Reumatol Clin. 2020;16(Espec Cong):406

Reumatología Clínica

https://www.reumatologiaclinica.org

RC051 - ¿CUÁL ES LA NECESIDAD DE ARTROPLASTIA EN LA ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO?

M. Mora Limiñana[1], J. Narváez[1], J. Torres-Ruiz[2], I. Casafont-Solé[3], S. Holgado[3], A. Olivé[3] y J.M. Nolla[1]

[1]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat).[2] Servicio de Reumatología. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran. Ciudad de México (México).[3]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona.

Resumen

Introducción: La enfermedad de Still del adulto (ESA) es una enfermedad autoinflamatoria sistémica poligénica caracterizada por fiebre, artralgias o artritis y rash cutáneo. Según la evolución de la enfermedad la artritis puede llegar a ser erosiva en 1/3 de los pacientes, hallazgo descrito fundamentalmente en artículos previo al inicio de la terapia biológica (TB).

Objetivos: Analizar la necesidad de artroplastia en la enfermedad de Still del adulto (ESA) y los factores asociados con el desarrollo del daño articular grave.

Métodos: Estudio observacional multicéntrico de una cohorte histórica de pacientes con ESA atendidos en 3 hospitales de tercer nivel (2 hospitales españoles y 1 mexicano) durante un período de 35 años (1985-2019). El diagnóstico de ESA se estableció en base a los criterios de clasificación de Yamaguchi et al (J. Rheumatol. 2991;19:4245-30). Se realizó el análisis estadístico mediante el programa SPSS, versión 25.

Resultados: Se han incluido 89 pacientes, cuyas principales características se resumen en la tabla 1. El tiempo total de seguimiento desde el diagnóstico de la ESA (mediana) fue de 7 años (RIQ 25-75%, 4-16) con un total de 787,5 pacientes-año. Al final del período de seguimiento, 11 pacientes (12,4%) presentaba daño estructural grave y de ellos 7 (8%) había precisado 1 o más artroplastias de cadera o de rodilla, tal y como se muestra en la tabla 2. Los factores asociados al desarrollo de daño articular grave fueron la edad joven al diagnóstico (p = 0,041), el tiempo de evolución prolongado (p = 0,002), presentar un curso crónico de la enfermedad frente al monofásico o al policíclico (p = 0,001), el desarrollo de amiloidosis secundaria (p = 0,039), y la necesidad de iniciar tratamiento con 1 o más TB (p = 0,029) para el control de la actividad articular de la enfermedad (p = 0,011). Además, el 80% de los pacientes con daño articular grave se diagnosticaron antes del año 2007 (p = 0,018) fecha en la que se empezó a utilizar la TB para el tratamiento de esta enfermedad en indicación fuera de ficha técnica.

Tabla 1. Características basales N = 89 (%)

Edad al dx (media ± DE, años): 35 ± 1,6	Sexo femenino: 55 (63,8%)

Con daño estructural: 27 ± 4,1

Sin daño estructural: 36 ± 1,6

Etnias

Caucásico: 47 (53,4)

Latinoamericano: 39 (44,3)

Subsahariano: 1(1,1)

Africano: 1(1,1)

Curso

Monoepisódico: 35 (39,8)

Policíclico: 36 (40,9)

Crónico: 17 (19,3)

Artralgia: 82 (93,2)

Odinofagia: 58 (65,9)

Artritis: 66 (75)

Mialgia: 34 (48,6)

Pleuritis: 17 (19,3)

Pérdida de peso: 14 (15,9)

Hepatomegalia: 17 (19,3)

Índice Pouchot ? 7: 21 (23,9)

7: 64 (72,7)

Ferritina ? 3000: 36 (40,9)

FR positivo: 4 (4,5)

Fiebre: 85 (96,6)

Rash: 75 (85,2)

Adenopatías: 45 (51,1)

Neumopatía: 5 (5,7)

Pericarditis: 10 (10,8)

Dolor abdominal: 11 (12,5)

Esplenomegalia: 20 (22,7)

Alteración enzimas hepáticas: 45 (51,1)

Leucocitosis ? 15000: 48 (54,5)

ANA positivo: 14 (15,9)

1699-258X © 2020. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados

Mortalidad (todas las causas): 6 (6,8)	Mortalidad asociada ESA: 2 (2,3)
Tratamiento:	Complicaciones graves: 10 (11,4)
AINES: 46 (52,3)	Dermatosis atípica (11,4%)
Corticosteroides: 64 (72,7)	Linfohistiocitosis hemofagocítica (8%)
FAME: 38 (43,2)	Cardiopulmonar (4,4%) (miocarditis, taponamiento, EPI, HAP)
? 2 FAME: 16 (18,2)	Renal (4,5%)
TB: 28 (31,8)	Amiloidosis (3,4%)
TB ? 2:13 (14,8)	Meningitis aséptica (1,1%)
	PTT (1,1%)

Tabla 2. Tipo de prótesis	N = 7 (%)
Ninguna	82 (92,1)
Cadera unilateral	2 (2,2)
Rodilla unilateral	1 (1,1)
Cadera bilateral	2 (2,2)
Cadera bilateral y rodilla unilateral	1 (1,1)
Cadera y rodilla bilateral	1 (1,1)

Conclusiones: El 8% de los pacientes con ESA acaba necesitando ? 1 artroplastia de cadera o rodilla. En nuestra serie, la mayoría de los pacientes que han desarrollado daño articular grave fueron diagnosticados hace más de 12 años. Los cambios producidos en el abordaje terapéutico de la ESA en los última década, principalmente el uso de TB en los casos refractarios al tratamiento estándar así como mayor conocimiento de la etiopatogenia de la enfermedad, parecen tener un impacto positivo en la necesidad de cirugía de

1699-258X © 2020. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados

reemplazo articular.

1699-258X © 2020. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados