



<https://www.revclinesp.es>

IF-041 - FACTORES DE RIESGO DE RECIDIVA EN LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES (ACG). REGISTRO REVAS (GEAS-SEMI)

*R. Solans-Laque¹, B. Escalante², E. Fonseca³, G. Fraile⁴, A. Martínez-Zapico⁵, M. Monteagudo⁶, S. Prieto⁷ y M. Abdilla⁸
M. Conesa, J. Laso, J. Mestre, B. Gracia, B. de Miguel y E. Calvo en representación del Grupo de Trabajo REVAS*

¹Medicina Interna. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona. ²Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ³Medicina Interna. Hospital de Cabueñas. Gijón (Asturias). ⁴Medicina Interna. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁵Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). ⁶Medicina Interna. Parc Taulí. Sabadell (Barcelona). ⁷Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. ⁸Medicina Interna. Hospital Universitario de La Ribera. Alzira (Valencia).

Resumen

Objetivos: Analizar posibles factores de riesgo de recaída en pacientes con ACG. Se consideró recaída cuando el paciente refería síntomas clínicos y/o elevación de reactantes de fase aguda que requirieron inicio o modificación del tratamiento.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, longitudinal, retrospectivo, en el que se analizaron pacientes con ACG confirmada mediante biopsia de arteria temporal (BAT), diagnosticados en 12 Hospitales españoles, entre enero de 1990 y enero de 2017, incluidos en el Registro Español de Vasculitis Sistémicas (REVAS). Se analizaron datos epidemiológicos, clínicos y analíticos al diagnóstico, hallazgos histológicos y el tratamiento recibido.

Resultados: Se analizaron 682 pacientes (edad media $75,6 \pm 7,4$ años, 69,3% mujeres), con un seguimiento medio de $86,8 \pm 70,3$ meses. Un 53,8% presentaban HTA, 19,7% DM y 28% DL. Los síntomas más frecuentes al debut fueron: cefalea (80,1%), sd. tóxico (52,6%), PMR (44%) y claudicación mandibular (43,1%). Un 19,7% presentó perdida permanente de visión. La AT se hallaba engrosada uni o bilateralmente en 52,6% de los casos y era menos pulsátil en 51,2%. Un 30,4% de los pacientes sufrieron 1 o más recaídas. Los síntomas más frecuentes fueron PMR (49,7%) o cefalea (27,7%). Se halló relación significativa entre la presencia de PMR al debut y el riesgo de recidiva ($p = 0,001$, OR 1,99), AIT al debut y riesgo de recidiva ($p = 0,036$, OR 2,93), y los siguientes hallazgos histológicos en la BAT: infiltrado linfoplasmocitario ($p = 0,001$, OR 2,26), hiperplasia intimal ($p = 0,005$, OR 1,79), y disruptión de la lámina elástica ($p = 0,006$, OR 1,8). Las recaídas fueron más frecuentes en mujeres ($p = 0,038$, OR 1,65) y en pacientes con DM ($p = 0,021$, OR 1,63). No se halló relación entre la edad al diagnóstico, la presencia de anemia o trombocitosis, la administración inicial de pulsos de metilprednisolona o de metotrexate, y el riesgo de recaídas. Tampoco se halló entre la aparición de recaídas y la muerte.

Discusión: En nuestra serie un 30,4% de los pacientes sufrió 1 o más recidivas, porcentaje similar al descrito en otras series (1,2). Las recidivas fueron más frecuentes en mujeres, en pacientes con antecedentes de DM, y en los pacientes con PMR al debut. En otras series, se ha descrito un mayor riesgo de recidivas en pacientes con fiebre y anemia al inicio. Los pacientes con infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, hiperplasia intimal o disruptión de la lámina elástica en la BAT también presentaron más recidivas, sugiriendo una relación

entre la severidad de la inflamación y el curso de la enfermedad, como se ha descrito previamente (2).

Conclusiones: Las recaídas son frecuentes en la ACG, a pesar del tratamiento corticoide. La presencia de signos inflamatorios en la BAT se asocia a un mayor riesgo de recidiva. Se requieren nuevos tratamientos más eficaces.