

ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS Y EDAD AVANZADA: Forma de presentación, evolución y supervivencia en pacientes con Esclerosis Sistémica y en pacientes con Síndrome de Sjögren.

Dra. C. Pérez Bocanegra
Unidad Enfermedades autoinmunes sistémicas
Unidad Geriatria
Servicio de M. Interna
Hospital Vall d'Hebron
Barcelona

ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS Y EDAD AVANZADA

- **INTRODUCCIÓN:** Enfermedades autoinmunes y edad avanzada.
- **ESCLEROSIS SISTÉMICA O ESCLERODERMIA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA:**
Supervivencia y diferencias con pacientes de menor edad.
- **SÍNDROME DE SJÖGREN EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA:** supervivencia y diferencias con pacientes de menor edad.
- **SUMARIO**

EAS Y ENVEJECIMIENTO

↓ **RESERVAS**



VULNERABILIDAD

FRAGILIDAD SISTEMA INMUNE = INMUNOSENESCENCIA

INFECCIONES

NEOPLASIAS

ENFS. AUTOINMUNES

EAS Y ENVEJECIMIENTO

Fatiga
Sarcopenia/Debil
musc.

FRAGILIDAD

COMORBILIDAD

DISCAPACIDAD

EAS +

- DM
- IC
- IR
- EPOC

POLIFARMACIA

RAM



EAS Y ENVEJECIMIENTO

❑ Envejecimiento progresivo de la población con mayor esperanza de vida.

❑ Mejora en diagnóstico y tto. de EAS.

> Proporción
pacientes de edad
avanzada con EAS

- ❑ Su presentación en edad avanzada es más atípica e insidiosa
- ❑ Se asocian más a neoplasias
- ❑ Existen “factores de confusión” asociados a la edad:
 - ↑ prevalencia de autoanticuerpos
 - disfunción orgánica: XS por ↓ secreción glandular salivar; debilidad muscular asociada a sarcopenia
 - ↑ prevalencia síntomas inespecíficos: artralgias, fatiga
 - Comorbilidad (demencia, DM, HTA, IC)
 - Polifarmacia
- ❑ **EA con mayor prevalencia en edad avanzada:**
 - Dermatitis bullosas, GPA (Wegener), PAM, AT.



Connective tissue diseases, multimorbidity and the ageing lung

Paolo Spagnolo¹, Jean-François Cordier^{2,3} and Vincent Cottin^{2,3,4}

Eur Respir J 2016; 47: 1535–1558 | DOI: 10.1183/13993003.00829-2015

| Disease | Proportion of cases diagnosed after the age of 65 years [#] | Distinguishing features in the elderly |
|--------------------|---|---|
| RA | Approximately 30% [†] Approximately 2% of persons aged 60 years and older are diagnosed with RA | Male sex Acute onset Large joints (e.g. shoulders) more commonly involved Persistently active disease Rapid functional decline Rheumatoid factor less frequently detected |
| SSc | Approximately 10% | Higher prevalence of anticentromere antibodies Increased risk of pulmonary hypertension, muscle weakness, renal impairment and cardiac disease Reduced risk of digital ischaemia and less severe Raynaud's phenomenon |
| SS | Between 5% and 10% | Often difficult to distinguish from age-related exocrine gland pathology and drug-induced ocular and oral dryness Sex distribution, disease duration, ocular and oral symptoms, and diagnostic test positivity not significantly different between adult- and early-onset primary SS |
| SLE | Approximately 10–20% | More benign disease Higher prevalence of serositis, sicca syndrome, lung involvement and drug-induced lupus Lower prevalence of malar rash, discoid lupus and glomerulonephritis Lower prevalence of anti-double-stranded DNA and hypocomplementaemia Higher rate of positive rheumatoid factor and anti-Ro/SSA and anti-La/SSB |
| PM/DM | <10% | Difficult to distinguish from age-related fatigue or joint pain Higher erythrocyte sedimentation rate, and levels of C-reactive protein, fibrinogen and ferritin Oesophageal involvement common Higher risk of malignancy (particularly with DM) |
| MCTD AS | Rare Uncommon | Poorly defined More severe disease Cervical spine involvement and arthritis of the upper and lower limbs more common Radiological abnormalities difficult to distinguish from changes induced by ageing |

EAS Y RIESGO DE DEMENCIA??

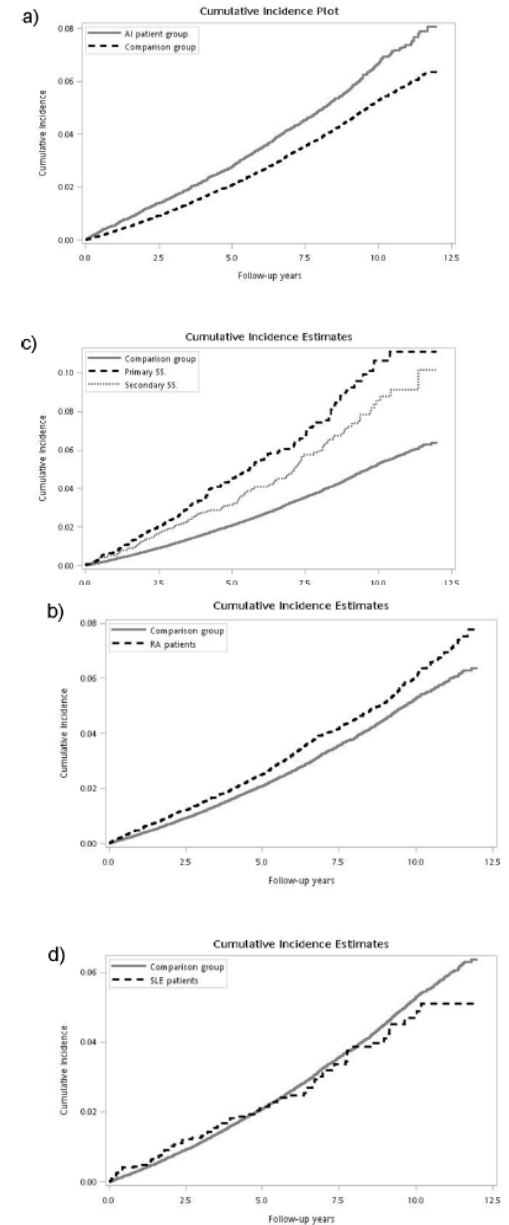
Autoimmune rheumatic diseases increase dementia risk in middle-aged patients: A nationwide cohort study

