



IF-88. - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HISTOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON PÉRDIDA DE VISIÓN PERMANENTE SECUNDARIA A ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES (ACG)

R. Solans¹, G. Fraile², B. Escalante³, M. Monteagudo⁴, E. Fonseca⁵, L. Caminal⁶, M. Abdilla⁷, P. Fanlo⁸, P.G. Vasco, M. Ramentol, B. Gracia, A. Pérez, en representación del Grupo de Trabajo Registro Español de Vasculitis Sistémicas (REVAS) del GEAS-SEMI

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari General de la Vall d'Hebron. Barcelona. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ⁴Servicio de Medicina Interna. Centro Sanitario Parc Taulí. Sabadell (Barcelona). ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias). ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Asturias. Oviedo (Asturias). ⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de La Ribera. Alzira (Valencia). ⁸Servicio de Medicina Interna. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra).

Resumen

Objetivos: Determinar las características clínicas y los hallazgos histológicos más frecuentes en pacientes con ACG y pérdida de visión permanente.

Métodos: Se analizaron los datos demográficos, clínicos e histológicos de todos los pacientes diagnosticados de ACG en 8 Hospitales de España incluidos en el Registro REVAS, mediante el paquete estadístico SPSS vs 17.

Resultados: Se incluyeron 218 pacientes (67,4% mujeres) con edad media al diagnóstico de $74,9 \pm 7$ (58-89). El 42,6% presentaba HTA, el 24,8% dislipemia y el 20,6% diabetes mellitus. Los síntomas más frecuentes al diagnóstico de la ACG fueron la cefalea de reciente aparición (85,3% de los casos), el síndrome constitucional (53,2%), la claudicación mandibular (44,5%) y la hiperestesia del cuero cabelludo (34,9%). El 51,8% de los enfermos presentaba síntomas de polimialgia reumática (PMR). Treinta pacientes (13,8%) presentaron pérdida de visión permanente debida a neuritis óptica anterior isquémica (NOIA) en 27 casos, precedida de alteraciones visuales (amaurosis fugax, diplopía, visión borrosa) en el 62% de los casos. El 65% de los pacientes refería cefalea una media de 7 semanas antes de la pérdida de visión (2 días a 16 semanas). Ocho pacientes presentaban solo síntomas de PMR (6-24 meses de evolución). La VSG media fue de 98 (28-178). El 78% de los enfermos presentaba anemia. No se halló diferencia significativa entre pérdida de visión debida a NOIA y el sexo de los pacientes, la edad de debut de la ACG, ni la presencia de factores de riesgo cardiovascular. Se halló una relación significativa entre la aparición de NOIA y la presencia de claudicación mandibular ($p = 0,005$), amaurosis fugax ($p = 0,000$), y alteraciones en el examen físico de las arterias temporales ($p = 0,04$), y una relación inversa con la presencia de febrícula ($p = 0,017$). A nivel histológico se halló una relación significativa entre la presencia de células gigantes en la biopsia temporal ($p = 0,022$).

Discusión: La complicación más grave y frecuente de la ACG es la pérdida de visión. Una elevada proporción de pacientes con pérdida de visión presentan síntomas premonitorios visuales que en muchas ocasiones son infravalorados, y alrededor de un tercio solo refieren síntomas de PMR. El mejor conocimiento de la enfermedad por parte del médico y los enfermos, es fundamental para evitar la mayor secuela de esta

enfermedad.

Conclusiones: Un tercio de los enfermos con ACG y pérdida de visión solo refieren síntomas de PMR. La NOIA es la principal causa de ceguera. Existe un riesgo más elevado de NOIA en pacientes que presentan claudicación mandibular y alteración morfológica de las arterias temporales.