



## 1796 - DESCRIPCIÓN DE LAS AORTITIS DETECTADAS POR PET-TC EN UN HOSPITAL TERCIARIO

**Pablo Rubiñán, Marta Represa, Marina Ávila, Alberto López, Gadea Castillo Simón, José Manuel Nogueiras Alonso y Beatriz Gimena Reyes**

*Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.*

### Resumen

**Objetivos:** Analizar motivo de solicitud, características clínicas y analíticas, diagnóstico alcanzado y tratamiento administrado en pacientes en los que se detectó aortitis aislada en estudio de PET-TC. Como objetivo secundario se analizaron los pacientes diagnosticados de arteritis de células gigantes (ACG) para evaluar si existían diferencias entre aquellos con afectación exclusivamente aórtica o de otros vasos.

**Métodos:** Revisión de aortitis diagnosticadas por 18FDG-PET-TC solicitado por Medicina Interna en un hospital terciario del 1 de julio de 2017 al 31 de marzo de 2023. Pacientes con diagnósticos previos de patologías sistémicas y PET-TC durante su seguimiento fueron excluidos. Se registraron motivo de solicitud del estudio, características epidemiológicas, clínicas y analíticas, diagnóstico alcanzado y tratamiento iniciado. Se revisó la evolución mediante clínica, VSG y PCR a los 6 meses y PET-TC de control si se realizó. Se definió ACG siguiendo criterios clasificatorios EULAR/ACR de 2022. Se propuso clasificar como probable ACG a pacientes con puntuación de 5 en dichos criterios.

**Resultados:** Durante el período de estudio se identificaron 1.110 pacientes en total. Tras aplicar los criterios de exclusión se registraron 52 pacientes con hipermetabolismo aórtico en el PET-TC. La edad media fue  $74 \pm 14$  años. El 77% eran mujeres. Los principales motivos de solicitud fueron fiebre de origen desconocido (35%), síndrome constitucional (30%) y dolores generalizados (35%). Los diagnósticos alcanzados fueron: 6 aortitis infecciosas (12%), 6 enfermedad ateromatosa (12%), 23 ACG (44%), 5 probable ACG (10%), 4 enfermedad relacionada con IgG4 (8%), 3 Takayasu (6%), 2 vasculitis ANCA (4%), 2 Behçet (4%) y 1 sarcoidosis (2%). Con respecto a los 28 pacientes clasificados como ACG definida o probable, 7 (33%) presentaron afectación aórtica aislada y 21 (67%) afectación multivaso. La mediana de edad fue 82 (61-81) y 72 (61-81) años respectivamente. El sexo femenino fue el predominante en ambos grupos (57 vs. 87%,  $p 0,14$ ). El 32% presentaba fiebre, sin diferencias significativas entre grupos. La clínica craneal fue más frecuente en el grupo de afectación multivaso: cefalea 61 vs. 14% ( $p 0,07$ ), claudicación mandibular 38 vs. 14% ( $p 0,37$ ), hiperestesia cuero cabelludo 19 vs. 0% ( $p 0,54$ ). La polimialgia fue más frecuente en afectación aórtica aislada: 38 vs. 57% ( $p 0,41$ ). No hubo diferencias significativas en las cifras de VSG. Tampoco en la dosis de prednisona empleada al diagnóstico ni alcanzada en el seguimiento a 6 meses. Se asoció inmunosupresor solo en pacientes con afectación multivaso: metotrexato 4 (19%). No se utilizó tocilizumab de inicio en ningún caso. Se realizó PET-TC de control en 10 pacientes (3

del grupo 1 y 7 del grupo 2) evidenciando disminución del hipermetabolismo en todos. No hubo desarrollo de aneurismas ni disección aórtica en el seguimiento.

	<b>Global (n = 28)</b>	<b>Aortitis aislada (N = 7)</b>	<b>Afectación multivaso (N = 21)</b>	<b>P</b>
<b>Edad, años</b>	74(62-82)	82 (73-84)	72 (61-81)	0,14
<b>Sexo, mujer, n (%)</b>	22 (79%)	4 (57%)	18 (86%)	0,14
<b>Índice Comorbilidad Charlson</b>	0 (0-2)	0 (0-3)	0 (0-1)	0,24
<b>Fiebre, n (%)</b>	9 (32%)	2 (29%)	7 (33%)	0,99
<b>Rigidez matutina, n (%)</b>	12 (43%)	4 (57%)	8 (38%)	0,41
<b>Cefalea, n (%)</b>	14 (50%)	1 (14%)	13 (61%)	0,07
<b>Claudicación mandibular, n (%)</b>	9 (32%)	1 (14%)	8 (38%)	0,37
<b>Hiperestesia craneal, n (%)</b>	4 (14%)	0	4 (19%)	0,54
<b>Alteraciones visuales, n (%)</b>	1 (4%)	0	1 (5%)	0,99
<b>Exploración de temporales patológica, n (%)</b>	6 (21%)	1 (14%)	5 (25%)	0,99
<b>Biopsia realizada, n (%)</b>	15 (54%)	4 (57%)	11 (52%)	0,99
<b>Biopsia sugestiva, n (%)</b>	7 (25%)	1 (14%)	6 (29%)	0,63
<b>VSG &gt; 50 diagnóstico, n (%)</b>	28 (100%)	7 (100%)	21 (100%)	0,99
<b>ACR-EULAR, mediana (IQR)</b>	9 (7-14)	7 (5-14)	9 (7-15)	0,23
<b>ACG PROBABLE, N (%)</b>	5 (18%)	2 (29%)	3 (14%)	0,57
<b>VSG diagnóstico, mediana (IQR), mm/h</b>	113 (84-140)	121 (97-140)	108 (82-138)	0,34
<b>PCR diagnóstico, mediana (IQR) mg/dl</b>	7,7 (4,4-11,6)	7 (3-22,9)	84 (44-116)	0,95
<b>Dosis prednisona inicio, mediana (IQR)</b>	40 (30-60)	40 (30-60)	40 (30-58)	0,88
<b>Uso metrotexato, n (%)</b>	4 (14%)	0	4 (19%)	0,54
<b>VSG 6 meses, mediana (IQR)mm/h</b>	20 (14-30)	25 (5-54)	20 (15-29)	0,63
<b>PCR 6 meses, mediana (IQR)mg/l</b>	6 (4-18)	3 (1-24)	8 (4-19)	0,08
<b>Dosis Prednisona 6 meses, mediana (IQR)</b>	10 (5-15)	8 (5-10)	10 (6-15)	0,29
<b>PET-TC control, n (%)</b>	10 (35%)	3 (43%)	7 (33%)	0,67
<b>Mejoría PET-TC, n (%)</b>	10 (100%)	3 (100%)	3 (100%)	0,99

*Conclusiones:* El uso más frecuente del PET-TC en la práctica habitual conlleva un diagnóstico más numeroso de afectación aórtica, lo que supone un reto para el clínico. Es necesaria una estrecha correlación clínico-analítica para clasificar correctamente a estos pacientes de cara a adoptar el mejor manejo y seguimiento.