Tzu-Min Lin¹, Wei-Sheng Chen², Jau-Jiuan Sheu^{3,4}, Yi-Hsuan Chen⁵, Jin-Hua Chen⁶, Chi-Ching Chang^{1,7}

PLOS ONE | <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186475> January 5, 2018

Table 3. Incidence of dementia and Cox model results for the ARD patient group and comparison group.

| Characteristics | N | Event (%) | Incidence§ | Adjusted HR ^a (95 |
|--------------------|--------|-------------|------------|------------------------------|
| All | | | | |
| Comparison group | 138640 | 4280 (3.09) | 48.43 | 1.00 |
| All ARD patients | 34660 | 1305 (3.77) | 63.08 | 1.23 (1.15–1.31)*** |
| RA | 19556 | 713 (3.65) | 58.07 | 1.14 (1.06–1.32)** |
| SLE | 3062 | 82 (2.68) | 46.32 | 1.07 (0.86–1.34) |
| SS | 8449 | 408 (4.83) | 87.11 | 1.46 (1.32–1.63)*** |
| Primary SS | 4756 | 238 (5.00) | 95.96 | 1.35 (1.18–1.54)*** |
| Secondary SS | 3693 | 170 (4.60) | 77.14 | 1.67 (1.43–1.95)*** |
| Other ARDs | 3593 | 102 (2.84) | 52.11 | 1.21 (0.99–1.48) |
| Age < 65 | | | | |
| Comparison group | 96722 | 828 (0.86) | 12.98 | 1.00 |
| All ARD patients | 24188 | 259 (1.07) | 16.81 | 1.16 (1.00–1.33)* |
| RA | 13417 | 142 (0.79) | 15.78 | 1.08 (0.90–1.29) |
| SLE | 2299 | 17 (0.74) | 11.70 | 0.88 (0.54–1.42) |
| SS | 5802 | 79 (1.36) | 23.47 | 1.57(1.24–1.98) *** |
| Primary SS | 3057 | 37 (1.21) | 22.39 | 1.49(1.07–2.07)* |
| Secondary SS | 2745 | 42 (1.53) | 24.51 | 1.64 (1.20–2.25)** |
| Other ARDs | 2670 | 21 (0.79) | 13.23 | 0.95 (0.61–1.47) |
| Age ≥ 65 | | | | |
| Comparison group | 41918 | 3452 (8.24) | 140.50 | 1.00 |
| All ARD patients | 10472 | 1046 (9.99) | 198.00 | 1.25 (1.16–1.34)*** |
| RA | 6139 | 571 (9.30) | 174.17 | 1.15 (1.06–1.26)** |
| SLE | 763 | 65 (8.52) | 205.06 | 1.19 (0.93–1.53) |
| SS | 2647 | 329 (12.43) | 249.74 | 1.45(1.30–1.63) *** |
| Primary SS | 1699 | 201 (11.83) | 242.92 | 1.35 (1.17–1.55)*** |
| Secondary SS | 948 | 128 (13.50) | 261.27 | 1.66 (1.39–1.99)*** |
| Other ARDs | 923 | 81 (8.52) | 218.88 | 1.33 (1.06–1.66)* |



LES

- LES del "viejo" (> 50 a)
- 10-20% de los pacientes con LES
- Varones : Mujeres (4:1)
- Diagnóstico difícil
- Clínica insidiosa y atípica: Retraso Dx
- Menor prevalencia de rash malar, fotosensibilidad, alopecia, vasculitis cutánea, FR, manifest. neuropsiq, adenopatias, nefritis lúpica
- Mayor prevalencia de serositis, EIP, SS y síntomas musculoesqueléticos
- títulos bajos de anti-DNA
- mayor prevalencia anti-Ro y anti-La
- menor prevalencia de anti-Sm, anti-RNP
- mayor incidencia de a-PL
- menor hipocomplementemia



Difference in Clinical and Immunological findings of systemic lupus erythematosus related to age. Hashimoto H et al. J Rheumatol 1987; 14:497-50.

Late-onset systemic lupus erythematosus: a personal series of 47 patients and pooled analysis of 741 cases in the literature. Boddaert J et al. Medicine (Baltimore) 2004; 83: 348-59

MIOPATIA INFLAMATORIA EN EDAD AVANZADA

- **DM/PM > 70 a: 6-20%**
- **Manifestaciones más frecuentes:**
 - **sd. constitucional**
 - **disfagia**
 - **poliartralgias/poliartritis**
 - **afección cardiopulmonar**
- **Mayor asociación a neoplasias**
- **Mayor morbi-mortalidad que en adultos jóvenes (neoplasias)**
- **Curso mas crónico**
- **DD miopatías:**
 - **fármacos (estatinas, corticoides, fibratos, colchicina, cimetadina)**
 - **tóxicos (alcohol)**
 - **endocrinopatias (tiroides, DM)**
 - **infecciones**



MIOSITIS POR CUERPOS DE INCLUSIÓN (IBM)

- Miopatía inflamatoria más frecuente en el anciano (H/M: 2-3:1)
- Sospecha diagnóstica:
 - PM con mal curso clínico y mala respuesta al tratamiento
 - PM "crónica", "atípica"
 - asimétrica, distal 50%
 - atrofia cuádriceps (caídas)
 - EMG "mixto" (30% neuropático)



Kenneth S. Myopathies in the elderly. Rheum Dis Clin North Am 2000; 26: 647-672

Tawil R, Griggs RC. Inclusion body myositis. Curr Opin Rheumatol 2002;14:653-657.

