



## IF-32. - ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES EN ARAGÓN. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

B. Gracia Tello<sup>1</sup>, B. de Escalante Yangüela<sup>1</sup>, M. Pérez Conesa<sup>2</sup>, P. Martínez Heras<sup>2</sup>, J. Lasso Olayo<sup>3</sup>, N. Guiral Fernández<sup>2</sup>, G. Muñoz González<sup>4</sup>, J. Velilla Marco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>4</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Alcañiz. Alcañiz (Teruel).

### Resumen

**Objetivos:** Analizar las características epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de arteritis de células gigantes (ACG) en la CCAA de Aragón en el siglo XXI

**Métodos:** Analizamos los datos del CMBD (Conjunto Mínimo básico de Datos) de pacientes ingresados en hospitales de Aragón con diagnóstico de ACG (CIE-9: 446.5) y de pacientes con biopsia de arteria temporal (BAT) (Procedimiento 38.21) entre el 1-1-2000 y el 31-12-2011. Realizamos estudio retrospectivo de historias clínicas en 8 hospitales públicos, que acumulan el 94,6% de los ingresos de la CCAA, recogiendo criterios diagnósticos de la ACR y de Ellis-Ralston y las características clínico-epidemiológicas en una ficha común. Para el análisis de datos se empleó el programa SPSS versión 20.0.

**Resultados:** Registramos 1.279 ingresos con diagnóstico de ACG, correspondientes a 756 pacientes con edad media de  $77,6 \pm 9,1$  años y 58,3% mujeres. En 240 (31,7%) constaba la realización de BAT y en 324 (42,8%) la ACG fue el diagnóstico principal. 63,4% fueron atendidos en Zaragoza, 23,7% en Huesca y 12,96% en Teruel. Por Servicios, 489 (64,7%) ingresaron en Medicina Interna (MI), 6,2% en Neurología (N), 6,2% en Geriatria (G), 2,4% Oftalmología (O) y Reumatología (R) y 2,3% Cirugía Vascul ar (CV). Se revisaron Historias de 315 pacientes diagnosticados de ACG y se excluyeron 14 casos por datos insuficientes o diagnóstico improbable, quedando 301 pacientes: 102 cumplían criterios de la ACR, 186 los de Ellis-Ralston y 100 no cumplían ninguno de los dos. 129 pacientes (42,9%) tenían BAT patológica, 97 (32,2%) BAT normal, en 58 (19,3%) no se realizó BAT y en 17 (5,6%) ésta fue insuficiente. De los 301 pacientes 77,6% fueron atendidos por MI, 8,9% por N, 3,9% por R y 3,3% por G. La edad media al diagnóstico fue de  $75,6$  años  $\pm 8,1$  y 62,4% eran mujeres. 55,5% residía en población urbana. La demora diagnóstica fue de  $7,5 \pm 8,8$  semanas desde el inicio de los síntomas. Al analizar la fecha de inicio de los síntomas encontramos DS por trimestres: máxima en el 1º y mínima en el 3º (93 vs 56 casos;  $p = 0,013$ ); la incidencia fue máxima en marzo y abril y mínima en agosto y octubre ( $p = 0,032$ ). Estas diferencias fueron más acusadas en las formas de presentación arteríticas y sistémicas y persistieron independientemente de los criterios con que fueron diagnosticados los pacientes.

**Discusión:** La ACG es atendida principalmente por MI en nuestro medio y conlleva una importante

morbilidad debida al tratamiento corticoideo. Aunque el diagnóstico de confirmación exige teóricamente la realización de BAT, un resultado negativo no lo excluye, por lo que es frecuente la utilización de escalas que incluyen valoración clínica como la de Ellis-Ralston. Hasta un 33% de pacientes diagnosticados de ACG no cumplen los criterios anteriores ni los clásicos de la ACR. Afecta más a mujeres (casi 2/3) y la edad de presentación supera los 75 años. Respecto a la presentación temporal, constatamos una incidencia cíclica a lo largo del año con máximas en el 1º trimestre y mínimas en el 3º, para todas las formas clínicas, sugiriendo una etiopatogenia ambiental acorde con lo descrito en otros estudios.

*Conclusiones:* 1. La ACG es una entidad frecuentemente atendida por internistas en nuestro medio. 2. La realización de BAT está infrautilizada y su diagnóstico es únicamente clínico en casi 1/3 de pacientes, lo que hace especialmente útiles las escalas diagnósticas que incluyen parámetros clínicos. 3. La incidencia estacional de los casos de ACG en nuestro medio, sugiere la existencia de factores etiopatogénicos ambientales, posiblemente infecciosos.