>	7 (9,1)	5 (8,5)	2 (12,5)	0,631



**Figura 1.** Análisis de supervivencia de Kaplan-Meier del tiempo transcurrido hasta la respuesta clínica durante los primeros 14 días en ambos grupos de tratamiento.



**Figura 2.** Análisis de supervivencia de Kaplan-Meier del tiempo transcurrido hasta la aparición de una infección en el primer año en ambos grupos de tratamiento.

*Conclusiones:* El tratamiento con pulsos de metilprednisolona seguido de prednisona a dosis bajas ha demostrado ser una alternativa eficaz en el manejo de la arteritis de células gigantes. Este enfoque alcanzó la remisión clínica de manera similar, sin diferencias en la mortalidad, además de presentar un menor riesgo de osteoporosis y de infecciones en el primer año a pesar de mayor uso de inmunosupresores.