VASCULITIS EN EDAD AVANZADA

- Edad factor de mal pronóstico vital y funcional
- Ajustar el tratamiento inmunosupresor
- Mas complicaciones infecciosas
- Otras complicaciones
 - Cardiovasculares (AVC, IAM)
 - Osteoporosis, DM



Rheum Dis Clin N Am
33 (2007) 177–195

RHEUMATIC
DISEASE CLINICS
OF NORTH AMERICA

Vasculitis in the Geriatric Population

Carol A. Langford, MD, MHS

- Arteritis de la temporal
- PAN
- GPA, PAM, GEPA
- Vasculitis secundarias

Paraneoplastic Vasculitis in Patients with Solid Tumors: Report of 15 Cases

ROSER SOLANS-LAQUÉ, JOSEP ANGEL BOSCH-GIL, CARMEN PÉREZ-BOCANEGRA,
ALBERT SELVA-O'CALLAGHAN, CARMEN P. SIMEÓN-AZNAR, and MIQUEL VILARDELL-TARRES

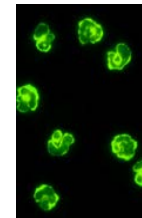
VASCULITIS ANCA + Y EDAD AVANZADA

234 p vasculitis ANCA +
99 (42%) p. > 65 a.

- ANCA-MPO mas prevalentes en mayores.
- Mayores mas PAM y menos GPA y vasculitis renal.
- Afección pulmonar mas prevalente y mas grave en mayores.
- Predisposicion en mayores a infecciones pulmonares.
- Afección renal mas grave y con peor pronóstico.
- Menor supervivencia

**PACIENTES MAYORES MENOR
RESPUESTA A TTO
INMUNODEPRESOR ??**

Enf. mas activa y grave
Menor intensidad tto



VASCULITIS

Wegener's Granulomatosis in the Elderly*

*Sonja S. Krafcik, MD; Randal B. Covin, MD;
Joseph P. Lynch III, MD, FCCP; and
Robert G. Sitrin, MD, FCCP*

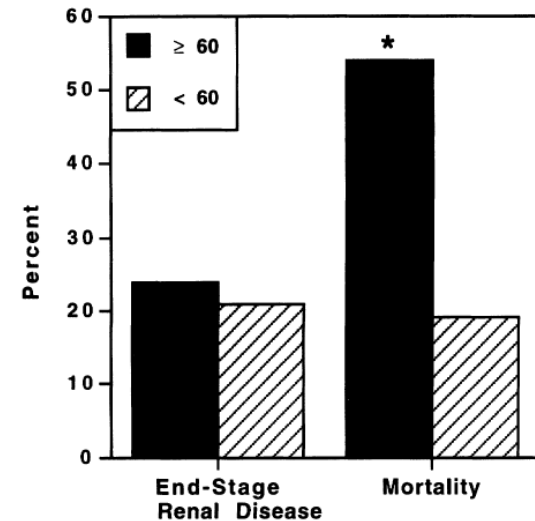
(CHEST 1996; 109:430-37)

33 p. \geq 60 a.

34 p < 60 a.

\geq 60 a.:

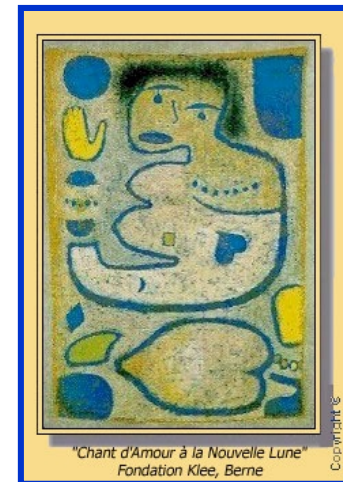
- ✓ < Afección tracto resp sup
- ✓ I. renal más frec al Dx, 64 vs 35%.
- ✓ Afecc. SNC más frec, 27 vs. 6%.
- ✓ > Mortalidad (Infecciones)



ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS Y EDAD AVANZADA: Forma de presentación, evolución y supervivencia en pacientes con Esclerosis Sistémica y en pacientes con Síndrome de Sjögren

- INTRODUCCIÓN: Enfermedades autoinmunes y edad avanzada.
- OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN
- **ESCLEROSIS SISTÉMICA O ESCLERODERMIA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA: Supervivencia y diferencias con pacientes de menor edad.**
- SÍNDROME DE SJÖGREN EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA: supervivencia y diferencias con pacientes de menor edad.
- SUMARIO

ESCLEROSIS SISTÉMICA (ES) O ESCLERODERMIA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA, SUPERVIVENCIA Y DIFERENCIAS CON PACIENTES DE MENOR EDAD



