



<https://www.revclinesp.es>

## 631 - FACTORES DEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS E INMUNOLÓGICOS ASOCIADOS A RECAÍDA EN VASCULITIS ASOCIADAS A ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS (ANCA): ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

*Micaela Cueto Márquez<sup>1</sup>, María Salud Sena Torralba<sup>1</sup>, María Pau Valenzuela Mújica<sup>2</sup>, María Begoña Marí Alfonso<sup>1</sup>, Daniela García Agreda Vaca<sup>2</sup>, Carlos Feijoo Masso<sup>1</sup> y Joan María Mercadé Torras<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Medicina Interna, Parc Taulí Hospital Universitari. Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí (I3PT-CERCA), Sabadell, España.

<sup>2</sup>Nefrología, Parc Taulí Hospital Universitari. Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí (I3PT-CERCA), Sabadell, España.

### Resumen

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de recaída en la vasculitis asociada a ANCA (VAA) y evaluar los factores demográficos, clínicos e inmunológicos como predictores de recaída.

**Métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de VAA entre 1990 y 2024 que cumplían los criterios clasificatorios para granulomatosis con poliangeítis (GPA), poliangeítis microscópica (PAM) o granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEPA) del Colegio Americano de Reumatología/Alianza Europea de Asociaciones de Reumatología de 2022. Se recogieron variables demográficas, clínicas e inmunológicas, así como el grado de actividad y el pronóstico al diagnóstico, mediante la Birmingham Vasculitis Activity Score (BVAS) y la escala Five-Factor Score revisited (FFSr), respectivamente. La recaída se definió como la aparición de nuevos síntomas relacionados con la VAA o un incremento de la actividad clínica medida por BVAS tras un período de remisión. Dentro de las variables inmunológicas, se evaluó la presencia de ANCA y su persistencia en el tiempo, definida como la no negativización de los títulos de mieloperoxidasa (MPO) o proteína 3 (PR3) durante el seguimiento, determinados mediante ELISA. Se realizó un análisis univariante para explorar asociaciones entre las diferentes variables y la recaída. Posteriormente, se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística, en el que se incluyeron aquellas variables con un valor  $p < 0,20$  en el análisis univariante, con el fin de identificar asociaciones independientes con el riesgo de recaída. Además, se realizó un análisis dependiente del tiempo (regresión de riesgos proporcionales de Cox) para evaluar la asociación entre los posibles predictores y la recaída, y mediante un análisis de supervivencia de Kaplan-Meier se estimó la supervivencia libre de recaída. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación del hospital.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 68 pacientes. El 47% de los pacientes presentaron recaída. Las características demográficas, clínicas e inmunológicas, así como el grado de actividad y pronóstico al diagnóstico (evaluados por BVAS y FFSr, respectivamente), se detallan en la tabla. No se encontró asociación entre el riesgo de recaída y variables demográficas o clínicas, ni con el grado de actividad o el pronóstico al inicio. Tampoco se observaron diferencias significativas entre los subgrupos de VAA, aunque los pacientes con GPA presentaron mayores tasas de recaída. A nivel inmunológico, se halló asociación significativa entre la persistencia de ANCA y el riesgo de recaída (37,5 vs. 61,1%;  $p = 0,048$ ), mientras que no observamos diferencias según la especificidad de ANCA. El análisis multivariante identificó la

