Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):783

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

IF-122 - UTILIDAD DEL BVAS Y DEL FFS EN LA VALORACIÓN PRONÓSTICA DE LAS VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA

R. Solans[1], M. Rodríguez-Carballeira[2], J. Ríos[3], L. Sáez[4], G. Fraile[5], F. Pasquau[6], X. Solanich[7], A. Pérez- Iglesias[8] y J. Oristrell, E. Fonseca, J. Callejas, M. Zamora, M. del Castillo, B. Frutos, M. Abdilla, L. Caminal, I. García-Sánchez en representación del Grupo de Trabajo REVAS

[1]Medicina Interna. Hospital Universitari General Vall d'Hebron. Barcelona. [2]Medicina Interna. Clínica Mútua de Terrasa. Terrassa (Barcelona). [3]Medicina Interna. Complejo Universitario La Paz. Madrid. [4]Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. [5]Medicina Interna. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. [6]Medicina Interna. Hospital de la Marína Baixa. Villajoyosa (Alicante). [7]Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). [8]Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense.

Resumen

*Objetivos:*Comparar la utilidad del BVAS (vs 3) y del FFS (vs 1996 y 2009) como instrumentos de valoración pronóstica al diagnóstico, en una amplia cohorte de pacientes con VAA.

*Material y métodos:*Estudio multicéntrico retrospectivo, en el que se incluyeron pacientes diagnosticados de VAA entre enero 1995 y noviembre de 2013 en 20 Hospitales de España. La supervivencia se analizó mediante el método de Kaplan- Meier. Se utilizó el paquete estadístico SPSS vs21.

*Resultados:*Se incluyeron 455 pacientes: 188 (41,3%) GPA, 167 (36,7%) MPA y 100 (22%) GEPA; 50,8% hombres. La edad media al diagnóstico fue 55,7 ± 17,2 años. Los ANCA fueron positivos en el 86,8%: 35,8% C-ANCA y 51% P-ANCA. El tiempo medio hasta el diagnóstico fue de 3 meses (IQR 2-5). El seguimiento medio fue de 80 meses (IQR 105). El 61,5% de los pacientes presentaba afección renal, el 54,7% pulmonar, el 16,9% síndrome reno-pulmonar, el 34,5% afección neurológica, y el 12,7% cardíaca. Un 44,8% presentaba afección ORL y un 18,9% ocular. El BVAS medio al diagnóstico fue de 17,8 ± 7,7; el FFS 1996 ≤ 1 en 390 (85,8%) pacientes y el FFS 2009 ≤ 2 en 361 (79,4%). Todos los pacientes recibieron corticoides orales, 342 (75,1%) ciclofosfamida (49,7% iv y 50,3% oral), y un 6,6% terapia biológica. Un 16,4% requirió diálisis. Durante el seguimiento, el 39,1% sufrió infecciones bacterianas, (9,2% sepsis), el 12,7% infecciones oportunistas y un 5,3% neoplasias. Ciento treinta pacientes (28,6%) fallecieron: 74 (44,3%) con PAM, 42 (22,3%) con GPA y 14 (14%) con EGPA ($p < 0,001$). Tanto el BVAS como el FFS (1996 y 2005) al diagnóstico, se hallaron significativamente relacionados con la supervivencia ($p < 0,001$), pero el instrumento que mejor predijo la supervivencia fue el FFS 2009, con una HR 2.7 en el estudio de regresión múltiple. Este resultado se confirmo mediante una curva ROC que mostro una mayor área bajo la curva (75%) para el FFS 2009, comparado el FFS 1996 (66%) y el BVAS (62%).

*Discusión:*El BVAS es una escala ampliamente utilizada en las VAA como instrumento de valoración de actividad de la enfermedad. El FFS 1995 se introdujo como un instrumento de valoración

pronostica, teniendo en consideración la presencia al diagnóstico de los factores que se relacionaban con una mayor mortalidad: afección renal, digestiva, cardiaca o del SNC, siendo modificado en 2009, sustituyendo la afección del SNC por la edad > 65 años al diagnóstico. Hay pocos estudios que comparen ambos instrumentos.

*Conclusiones:*Tanto el BVAS como el FFS al diagnóstico son instrumentos útiles para valorar el pronóstico de las VAA, pero el FFS 2009 es el que mejor se ajusta al pronóstico.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.