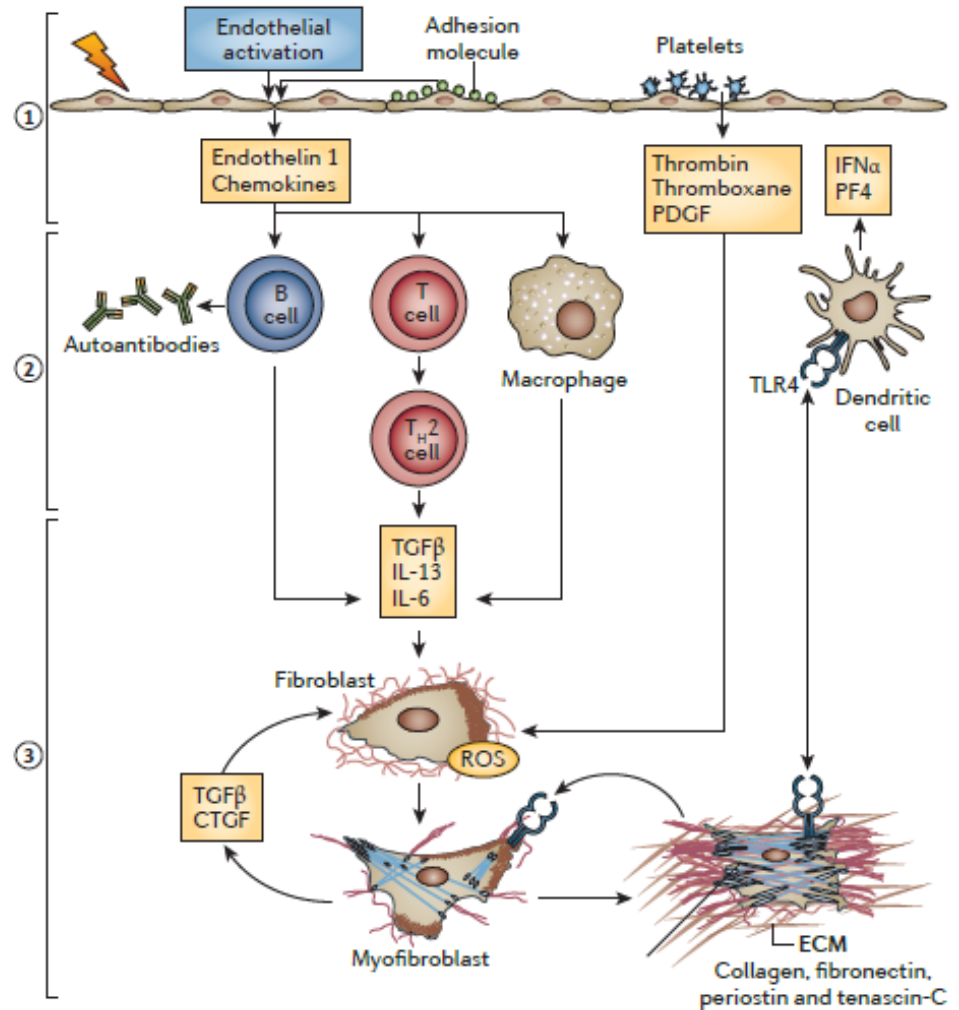
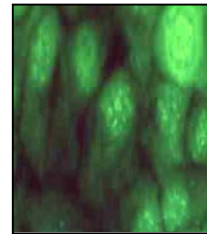
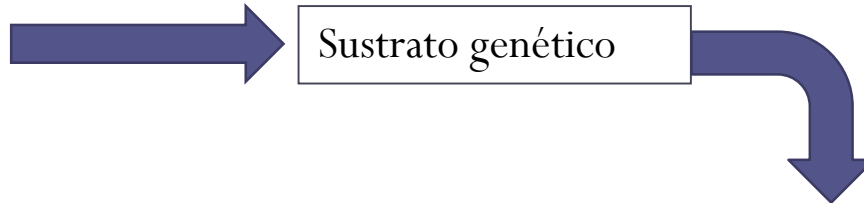
Perez-B C, Solans R, Simeon CP, Campillo M, Fonollosa V, Vilardell M. Age related survival and clinical features i systemic sdlerosis patients older or younger than 65 at diagnosis . Rheumatology 2010;49:1112-7

ETIOPATOGENIA

ES, INTRODUCCIÓN

Factores lesivos

Virus
 Células T citotóxicas
 Acs. Citotóxicos
 Acs. Anti-cel. Endotelial
 Sustancias químicas
 Silicona
 Isquemia/Reperusión
 ¿?



ES Y EDAD AVANZADA

INCIDENCIA ??

**EUSTAR/EULAR, 1.44% ES inicio
≥ 75 a:**

- ✓ Menos demora diagnóstica.
- ✓ Mas prevalente ES-limitada.
- ✓ Mas ACA.
- ✓ Menor prevalencia úlceras digitales.
- ✓ Mayor % HTP, HTA, bloqueos cardíacos, DDVI.
- ✓ Mayor mortalidad.

Rheumatology 2011;50:161-5

RESCLE (> 60 a):

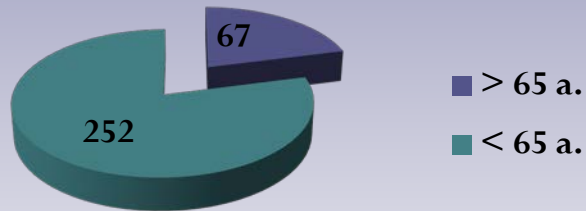
- ✓ Mayor prevalencia ES-limitada.
- ✓ Menor frecuencia de úlceras digitales.
- ✓ Mas alteraciones de la conducción cardíaca.
- ✓ Mayor prevalencia de HTA y de HTP.
- ✓ Mas ACA.
- ✓ Menor demora diagnóstica.
- ✓ Mayor mortalidad que población de mismo sexo y edad (SMR 1,78; IC 95%, 1,17-2,39).

Medicine 2014;93:73-81.

RESULTADOS HVH

ANÁLISIS DESCRIPTIVO MAYORES DE 65 AÑOS.

319 pacientes con ES



- 67 (21%) pacientes ≥ 65 años al diagnóstico (RESCLE: 18% ≥ 60 a).
- Edad media 71,7 años (65-98).
- 61 (91%) mujeres, 6 (9%) hombres.

Fenómeno de Raynaud primer síntoma en 64 (95.5%) pacientes.
 Tiempo medio entre inicio de FR y el diagnóstico de ES = 10,7 a. (12,6; -0,34 a 56,5)

AFECCIÓN CUTÁNEA Y VASCULAR PERIF.
 Úlceras isquémicas dedos en 27/67 (40,3%).
 Telangiectasias en 50/67 (74,6%).
 Calcinosis en 9/67 (13,4%).

| Subtipos ES | ≥ 65 a. (n=67) n (%) |
|-------------|---------------------------|
| Limitada | 50 (74,6%) |
| Difusa | 5 (7,5%) |
| Sine ES | 11 (16,4%) |
| Pre-ES | 1 (1,5%) |

Diferencias significativas en subtipos clínicos de ES asociadas a la edad (75%)

EULAR: 74% en ≥ 75 a.

