



IF-050 - PATRÓN DE ESTACIONALIDAD A LO LARGO DE 20 AÑOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO DE ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

J. Marco-Hernández¹, M. Villarreal-Compagny¹, S. Prieto-González¹, A. García-Martínez¹, G. Espígol-Frigolé¹, J. Grau², J. Hernández-Rodríguez¹ y M. Cid¹

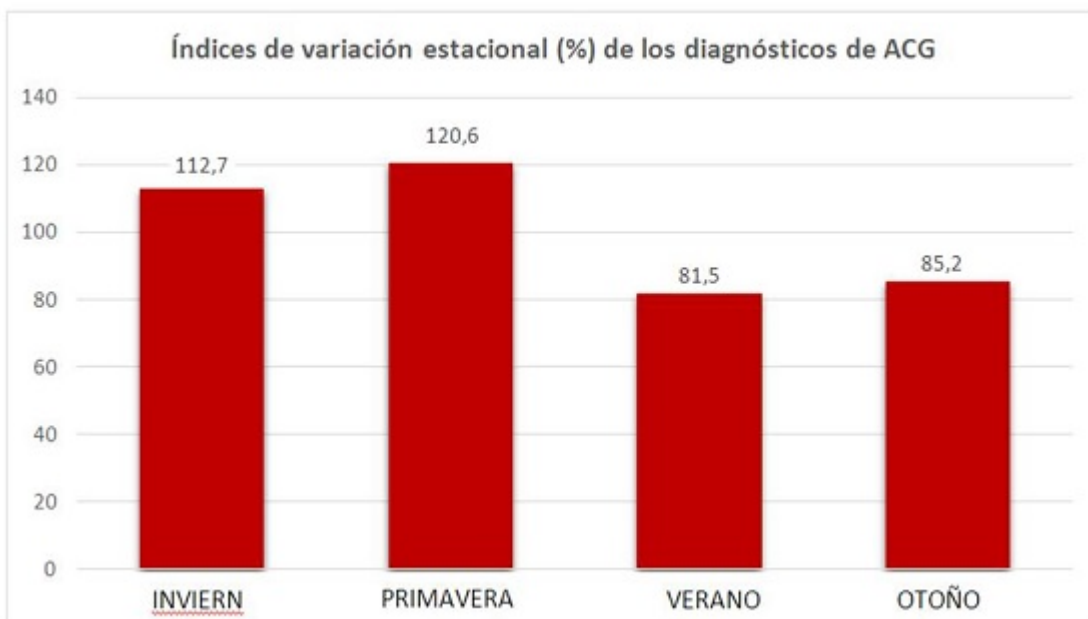
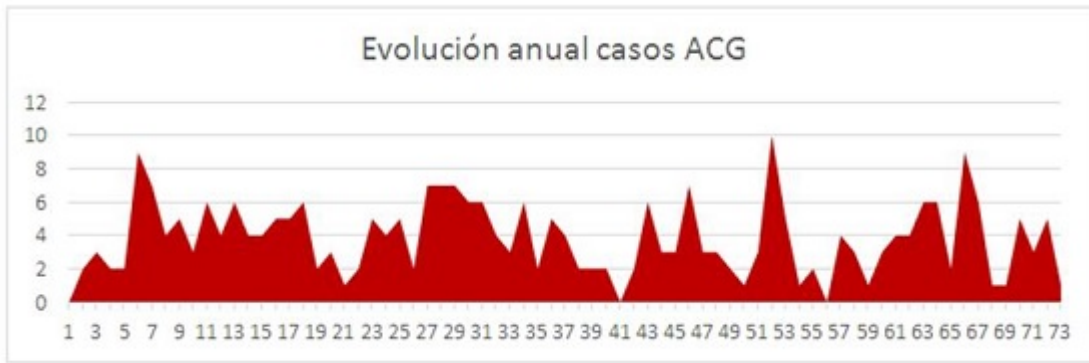
¹Servicio de Enfermedades Autoinmunes, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

Resumen

Objetivos: Evaluar la existencia de estacionalidad en el diagnóstico de arteritis de células gigantes (ACG) en un centro de referencia de enfermedades autoinmunes de Barcelona.

