



IF-070 - ¿ES POSIBLE SUPERAR EL MILIGRAMO/KILO DE PREDNISONA EN LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES (ACG)?

I. Perales¹, T. Álvarez de Espejo², G. Serralta¹, P. Martínez¹, I. Rábago¹ y J. Gómez- Cerezo¹

¹Medicina Interna. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes (Madrid). ²Medicina Interna. Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles (Madrid).

Resumen

Objetivos: El tratamiento clásico de la ACG se basa en el uso en esteroides a dosis altas, permaneciendo en guías de tratamiento y consensos de expertos la dosis de 1 mg/kg/día de inicio. Cada vez más grupos de trabajo propugnan por el uso de dosis más bajas de esteroides por su toxicidad. El objetivo de este estudio fue analizar la respuesta clínica de los pacientes diagnosticados con ACG seguidos en una misma consulta de enfermedades autoinmunes, en los que se indicó dosis de inicio de prednisona más bajas.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de pacientes que cumplieran criterios clasificatorios de ACG de la American College of Rheumatology 1990, de reciente diagnóstico en un hospital con 6 años de historia (2012-2018). La pauta de esteroides de inicio fue de 30 mg diarios de prednisona, precedida de bolos de metilprednisolona, y con un esquema de descenso rápido: 30 mg/d 2 semanas, 20 mg/d 2 semanas, 15 mg/d 2 semanas, 10 mg/d de 2 a 4 semanas y una vez alcanzada dosis de 7,5 mg/d descenso a criterio del médico tratante, junto con la adición o no de metotrexato como ahorrador de esteroides.

Resultados: Se revisaron 12 historias de pacientes diagnosticados de ACG en el periodo de estudio, y se rechazaron 2 por haber iniciado tratamiento con dosis mayores de 30 mg (tratamiento indicado por otro especialista). De los 10 analizados, 70% fueron mujeres con una edad media de $73,5 \pm 6,5$ años. Al debut 10% presentó fiebre, 80% astenia, 80% pérdida de peso, 90% cefalea, 60% claudicación mandibular, 80% claudicación de cinturas, 60% anemia; solo 1 paciente debutó con neuritis óptica isquémica anterior y 3 pacientes (30%) presentaron aortitis al inicio o durante la evolución. Todos tenían elevación de VSG (media 67,5) y PCR (media 7,7 mg/dl). Se realizó biopsia de arterias temporales en todos los pacientes menos en 1, por tener ecodoppler de arteria temporal muy sugestivo de arteritis junto a clínica compatible, resultando diagnósticas el 50% de las mismas. Respecto al tratamiento recibieron bolos de metilprednisolona el 90%, con un rango de dosis entre 375 y 1.500 mg; el 100% inició prednisona a dosis de 30 mg diarios y en 30% se sumó metotrexato. La media de semanas hasta alcanzar dosis de prednisona menor de 10 mg diarios fue de $10,3 \pm 3,2$. Al final del estudio 90% estaban en remisión (entendida como ausencia de clínica, RFA normales y dosis de prednisona 5 mg/d); el tiempo medio hasta alcanzar la remisión fue de 25 meses (rango 12-49). 30% tuvieron un brote que requirió aumento de dosis de esteroides. La dosis acumulada de prednisona fue 2.903 mg (6.900-945 mg). 4 pacientes diabéticos precisaron ajuste de medicación hipoglucemiante, 1 ajuste de tratamiento hipotensor, 2 pacientes tuvieron ganancia de peso y el 50% alguna infección (1 neumonía, 1 herpes zoster, 3 infecciones urinarias). No registrado ningún caso de fractura osteoporótica.

Discusión: Dosis de prednisona más bajas de lo estipulado en guías fueron efectivas, consiguiendo un descenso rápido de dosis, con una tasa de toxicidad aceptable y un porcentaje de remisión clínica del 90%. Estudio con muchas limitaciones por el bajo número de pacientes y al no tener un grupo control, pero que tiene como ventaja ser seguido por un mismo médico en un periodo de tiempo corto.

Conclusiones: Teniendo en cuenta que la ACG afecta a población anciana, que los corticoides tienen una alta tasa de efectos adversos y dados los resultados en ensayos clínicos de nuevas terapias que ahorran esteroides en la ACG, sería deseable la realización de estudios multicéntricos que pudieran confirmar la idoneidad de una pauta de tratamiento con dosis bajas de prednisona.