RESCLE: 67.5% en ≥ 60 a.

RESULTADOS HVH

ANÁLISIS DESCRIPTIVO MAYORES DE 65 AÑOS.

| Afección sistémica | ≥65 a. (n=67) n (%) |
|--------------------|---------------------|
| Musculoesquelética | 40 (59,7%) |
| Gastrointestinal | 45 (67,2%) |
| Esofágica | 29 (43,3%) |
| Pulmonar | 58 (86,6%) |
| EPID | 43 (64,2%) |
| HAP | 19 (28,4%) |
| Cardíaca | 47 (70,1%) |
| Alts. conducción | 21 (31,3%) |
| Renal | 4 (6%) |
| S. Seco | 25 (37,3%) |
| Neoplasia | 7 (10,4%) |

| PATRÓN CAPILAROSCOPIA | ≥65 a. (n=67) n (%) |
|--------------------------|---------------------|
| LENTO | 42 (75%) |
| ACTIVO | 9 (16,1%) |
| INDETERMINADO | 5 (8,9%) |

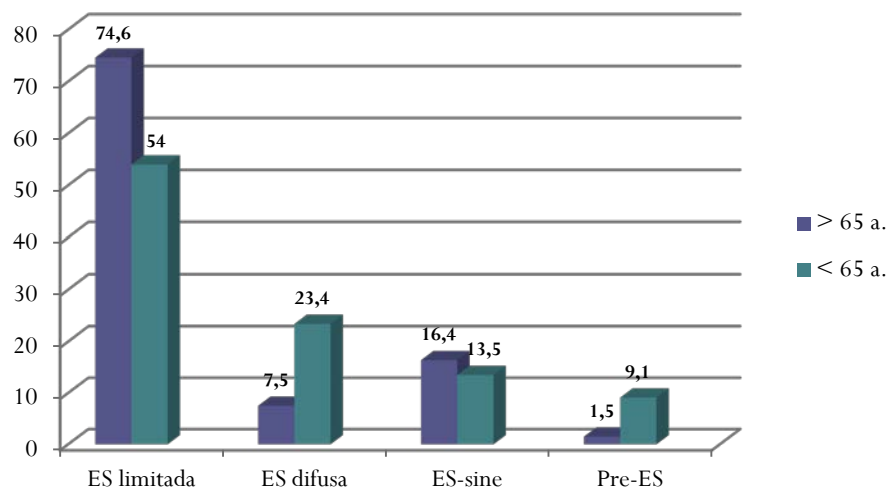
24 (35.8%) FALLECIMIENTOS, CAUSAS:

- IC, 9 pacientes.
- Afección pulmonar ES, 8 pacientes (HTP 5, EPI 2, HTP + EPI 1).
- Afección renal, 2 pacientes.
- Cardiopatía isquémica, 1 paciente.
- Neoplasia, 1 paciente.

RESULTADOS HVH

ESTUDIO COMPARATIVO SUBGRUPO MAYORES VS. JÓVENES

| Subtipos ES | ≥65 a. (n=67) n (%) | <65 a. (n=252) n (%) | p |
|-------------|---------------------|----------------------|-------|
| Limitada | 50 (74,6%) | 136 (54%) | |
| Difusa | 5 (7,5%) | 59 (23,4%) | |
| Sine ES | 11 (16,4%) | 34 (13,5%) | |
| Pre-ES | 1 (1,5%) | 23 (9,1%) | 0,002 |



RESULTADOS HVH

ESTUDIO COMPARATIVO SUBGRUPO MAYORES VS. JÓVENES

- No diferencias en el tiempo entre 1ª manifestación y diagnóstico de ES.
- No diferencias en tiempo medio de seguimiento.
- No diferencias en manifestaciones cutáneo-vasculares.
- Sí diferencias F. Raynaud: 98,5% en ≥ 65 a., 90,5% en < 65 a. ($p=0,037$).

| Afección sistémica | ≥ 65 a. (n=67) n (%) | < 65 a. (n=252) n (%) | p |
|-------------------------|---------------------------|-------------------------|--------------|
| Musculoesquelética | 40 (59,7%) | 180 (71,4%) | 0,075 |
| Gastrointestinal | 45(67,2%) | 190 (75,4%) | 0,211 |
| Esofágica | 29 (43,3%) | 145 (57,5%) | 0,040 |
| Pulmonar | 58 (86,6%) | 186 (73,8%) | 0,034 |
| EPI | 43 (64,2%) | 108 (42,9%) | 0,002 |
| HTP | 19 (28,4%) | 42 (16,7%) | 0,036 |
| Cardíaca | 47 (70,1%) | 125 (49,6%) | 0,004 |
| Alts. conducción | 21 (31,3%) | 46 (18,3%) | 0,027 |
| Renal | 4 (6%) | 17 (6,7%) | 1,000 |
| S. Seco | 25 (37,3%) | 52 (20,6%) | 0,006 |
| Neoplasia | 7 (10,4%) | 14 (5,6%) | 0,167 |

RESULTADOS HVH

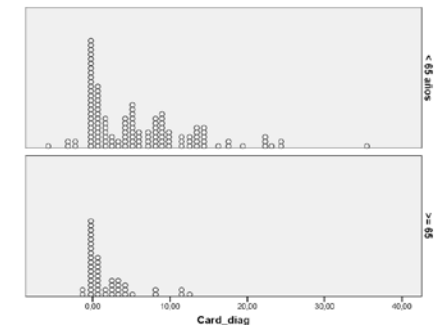
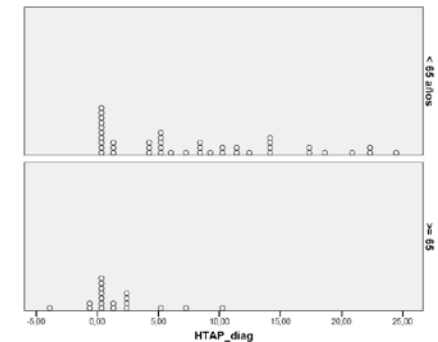
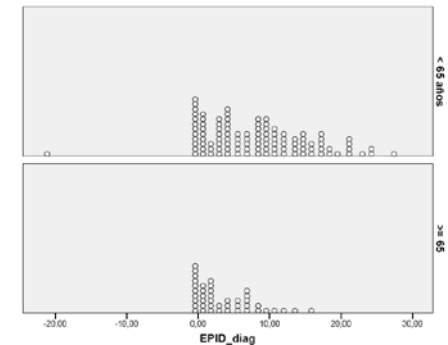
ESTUDIO COMPARATIVO SUBGRUPO MAYORES VS. JÓVENES

