

Infecciones graves en pacientes con Rituximab y belimumab durante la pandemia: no todo fue COVID-19

B Tejera Segura, J. Hernández Sánchez, D. García Olivas, L. Bausá Gimeno, D. Batista Perdomo, S. Machín García, J. Nóvoa Medina, MA Acosta Mérida, D Botello Corzo, JA Hernández Beriain
1. Sección de Reumatología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria

Introducción: las infecciones graves son una de las principales causas de **morbimortalidad** en los pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (**ERAs**). El tratamiento inmunosupresor (IS), entre otros factores, contribuye a aumentar este riesgo

Objetivos: describir las **infecciones graves** durante el periodo de pandemia y pospandemia de COVID-19 en pacientes con ERAs en tratamiento con **rituximab y belimumab**. Como **objetivo secundario** se estudiaron las diferencias entre pacientes infectados vs no infectados.

Resultados I:

- Un 86% fueron mujeres (n=74) y 14% hombres (n=12). La edad media fue de 49,3 años ($\pm 13,8$). 24 pacientes en tratamiento con belimumab (28%) y 62 con rituximab (72,1%).
- 7 (29,2%) padecieron infecciones graves en el grupo de belimumab y 27 (43,5%) en el grupo de rituximab.
- Un 61,6% padecían otras comorbilidades.
- Se registraron 47 (54,6%) infecciones por COVID-19: 9 (19,1%) graves.
- 10,6% (n=5) presentó infección por otro germen de forma concomitante.

Resultados II

- 35% (n=30) desarrolló una infección grave distinta al COVID-19
- 79% de los pacientes recibió la vacunación frente al COVID-19 (82,6%, 2 dosis; 44,2% 3 dosis y 11,6% más de 3 dosis).
- 16 pacientes desarrolló la infección antes de la vacunación vs el 64,6% (n=31) que la presentó después.
- Todas las infecciones graves por COVID-19 salvo un caso (no vacunado) fueron después de la vacunación.

Material y métodos:

- Estudio de cohorte retrospectivo de **86 pacientes con ERAs** (a excepción de la artritis reumatoide) en tratamiento con rituximab o belimumab que padecieron infección grave (infección que requiere hospitalización) en el periodo de 1 marzo de 2020 a 1 enero de 2024.
- Para las variables cualitativas se calcularon la frecuencia y el porcentaje. Se utilizó la prueba t de Student o la prueba U de Mann Whitney para comparar las medias o medianas entre dos grupos en función del tamaño de la muestra. El programa estadístico utilizado fue STATA MP-Parallel Edition 17.0.

Resultados III

- 7,2% de los pacientes desarrolló brote leve de su enfermedad en los 12 meses posteriores a la vacuna sin requerir hospitalización en ningún caso.
- Fallecieron 4 pacientes (4,6%) por infección: 2 por COVID-19 y 2 por otro germen.

Tabla 1. Diferencias demográficas y clínicas entre pacientes con infección vs no infección grave.

	No infección grave N (%) 52 (60,1)	Infección grave N(%) 34(39,5)	Valor p
Edad	48 (13,8)	52(14,3)	0,162
Sexo	44 Mujeres (84,6)	30 Mujeres (88,2)	0,636
Tipo de ERAs	24 (46,1) LES 11 (21,1)Vasculitis ANCA 16(30,8)OtrasConectivopatías 1 (1,9) Miopatías	15 (44,1) LES 4 (11,8) Vasculitis ANCA 8(23,5)OtrasConectivopatías 7 (20,6) Miositis	0,027
Comorbilidades	27 (52)	26 (76,4)	0,022
Vacunación frente al COVID-19	49 (94,2)	30 (88,2)	0,32
Tratamiento con Belimumab	17 (32,7)	7 (20,6)	0,221
Tratamiento con rituximab	35 (67,3)	27 (79,4)	0,221
FAMES	49 (94,2)	31 (91,2)	0,587

Tipo de FAMES	Metotrexato 35 (67,3) Leflunomida 8 (15,4) Azatriopina 22 (42,3) Micofenolato Mofetilo 21 (40,4)	Metotrexato 24 (70,6) Leflunomida 7 (20,6) Azatriopina 17 (50) Micofenolato Mofetilo 14 (41,2)	0,749 0,534 0,484 0,942
Prednisona (en algún momento)	39 (75)	31 (91,2)	0,059
Ciclofosfamida (en algún momento)	19 (36,5)	8 (23,5)	0,183
Otros inmunosupresores*	5 (9,6)	11 (32,3)	0,008
Mortalidad	2 (3,8)	4 (11,8)	0,159
Linfopenia	9 (17,3)	8 (23,5)	0,479
Déficit IgG	9 (17,3)	10 (29,4)	0,161
Depleción de cél B	22 (42,3)	20 (58,8)	0,163
* Tacrolimus, Ciclosporina, Tocilizumab, Eculizumab, Adalimumab, avacopan			

Conclusiones

En esta serie de pacientes con terapias dirigidas frente al linfocito B fue más prevalente la infección grave no COVID-19 en el periodo pospandemia. Entre otros factores ya conocidos, el tipo de ERAs se asoció a infección grave así como las comorbilidades y determinado tratamiento IS.

