

ESPECTRO POLIMIALGIA REUMÁTICA-ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: RELACIÓN CON NEOPLASIAS Y PAPEL COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO



Muñoz Martínez, Pablo Francisco¹, Fernández Ruiz C ², Grau García E ¹, Leal Rodríguez S ¹, Ivorra Cortés J ^{1,2}, Riesco Bárcena C ¹, Tovar Sugrañes E ¹, Mas Sánchez L ¹, Oller Rodríguez J ¹, González Puig L ¹, Huaylla Quispe AV ¹, Torrat Noves AM¹, Ramos Castro D ¹, Cánovas Olmos I ¹, Charia H ¹, Martínez I ¹, Nájera Herranz C ¹, Negueroles Albuixech R ¹, De La Rubia Navarro M^{1,2}, Vicens Bernabéu E ¹, Alcántara Álvarez I ¹, Villanueva Mañes B ¹, Román Ivorra JA ^{1,2}

¹ Servicio de Reumatología del Hospital Universitari i Politècnic La Fe de València
² Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir

INTRODUCCIÓN

La disregulación del sistema inmune inherente a las enfermedades inflamatorias puede contribuir al desarrollo de neoplasias. Encontramos un nicho de pacientes cuyos síntomas surgen de una enfermedad reumática aparentemente idiopática que en realidad es la expresión de un cáncer oculto, formando parte de un síndrome paraneoplásico. Estos presentan una peor respuesta al tratamiento clásico y la neoplasia suele volverse evidente en torno a los dos primeros años, especialmente durante el primero. La relación entre las neoplasias y diferentes enfermedades reumáticas como la dermatomiositis, la esclerosis sistémica, el lupus o la artritis reumatoide ha sido estudiada. Sin embargo, la relación entre el espectro polimialgia reumática-arteritis de células gigantes (EPACG) y la malignidad continúa en debate.

OBJETIVOS

Determinar si la densidad de incidencia de neoplasias es mayor en el espectro polimialgia reumática-arteritis de células gigantes (EPACG) en comparación con otra patología inflamatoria como la artritis reumatoide (AR), así como su papel como síndrome paraneoplásico por lo que a criterio temporal respecta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, unicéntrico y retrospectivo de pacientes diagnosticados de EPACG desde enero de 2018 a diciembre de 2023. Se recogieron variables demográficas, clínicas, y las neoplasias halladas tras el diagnóstico de la enfermedad sin considerar eventos metastásicos ni recidivas. Se analizó la densidad de incidencia de neoplasias excluyendo el cáncer cutáneo no melanoma, así como la razón de tasas de incidencia. Se utilizaron pacientes con AR diagnosticados con 50 años o más como grupo comparador.

CONCLUSIONES

En nuestra cohorte, observamos una mayor densidad de incidencia de neoplasias en los pacientes diagnosticados dentro del EPACG en comparación con los pacientes del grupo AR, especialmente durante el primer año de seguimiento.

Estos resultados no fueron estadísticamente significativos, no pudiéndose realizar inferencias hacia la población de referencia.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 243 pacientes con EPACG (66% mujeres) con una edad media al diagnóstico de 73 (8) años. Como grupo comparador se incluyó a 299 pacientes (76% mujeres) con AR y una edad media al diagnóstico de 59 (7) años.

Desarrollaron una neoplasia un total de 30 pacientes: 6 en el grupo EPACG (5 con fenotipo polimiálgico y 1 con craneal) y 24 en el grupo AR (ver tabla). En el grupo EPACG encontramos una densidad de incidencia de neoplasias (DIN) de 953 por cada 100.000 personas-año (p-a) y, en el grupo AR, de 538 por cada 100.000 p-a. La DIN durante los 2 primeros años de seguimiento fue de 1527 neoplasias por cada 100.000 p-a en el EPACG y de 677 en el grupo AR.

La estimación de la razón de tasas de incidencia fue de 1,77 y de 2,25 a los 2 primeros años, siendo la incidencia de neoplasias mayor en los pacientes del EPACG de forma no significativa. Todas las neoplasias del EPACG se diagnosticaron durante los dos primeros años de seguimiento (figura 1), siendo la mayoría durante el primer año (66,67%). Ninguna neoplasia en el grupo AR fue diagnosticada durante el primer año de seguimiento.

	EPACG (n=243)	AR (n=299)
Tipo (n)	<div>• Polimiálgico (221)</div> <div>• Craneal (19)</div> <div>• Isquémico (3)</div>	<div>• Seropositivo (249)</div> <div>• Seronegativo (50)</div>
Edad al diagnóstico (ds)	73,56 (8,35)	59,2 (7,43)
Meses de seguimiento (Q1,Q3)	27 (16,49)	176 (97,256)
Sexo femenino (%)	66,26	75,84
Diabetes Mellitus (%)	28,8	20,48
Hipertensión arterial (%)	60,74	51,2
Dislipemia (%)	48,55	48,59
Neoplasias tras diagnóstico (n)	6	24
Tipo de neoplasia (n):		
<div>• Mama</div> <div>• Pulmón</div> <div>• Próstata</div> <div>• Digestivo</div> <div>• Otros</div>	<div>• 0</div> <div>• 1</div> <div>• 3</div> <div>• 1</div> <div>• 1</div>	<div>• 6</div> <div>• 3</div> <div>• 2</div> <div>• 4</div> <div>• 9</div>
D.I. de neoplasias (100.000 p.a):		
<div>• General</div> <div>• 2 primeros años</div>	<div>• 953</div> <div>• 1527</div>	<div>• 538</div> <div>• 677</div>
Razón de tasas de incidencia (IC 95%):		
<div>• General</div> <div>• 2 primeros años</div>	<div>• 1,77 (1,19-2,62)</div> <div>• 2,25 (0,68-7,58)</div>	

