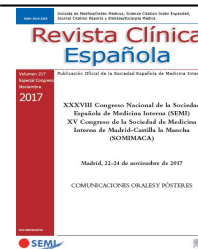




Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

IF-025 - ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS TERAPÉUTICAS DE UNA SERIE DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

L. Marín Lara¹, J. Pagán Escribano², C. Trasancos Escura², J. Vargas Hitos³ y J. Sabio Sánchez³

¹Medicina Interna; ³Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.² Medicina Interna. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia.

Resumen

Objetivos: Analizar las características del tratamiento inmunosupresor de una serie de pacientes con diagnóstico de arteritis de células gigantes (ACG) en seguimiento por la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UEAS) del Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes con ACG en seguimiento en nuestra UEAS. Se revisaron las historias clínicas digitalizadas de pacientes de los últimos 17 años que cumplían criterios de ACG por la American College of Rheumatology (ACR) de 1990. Para el análisis de los datos se empleó el programa de SPSS versión 22.0.

Resultados: Se recogieron un total de 61 pacientes con ACG. Se realizó un análisis por separado de pacientes que recibieron inicialmente dosis altas de corticoides (? 250 mg de metilprednisolona (MTPDN) en bolos seguido de prednisona (PDN)) y otro, de pacientes tratados con dosis inferiores (< 250 mg de MTPDN). Hubo 6 casos (9,54%) con dosis altas de MTPDN con rango entre 250-1.000 mg/bolo. Posterior a los bolos, se introdujo metotrexato (MTX) junto a un descenso progresivo de PDN. Todos los casos presentaron clínica oftálmica, 5 de los cuales asociaron claudicación mandibular y, 4 cefalea. La media de duración de la terapia en los casos que habían finalizado el tratamiento (5) fue de $23,6 \pm 16,37$ meses. Hubo 54 pacientes tratados con dosis inferiores a 250 mg de MTPDN. La media de dosis de PDN inicial fue $35,63 \pm 13,96$ mg/día, con un rango entre 10-60 mg/día. Un total de 21 casos (42,6%) asociaron MTX y, sólo un caso con azatioprina (AZA). En 47 casos (87,1%) fue iniciado el tratamiento por Medicina Interna (9 en UEAs, 3 en U. de Infecciosas y, el resto por internistas generales). Otras áreas de diagnóstico e inicio de corticoides (CTCs) fueron: Urgencias (4), Neurología (2) y Hematología (1). De los 47 casos de los que tenemos registro de la variabilidad en la pauta de CTCs, en sólo 10 casos podemos afirmar que hubo una recaída. Respecto a la duración del tratamiento, 22 casos lo habían finalizado en el momento del estudio, con una mediana de duración de 10 meses (IC95% 8-48), el 50% de casos son tratados entre 5 y 48 meses.

Discusión: El tratamiento de ACG se basa en el uso de CTCs, que en función de la clínica deben administrarse inicialmente bolos de MTPDN a dosis de 0,5-1 g/día durante 3-5 días seguidos de PDN oral en pauta descendente; o bien, iniciarse con PDN oral a dosis de 40-60 mg/día. Por otro lado, está establecido el uso de otros inmunosupresores con objetivo de reducir los efectos secundarios de los CTCs relacionados con el tiempo y la dosis de administración. El más utilizado es el metotrexato, y cada vez más autores apoyan su introducción desde el inicio de la terapia corticoidea. En nuestro estudio, la media de dosis de CTCs fue próxima a la recomendada en las guías, aunque mínimamente inferior, sin que ello refleje un porcentaje

mayor de recaídas respecto a otros estudios. Esto apoya las últimas tendencias de algunos expertos: uso de una mínima dosis eficaz de corticoides y, asociación de otros inmunosupresores.

Conclusiones: 1. El pilar fundamental de tratamiento de la ACG son los corticoides y, como ahorrador de estos, el metotrexato es el más utilizado. 2. En nuestra UEAS, las dos terapias de corticoides son: MTPDN en bolos con dosis media inferior a 1.000 mg/día seguido de PDN en situaciones con alto riesgo (fundamentalmente afectación oftálmica); y, PDN con dosis media inicial de 35 mg/día. Ambas, con descenso gradual de PDN. 3. Varios especialistas abordan la ACG siendo el médico internista general el más habitual al diagnóstico y, en la UEAS durante su evolución. 4. Se trata de tratamientos prolongados, de duración variable.