

EFICACIA Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN DE REMISIÓN EN ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

PABLO CASTRO, MARÍA SANCHEZ-WONENBURGER, ALBA MATA, JOSÉ LUIS PUGA, IRENE ÁLVAREZ, ELISA CAMPOS, RAQUEL DOS-SANTOS, EVA PÉREZ-PAMPÍN, JOSÉ RAMÓN MANEIRO, ANTONIO MERA. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela



INTRODUCCIÓN

- La arteritis de células gigantes (ACG) es una vasculitis sistémica que afecta a los vasos de gran calibre y que produce una gran morbilidad y mortalidad en los pacientes desde el comienzo de la enfermedad.
- Existen dos pautas de corticoides utilizadas para el inicio del tratamiento: los pulsos de metilprednisolona (pMP) o la terapia con prednisona oral (PRDo), que se deciden según la clínica y las características del paciente.
- En este estudio se pretende valorar la eficacia del tratamiento de ambas terapias, así como su impacto en el desarrollo de nuevas comorbilidades o complicaciones en nuestros pacientes

MATERIAL Y MÉTODOS

- Se realiza un estudio observacional retrospectivo de los pacientes dados de alta en Reumatología entre junio de 2017 y junio de 2022 con el diagnóstico de ACG.
- Se analiza la eficacia del tratamiento con pMP y de PRDo, a los 6 meses y al año.
- Se analizan los eventos adversos que aparecieron posteriormente al tratamiento

RESULTADOS

- Los datos demográficos de la población se describen en la **tabla 1**.
- 15 (50%) pacientes han recibido tratamiento con pMP, mientras que 15 han recibido terapia con PRo. 12 (40%) recibieron tratamiento concomitante con metotrexato y en 1 (3,3%) caso se utilizó tocilizumab intravenoso.
- La evolución clínica de los pacientes se describe en la **imagen 1**.
- No existieron diferencias significativas en la evolución de los reactantes de fase aguda (VSG y PCR) entre los pacientes que recibieron terapia inicial con PRo o pMP ($p > 0,05$) a los 6 y 12 meses. Tampoco se encontraron en el número de pacientes que alcanzaron la remisión ($p = 0,7$), remisión libre de corticoide al año de tratamiento ($p = 0,1$) o número de recidivas ($p = 0,9$).
- Las comorbilidades previas y posteriores al tratamiento se exponen en la **tabla 2**.
- No encontramos diferencias significativas en el número de nuevos diabéticos ($p = 0,299$), de nuevos hipertensos ($p = 0,05$), de nuevas fracturas por fragilidad ($p = 0,241$), infecciones que requiriesen ingreso ($p = 0,659$) ni en mortalidad ($p = 0,50$) según el tratamiento recibido.

