



IF-83. - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE INICIO TARDÍO EN UNA COHORTE DE 776 PACIENTES

E. Montero Mateos¹, R. González León¹, I. Porras Antras¹, A. León Guisado¹, C. Sotomayor de la Piedra¹, M. Artero González², F. García Hernández¹, M. Castillo Palma¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Grupo de Investigación CTS-270 "Colagenosis e Hipertensión". Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen

Objetivos: En un estudio previo se analizó la mortalidad global y las características clínicas de nuestra cohorte de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) durante un seguimiento prolongado. En este trabajo se estudian las características del subgrupo de pacientes con LES de comienzo tardío (LCT) en relación con el total de la cohorte.

Métodos: El grupo de LCT estaba constituido por los pacientes que en el momento del diagnóstico tenían una edad igual o superior a 50 años. Se analizaron las variables clínicas, analíticas y estatus vital de los pacientes con LCT frente al resto de la cohorte desde 1980 hasta marzo 2009. El estudio estadístico se realizó mediante Chi-cuadrado, T de student y log-rank según los parámetros analizados. Se comparó la mortalidad de la cohorte y la del grupo LCT con la propia de la comunidad autónoma por medio de la razón de mortalidad estandarizada, utilizando los datos del instituto nacional de estadística.

Resultados: De un total de 776 pacientes 91 (11,7%) eran LCT. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en la distribución por sexo (9:1 a favor de las mujeres). El seguimiento medio fue de 12,9 años (vs 16,4 años del resto de cohorte, $p < 0,001$). En el grupo LCT hubo una menor frecuencia de antecedentes familiares de enfermedad sistémica (8,8% vs 16,3% $p = 0,056$) y no hubo diferencia en los síntomas en el momento del diagnóstico. A lo largo de la enfermedad los pacientes con LCT presentaron menos afectación articular (78% vs 87,3% $p = 0,016$), cutánea (78% vs 88,7% $p = 0,004$) y renal (27,5% vs 38,5% $p = 0,041$) mientras que fueron más frecuentes los episodios de tromboembolia arterial (13,2% vs 5,7% $p = 0,007$). En cuanto al perfil inmunológico los pacientes con LCT tuvieron con menor frecuencia anticuerpos SSA (20,9% vs 30,6% $p = 0,056$), Sm (2,2% vs 8,3%, $p = 0,038$) y antiDNA (42,9% vs 52,9% $p = 0,073$) y distribución similar de ANA, SSB, antiRNP, antihistonas. En relación al tratamiento, en los paciente con LCT se prescribieron con menor frecuencia megadosis de metilprednisolona (16,5% vs 31,5% $p = 0,003$) y ciclofosfamida intravenosa (16,5 vs 33,8% $p = 0,001$) y antiCD20 (este último en ningún caso), y no hubo diferencias significativas en la utilización de metotrexato, azatioprina o ciclosporina. Al final del seguimiento 44 pacientes con LCT (48,4% vs 12,6% $p < 0,001$) habían fallecido y la causa más frecuente fue la cardiovascular (36,4% defunciones) seguida de neoplasia (13,6%) y actividad no controlada del LES (11,3%). A pesar de esto, la razón de mortalidad estandarizada fue de 1,73 (frente al 2,96 del total de la cohorte).

Discusión: En nuestra cohorte los pacientes con LCT tuvieron menos afectación cutánea, articular y renal y un perfil de autoanticuerpos distinto. Además, las causas de fallecimiento fueron diferentes con menor frecuencia de la actividad no controlada de la enfermedad y de las la infecciones (25% de los fallecimientos frente al 48% en el global), y la mortalidad (ajustado a edad, sexo y calendario) más favorable que el resto de la cohorte.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con LES el subgrupo de LCT tiene una evolución menos agresivas y mejor pronóstico.