Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):587

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

IF-075 - ARTERITIS DE LA TEMPORAL EN LA UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO

L. Mustapha Abadie, S. Muñoz Alonso, M. Mateos Andrés, G. Hernández Pérez, L. Fuentes Pardo, M. Chimeno Viñas, V. Palomar Calvo y V. Madrid Romero

Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

Resumen

Objetivos: Desde el inicio del funcionamiento de la Ud. de diagnóstico rápido (UDR) en nuestro hospital, hemos observado que además de los principales diagnósticos (neoplasias, patología digestiva e infecciones) existe una miscelánea muy variada que llega a este tipo de consultas, entre la que destaca la arteritis de células gigantes (ACG). Nos propusimos conocer las características, origen y motivo de derivación de estos pacientes a la UDR.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se revisaron todos los informes de los pacientes atendidos en la UDR del complejo asistencial de Zamora (CAZA) entre el 2012 y mayo de 2017, en los que constara como diagnóstico final Arteritis de la temporal. Analizamos las características epidemiológicas (edad, sexo), origen de derivación, motivo de consulta, datos analíticos y otras pruebas realizadas para diagnóstico, si se trataba de primer episodio o brote de la enfermedad y actitud terapéutica establecida en todos los casos.

Resultados: Se identificaron 12 pacientes con diagnóstico final de ACG, (10 mujeres y 2 varones). La media de edad fue de 77. Remitidos desde At. Primaria (5), Urgencias (5) y desde Hematología (1); El motivo de consulta: estudio de anemia (5), cefalea (4), síndrome constitucional (2) y fiebre (1). Los principales síntomas fueron inespecíficos: cefalea la mayoría, astenia, pérdida de peso y anorexia, (2) y fiebre de larga evolución (1) y con menor frecuencia manifestaciones típicas: 2 hiperestesia cuero cabelludo, 1 claudicación mandibular, 1 disminución brusca de la visión y 7 asociaban polimialgia reumática (PR); Todos fueron primer episodio de AT, excepto 1 rebrote tras años de evolución y 1 que tenía como antecedente PR reumática aislada. En analítica destacaba: anemia (Hb media: 10,9; VSG media de 99 y PCR de 97, Ferritina media de 243. En exploración física: sólo 5 tenían pulso débil, engrosamiento e induración de las temporales y 7: debilidad proximal a nivel de cinturas. Biopsia temporal realizada en 6 pacientes, confirmándose ACG en 3 casos. El tratamiento se inició con prednisona 50-60 mg/24h (excepto 3 casos que ya estaban con tratamiento), asociando todos calcio, bifosfonatos e IBP; presentando buena evolución sintomática y disminución de los reactantes de fase aguda en las primeras 48 horas.

Discusión: Los resultados obtenidos reflejan, que la ACG es la vasculitis más frecuente y relevante en nuestro entorno. Se observa afectación predominante en mujeres de 75-80 años. Es habitual la demora diagnóstica debido a la inespecificidad de sus síntomas. En la mayoría el diagnóstico de sospecha se basa en el conjunto de síntomas y signos sugerentes, que se acompañan de elevación de reactantes de fase aguda y anemia de proceso crónico, reforzando así el juicio clínico e iniciándose

tratamiento precoz sin esperar la biopsia confirmatoria (escasa rentabilidad por afectación parcheada, realización tardía o tratamiento iniciado). En todos los casos se inició tratamiento con prednisona a dosis altas (mg/kg/día), asociando calcio/bifosfonatos e IBP. Todos presentaron evolución rápidamente favorable, con mejoría clínica y analítica.

Conclusiones: La ACG constituye una entidad diagnóstica frecuente en la UDR. Nuestros resultados concuerdan con la literatura respecto a la epidemiología y sintomatología. El 50% asocian polimialgia reumática. Forma parte del diagnóstico diferencial de síndrome constitucional y fiebre prolongada sin foco. El diagnóstico se basa en la combinación de síntomas, exploración física y alteraciones analíticas sugerentes. La confirmación por biopsia no se realiza de forma habitual, y un resultado negativo no excluye el diagnóstico. El inicio precoz de corticoterapia a dosis altas es esencial ya que todos presentaron mejoría funcional inmediata, continuándose de pauta descendente a lo largo de meses, que conlleva en ocasiones rebrote de actividad que puede ser indicación de asociar otros inmunosupresores.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.