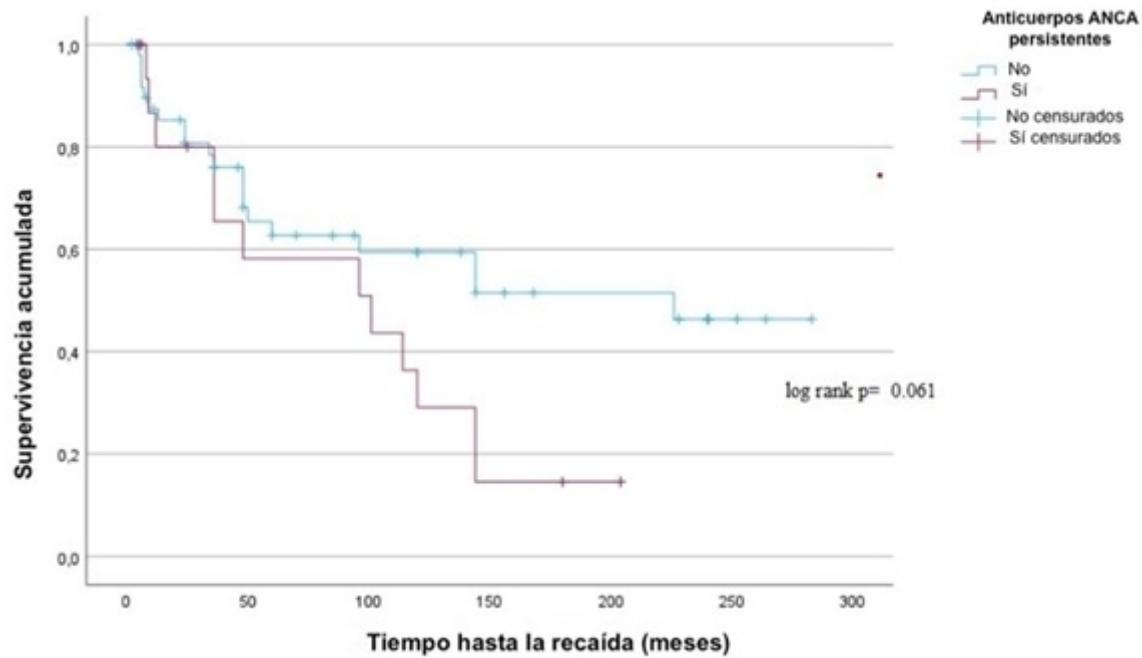
persistencia de ANCA como predictor independiente de recaída (OR 3,7, IC95%: 1,1-13,2,  $p = 0,025$ ). La regresión de riesgos proporcionales de Cox, considerando el tiempo, confirmó la asociación entre persistencia de anticuerpos ANCA y recaída ( $p = 0,041$ , HR 2,161, IC95%: 1,031-4,531). El análisis de Kaplan-Meier mostró que los pacientes con ANCA persistentemente positivos tendían a recaer con mayor frecuencia; sin embargo, esta diferencia no alcanzó significación estadística (*log-rank p = 0,061*) (fig.).

Variable	Recaída	Sin recaída	p
n = 32 (47%)	n = 36 (53%)		
<b>Características demográficas</b>			
Edad al diagnóstico, años (mediana, IQR)	64 (54,5-71,5)	64,5 (52,25-77,75)	0,808
Sexo femenino	17 (53,1%)	19 (52,8%)	1,000
<b>Subtipo de VAA</b>			
GPA	11 (34,4%)	7 (19,4%)	0,182
PAM	15 (46,9%)	24 (66,7%)	0,141
EGPA	6 (18,7%)	5 (13,9%)	0,744
<b>Características inmunológicas</b>			
ANCA positivo al diagnóstico	29 (90,6%)	30 (83,3%)	0,484
PR3	6 (18,8%)	4 (11,1%)	0,498
MPO	22 (68,8%)	26 (72,2%)	0,795
ANCA persistentemente positivo	12 (37,5%)	22 (61,1%)	0,048
<b>Manifestaciones clínicas</b>			

Afectación ORL	14 (43,8%)	8 (22,2%)	0,073
Rinitis crónica	9 (28,1%)	4 (11,1%)	0,121
Pólipos nasales recurrentes	5 (15,6%)	4 (11,1%)	0,725
Hipoacusia	5 (15,6%)	2 (5,6%)	0,241
Afectación pulmonar	21 (65,6%)	24 (66,7%)	1,000
EPID	6 (18,8%)	6 (16,7%)	0,110
Nódulos pulmonares	7 (21,9%)	10 (27,8%)	0,780
HAD	10 (31,3%)	12 (33,3%)	1,000
Afectación renal	23 (71,9%)	26 (72,2%)	1,000
Proteinuria > 0,5 g	15 (46,9%)	20 (55,6%)	0,484
Afectación cardiovascular	8 (25,0%)	4 (11,1%)	0,203
Miocarditis	2 (6,3%)	0 (0%)	0,218
Afectación musculoesquelética	15 (46,9%)	10 (27,8%)	0,133
Afectación ocular	3 (9,4%)	1 (2,8%)	0,336

Actividad e índice pronóstico

BVAS al diagnóstico (media $\pm$ DE)	11,25 $\pm$ 8,06	9,06 $\pm$ 6,36	0,221
FFSr al diagnóstico (media $\pm$ DE)	1,63 $\pm$ 1,41	1,58 $\pm$ 1,00	0,890



*Conclusiones:* La recaída se observó en el 47% de los pacientes. Los ANCA persistentes se asociaron a recaída, no así las características demográficas, clínicas ni el subtipo de VAA.