Tiempo desde el diagnóstico de ES hasta el inicio de afecciones sistémicas en ≥ 65 y < 65 años de edad.

| Afección sistémica | <65 a. Años (DE) | ≥ 65 a. Años (DE) |
|--------------------|------------------|------------------------|
| EPI | 8,16 (7,4) | 3,80 (4,2) |
| HAP | 8,09 (7,2) | 1,60 (3,1) |
| CRE | 3,54 (4,8) | 1,00 (1,5) |
| Gastrointestinal | 1,61 (4,6) | -0,77 (3,7) |
| Cardíaca | 6,14 (7,0) | 2,01 (3,3) |

Aparición de manifestaciones sistémicas en los 6 primeros meses tras el diagnóstico de ES.

| Afección sistémica | <65 a. Años | ≥ 65 a. Años |
|--------------------|-------------|-------------------|
| EPI | 17 (6,7%) | 15 (22,4%) |
| HTP | 8 (3,2%) | 9 (13,4%) |
| Afecc. Cardíaca | 37 (14,7%) | 24 (35,8%) |



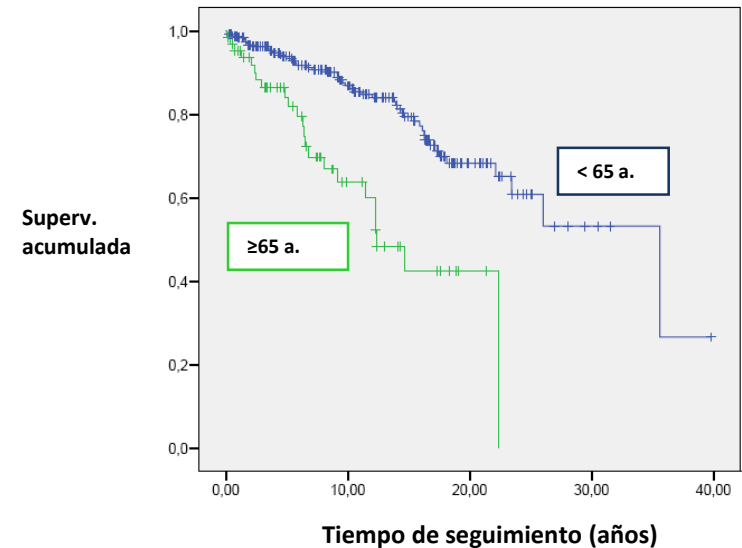
RESULTADOS HVH

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA MORTALIDAD Y SUPERVIVENCIA

MORTALIDAD: 35,8% en ≥ 65 a. vs. 19% en < 65 a., $p=0,005$.

SUPERVIVENCIA MEDIA:

- Total serie 26,5 a.
 - ≥ 65 a. 12,3 a.
 - < 65 a. 35,6 a.
- $p < 0,005$



Supervivencia acumulada a 5, 10, 15 y 20 años pacientes con ES

| Años* | < 65 a. | ≥ 65 a. | Total |
|-------|---------|---------|-------|
| 5 | 0,92 | 0,80 | 0,89 |
| 10 | 0,85 | 0,64 | 0,81 |
| 15 | 0,77 | 0,42 | 0,71 |
| 20 | 0,68 | 0,42 | 0,63 |

Supervivencia a 10 años en pacientes de edad avanzada en RESCLE 81%.

RESULTADOS HVH

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA MORTALIDAD, CAUSAS DE MUERTE Y SUPERVIVENCIA

Ratios de mortalidad estandarizados (SMR) en pacientes con ES.

| | Nº muertes esperado | Nº muertes observado | SMR (IC 95%) |
|------------------------|---------------------|----------------------|---------------|
| Total pacientes | 39,38 | 73 | 1,9 (1,5-2,3) |
| Hombres | 4,97 | 9 | 1,8 (0,8-3,4) |
| Mujeres | 25,58 | 64 | 2,5 (1,9-3,2) |
| < 65 a. | 18,18 | 48 | 2,6 (1,9-3,5) |
| ≥ 65 a. | 21,20 | 25 | 1,2 (0,8-1,7) |
| ES Limitada | 26,76 | 45 | 1,7 (1,2-2,2) |
| ES difusa | 3,53 | 23 | 6,5 (4,1-9,8) |
| ES sine | 7,91 | 5 | 0,6 (0,2-1,5) |

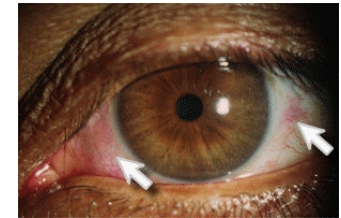
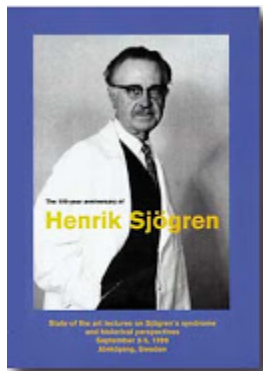
CONCLUSIONES

1. La ES se diagnosticó en edad avanzada en un porcentaje no menospreciable de enfermos.
2. En los pacientes diagnosticados de ES mayores de 65 años el subtipo cutáneo de esclerodermia limitada fue el predominante.
3. La afección pulmonar y cardíaca fueron significativamente más prevalentes en pacientes mayores de 65 años.
4. El porcentaje de enfermos que presentaron afección pulmonar y cardíaca secundaria a la ES en los primeros 6 meses tras el diagnóstico de la enfermedad fue significativamente mayor en los pacientes de más de 65 años.
5. La supervivencia fue inferior en los pacientes mayores.
6. La tasa de mortalidad de los pacientes de edad avanzada con ES no fue mayor a la de la población general de igual edad, a diferencia de los pacientes de menor edad con ES, en los que la tasa de mortalidad sí fue mayor respecto a la población general.

ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS Y EDAD AVANZADA: Forma de presentación, evolución y supervivencia en pacientes con Esclerosis Sistémica y en pacientes con Síndrome de Sjögren

- **INTRODUCCIÓN:** Enfermedades autoinmunes y edad avanzada.
- **OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN**
- **ESCLEROSIS SISTÉMICA O ESCLERODERMIA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA:**
Supervivencia y diferencias con pacientes de menor edad.
- **SÍNDROME DE SJÖGREN EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA:**
supervivencia y diferencias con pacientes de menor edad.
- **SUMARIO**

SÍNDROME DE SJÖGREN EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA: supervivencia y diferencias con pacientes de menor edad.



S. SJÖGREN EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA

S. Seco prevalente en pacientes ancianos:

Xerostomía 30% \geq 65 a.

Prevalencia SS ?? (aprox. 15% de SS Dx \geq 70 a.)

Síntomas inespecíficos:

> Retraso Dx?

Causa de discapacidad

Comorbilidad



RESULTADOS HVH

- 249 PACIENTES SS PRIMARIO. CRITERIOS CONSENSO AMERICANO-EUROPEO 2002.
- 238 (95,6%) MUJERES.
- EDAD: Media 55,9 (14,6)a. Mediana 58 a. 17-92 años.
- TIEMPO MEDIO SEGUIMIENTO: 8,6 (1-20) AÑOS.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO ≥ 65 a.

En el momento del Dx 81 (33,2%) pacientes ≥ 65 a.*
75 (92,6%) mujeres.
S. Seco manifestación inicial en 55 (67,9%).
Xeroftalmia objetiva: 78 (96,3%).
Xerostomía objetiva: 65 (80,2%).
Parotidomegalia: 18 (22,2%)



*otras series 1,4-15%

RESULTADOS HVH

COMPARATIVO ENTRE SUBGRUPOS DE EDAD (≥ 65 a. vs. <65 a.)

| Afeccion extraglandular | ≥ 65 a. (n=81) n (%) | < 65 a. (n=168) n (%) | p |
|-------------------------|---------------------------|-------------------------|-------|
| Neurológica | 14 (17,3%) | 38 (22,6%) | 0,406 |
| Respiratoria | 29 (35,8%) | 46 (27,4%) | 0,187 |
| Bronquiectasias | 17 (21%) | 27 (16,1%) | 0,377 |
| FP | 14 (17,3%) | 20 (11,9%) | 0,426 |
| Hepática | 8 (9,9%) | 22 (13,1%) | 0,538 |
| CBP | 4 (4,9%) | 13 (7,7%) | 0,593 |
| Renal | 4 (4,9%) | 13 (7,7%) | 0,593 |
| Tiroides | 22 (27,8%) | 47 (28%) | 1,000 |
| Fatiga | 34 (42,5%) | 83 (50,3%) | 0,277 |
| Artritis | 16 (19,8%) | 51 (30,5%) | 0,093 |
| Neoplasia | 11 (13,6%) | 16 (9,6%) | 0,384 |
| Linfoma | 8 (9,9%) | 8 (4,8%) | 0,166 |

RESULTADOS HVH

COMPARATIVO ENTRE SUBGRUPOS DE EDAD (≥ 65 a. vs. <65 a.)

| | ≥ 65 a. (n=81) n(%) | < 65 a. (n=168) n(%) | P |
|------------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------|
| AAN | 81 (100%) | 168 (100%) | 1,000 |
| Ac anti-Ro | 44 (54,3%) | 115 (68,5%) | 0,035 |
| Ac anti-La | 21 (25,9%) | 76 (45,2%) | 0,004 |
| FR | 38 (46,9%) | 109 (65,3%) | 0,009 |
| C3 bajo | 4 (5,1%) | 18 (11%) | 0,157 |
| C4 bajo | 5 (6,3%) | 13 (8,1%) | 0,796 |
| Anemia | 22 (27,2%) | 48 (28,6%) | 0,881 |
| Leucopenia | 11 (13,6%) | 51 (30,4%) | 0,005 |
| Linfopenia | 13 (16%) | 34 (20,2%) | 0,492 |
| Hipergammaglob. | 33 (40,7%) | 94 (56%) | 0,030 |
| Hipoalbuminemia | 6 (7,4%) | 2 (1,2%) | 0,016 |

RESULTADOS HVH

COMPARATIVO ENTRE SUBGRUPOS DE EDAD (≥ 65 a. vs. <65 a.)

Factores de riesgo cardiovascular en pacientes con SS < 65 a. vs ≥ 65 a.

| | ≥ 65 a. (n=81) n (%) | < 65 a. (n=167) n (%) | P | OR (IC 95%) |
|-------------------|---------------------------|-------------------------|-------|---------------------|
| HTA | 32 (39,5%) | 29 (17,4%) | 0,000 | 0,322 (0,177-0,586) |
| DM | 14 (17,3%) | 16 (6,6%) | 0,013 | 0,337 (0,146-0,782) |
| Dislipemia | 25 (30,9%) | 27 (16,2%) | 0,012 | 0,432 (0,231-0,808) |

No diferencias asociadas con la edad en demora diagnóstica:

4,8 (3,99) a. en ≥ 65 a.

5,2 (6,41) a. en < 65 a.