Material y métodos: Revisión retrospectiva del resultado anatomopatológico de las biopsias de arteria temporal (BAT) realizadas a lo largo de 20 años (1998-2017) en el Hospital Clínic de Barcelona y cálculo del número de diagnósticos de ACG durante cada uno de los meses del año. Los datos obtenidos se representaron gráficamente mediante Excel y se hicieron los cálculos mediante SPSS para explorar estacionalidad en el diagnóstico de la enfermedad. Los patrones de distribución mensual y estacional se contrastaron usando tests no paramétricos chi cuadrado. Se definieron las estaciones de forma trimestral usando meses enteros (invierno = enero, febrero, marzo; primavera = abril, mayo, junio; verano = julio, agosto, septiembre; otoño = octubre, noviembre, diciembre). Los índices de variación estacional se calcularon por descomposición estacional usando el método de las medianas móviles.

Resultados: Entre enero de 1998 y diciembre de 2017 se realizaron en el Hospital Clínic de Barcelona 915 BAT, resultando 559 (61,09%) negativas y 356 (38,91%) diagnósticas de vasculitis, de las cuales 282 (30,82%) fueron compatibles con ACG. La figura 1 representa gráficamente los casos diagnosticados a lo largo de los 20 años haciendo agrupaciones de 5 días naturales a lo largo de cada uno de ellos. Se observó una distribución no homogénea de los diagnósticos a lo largo de los meses ($\chi^2 = 151,421$; 11 gl; $p < 0,001$), con un mayor número de diagnósticos en los meses de mayo (35 casos, 12,41%), marzo y noviembre (30 casos cada uno, 10,64%) y un menor número de casos en los meses de julio (14 casos, 4,96%), octubre (16 casos, 5,67%) y abril (17 casos, 6,03%). La figura 2 representa la distribución de los casos por meses. Se comprobó una distribución estacional no homogénea ($\chi^2 = 11,234$; 3 gl; $p 0,011$), con un mayor número de diagnósticos en invierno (77 casos, 27,60%) y la primavera (78 casos, 27,96%) sobre el verano (59 casos, 21,14%) y el otoño (65 casos, 23,30%), con índices de variación estacional de 112,7%, 120,6%, 81,5% y 85,2% respectivamente (fig. 3).



Discusión: Numerosos estudios epidemiológicos han descrito hallazgos muy diversos respecto a agrupación de casos de ACG a lo largo del tiempo o estacionalidad, dando lugar a múltiples hipótesis respecto a potenciales factores ambientales o agentes infecciosos participando en la patogenia de la enfermedad. Salvarani et al reportaron un patrón cíclico con picos de incidencia cada 7 años en Minnesota, Bas-Lando et al identificaron picos cíclicos cada 8-10 años en Jerusalén y, en cambio, ni Petursdottir V et al ni González-Gay et al identificaron ningún patrón en Suecia ni España respectivamente. Otros investigadores han propuesto distribuciones estacionales de los casos de ACG, identificándose picos de incidencia en invierno y en otoño en Suecia, en verano en Reino Unido, en enero y mayo en Escocia, en primavera y verán en Israel y en diciembre y enero en el sur de Australia. En España, el grupo de González-Gay observó únicamente un ligero descenso de la

incidencia de los casos en verano sin estacionalidad. Tampoco se identificó en otros estudios realizados en Estados Unidos, Suecia e Italia. Los resultados de nuestro estudio sí que han identificado un mayor número de diagnósticos en invierno y primavera, resultados similares a los identificados en Escocia. Pese a todo, la diversidad de hallazgos discordantes en los diferentes estudios sugiere que aún es pronto para poder emitir conclusiones firmes al respecto.

Conclusiones: En nuestro medio se ha detectado un patrón de estacionalidad al diagnóstico de ACG, posiblemente relacionado con factores ambientales no identificados, de predominio en invierno y primavera.