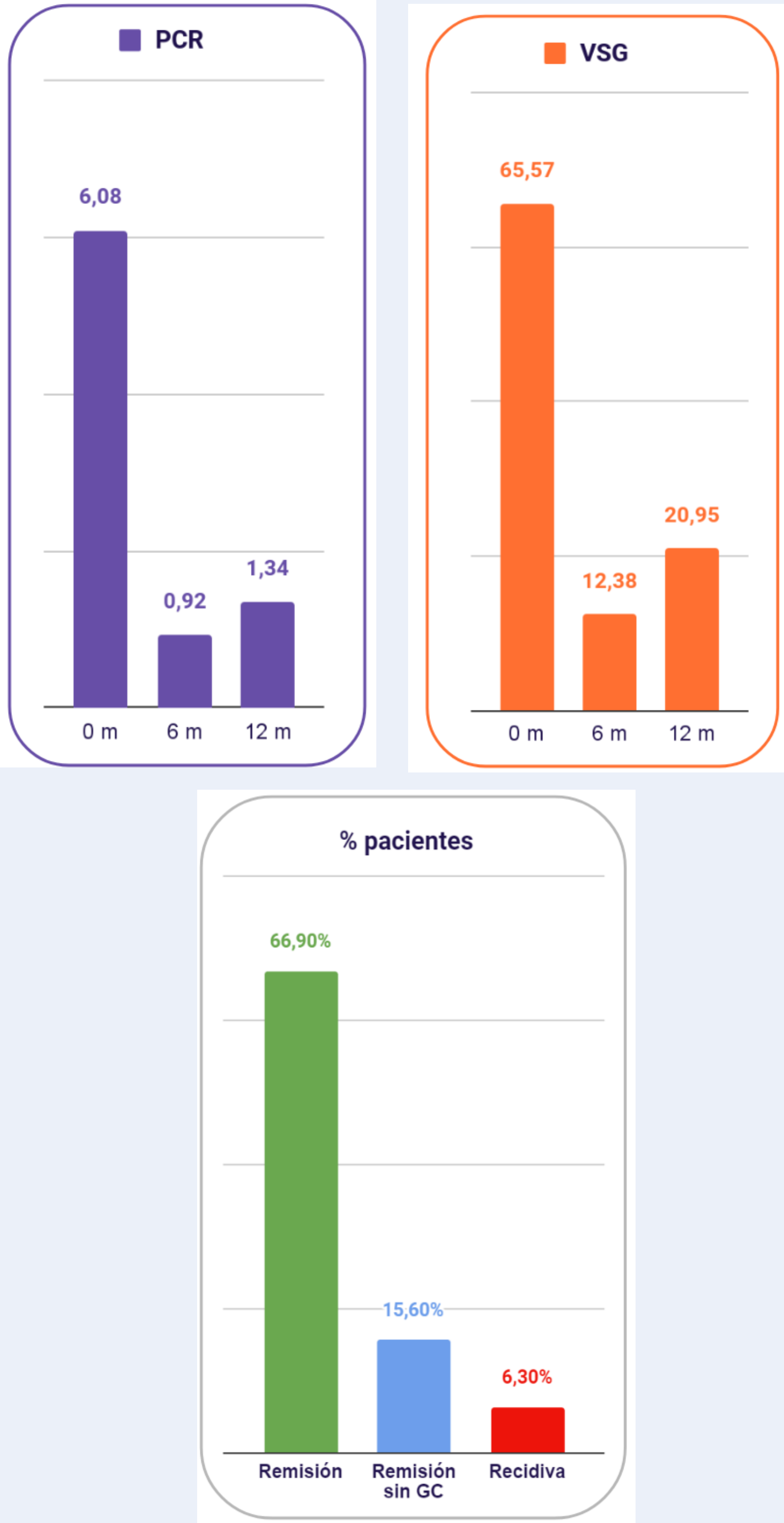


Imagen 1. Evolución clínica al año del tto

Sexo	
Hombre	9 (30%)
Mujer	21 (70%)
Edad al diagnóstico	
80,86 (5,21)	
Motivo de consulta	
Alteración visual	17 (56,7%)
Cefalea	7 (23,3%)
Síndrome general	3 (10%)
Síndrome polimiálgico	2 (6,7%)
Diagnóstico incidental	1 (3,3%)
Hábitos tóxicos	
Consumo perjudicial de alcohol	1 (3,3%)
Tabaquismo	4 (13,3%)

Tabla 1. Datos demográficos de la muestra

Comorbilidades	Previas tto	Posteriores tto	p value
Diabetes mellitus	7 (23,3%)	11 (36,6%)	0,04
Hipertensión arterial	21 (70%)	25 (13,3%)	0,326
Dislipemia	17 (56,7%)	17 (25,7%)	N/A
Fractura por fragilidad	1 (3,6%)	2 (7,2%)	0,32

Tabla 2. Comorbilidades anteriores y posteriores al tratamiento (incluye casos anteriores)

CONCLUSIONES

- Los resultados de este estudio son similares a lo descrito actualmente en la literatura científica acerca de la eficacia de ambas terapias de inducción en ACG.
- No existen tampoco diferencias aparentes en los eventos adversos y comorbilidades tras el tratamiento entre los dos grupos estudiado.