RESULTADOS HVH

SUBANÁLISIS FIBROSIS PULMONAR (FP)

- 34/249 (13,7%) desarrollaron una FP.
- Edad media al diagnóstico de la FP = 58,6 (14,4) (32-83) años.
- 14/81 (17,3%) de los pacientes ≥ 65 a. desarrollaron FP; 19/168 (11,3%) de los < 65 a. ($p=0,245$).

INTERVALO ENTRE Dx SS Y Dx FP:

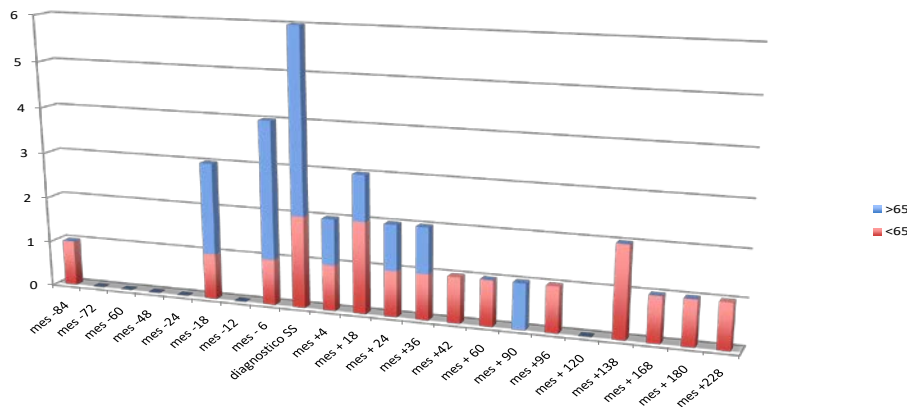
≥ 65 a. :

Dx FP previo a dx SS: 5/14 (35,7%)
 Dx simultáneo: 4/14 (28,6%)

< 65 a.:

Dx FP previo a dx SS: 3/19 (15,8%)
 Dx simultáneo: 1/19 (5,3%)

$P < 0,001$



TIEMPO Dx SS – Dx FP:

≥ 65 a.: 9 meses (0,75 a.; -1,5 a +7,5 a.)
 < 65 a.: 5,7 a (-6 a +19 a.)
 $p < 0,001$

MORTALIDAD SS + FP:

≥ 65 a.: 14 (57,1%)
 < 65 a.: 8 (42,1%)
 $p < 0,005$

RESULTADOS HVH

MORTALIDAD

Global: 41 (16,5%) fallecimientos.

≥ 65 a.: 24/81 (29,6%)

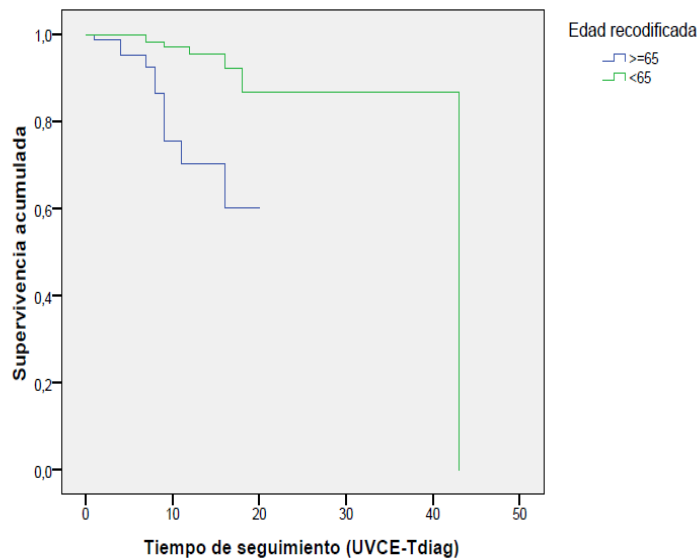
< 65 a.: 17/168 (10,2%) $p < 0,001$

ANÁLISIS MORTALIDAD ≥ 65 a.

Asociación significativa entre mortalidad y ...

- Anemia: $p=0,009$, OR 5,41 (IC 95%; 1,54-19,06)
- FP: $p=0,049$, OR 3,93 (IC 95%; 1,01-15,37)
- Afec. Hepática: $p=0,011$, OR 9,80 (IC 95%; 1,69-57,2)
- Neoplasias: $p=0,008$, OR 7,95 (IC 95%; 1,73-36,49).

Función de supervivencia



CONCLUSIONES

1. No es infrecuente que el Síndrome de Sjögren se diagnostique en pacientes de edad avanzada.
2. En los pacientes mayores de 65 años las alteraciones inmunológicas son menos frecuentes en el momento del diagnóstico, con menor prevalencia de autoanticuerpos específicos.
3. En pacientes mayores de 65 años es menos frecuente la parotidomegalia.
4. Aunque se ha descrito que la afección extraglandular o sistémica es mas frecuente en pacientes jóvenes, en nuestra serie no encontramos diferencias significativas asociadas a la edad.
5. En pacientes mayores de 65 años la afección pulmonar aparece de forma mas temprana en el curso de la enfermedad que en los mas jóvenes.
6. La mortalidad fue mayor en los pacientes mayores de 65 años en el momento del diagnóstico del SS.

SUMARIO

- No es infrecuente que las EAS se diagnostiquen en pacientes de edad avanzada.
- En pacientes mayores las alteraciones inmunológicas son menos llamativas.
- Tanto en la ES como en el SS las manifestaciones orgánicas aparecen mas precozmente en pacientes de edad avanzada y se observa una tendencia hacia mayor mortalidad.
- La edad ≥ 65 años en el momento del diagnóstico se asocia por si misma a un peor pronóstico.
- Importancia de que los MAP, internistas y geriatras conozcan las manifestaciones clínicas de las EAS en el anciano para poder llegar a un diagnóstico y tratamiento precoces, y así poder mejorar el pronóstico y calidad de vida de los pacientes.