Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):566

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

IF-033 - UTILIDAD DEL PET/TC EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: ¿DISTINTOS PATRONES SEGÚN LA AFECTACIÓN CLÍNICA?

J. Mestre-Torres[1], F. Martínez[1], I. Navales[2], J. Loureiro[1], C. Pérez[1], M. Simó[2] y R. Solans[1]

[1]Medicina Interna; [2]Medicina Nuclear. Hospital Vall d&#39Hebron. Barcelona.

Resumen

Objetivos: Determinar la utilidad del PET/TC en el diagnóstico de la arteritis de células gigantes (ACG) y analizar los patrones de captación vascular de 18F-FDG en relación a los diferentes patrones clínicos en el debut de la enfermedad.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes afectos de ACG a los que se realizó un PET/TC al debut de la enfermedad. Todos los pacientes cumplían criterios para ACG (ACR 1990). El diagnóstico se confirmó mediante biopsia de arteria temporal (BAT). Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas, Doppler de arteria temporal (AT) y resultados del PET/TC. Se consideró clínica isquémica la pérdida de visión, claudicación mandibular e ictus. Los territorios explorados fueron arteria vertebral (AV), axilar (AAx), subclavia (AS), tronco braquio-cefálico (TBC), aorta torácica ascendente (ATA) y descendente (ATD), aorta abdominal (AAbd) e ilíacas (AI). Se consideró positiva una ratio vascular/hígado ≥ 1 en ausencia de signos de ateromatosis. Se analizaron las diferentes variables en relación a presencia/ausencia de clínica isquémica mediante el paquete estadístico Stata IC 14. Las variables descriptivas se reportan como proporción, media ± desviación estándar o mediana (rango intercuartílico, RI). Se ha utilizado la t-Student para (datos cuantitativos) y la χ^2 o F-Fisher para variables cualitativas. Se ha considerado como significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes (70% M) con una edad 76,4 ± 9,1 años. La sintomatología al debut fue: cefalea 70%, clínica polimiálgica 22,5%, hiperestesia craneal 32,5%, claudicación mandibular 45%, ictus 5%, amaurosis fugax 25%, amaurosis permanente 42,5%, fiebre 15% y síndrome constitucional 40%. La clínica isquémica estuvo presente en el 67,5%. En la exploración destacó engrosamiento de la AT (59%) y una disminución del pulso AT (81,6%). La VSG inicial fue de 92 ± 28,8 mm/h. Se objetivó halo en el 41,1%. El PET/TC se realizó tras 5,5 (RI 2-14,5) días de inicio del tratamiento corticoide, y fue positivo en el 81,6% de los casos. Destacó la afectación vertebral en el 44,7% de los pacientes. Tras comparar las variables según la presencia o ausencia de clínica isquémica se objetivó una mayor edad en los pacientes con isquemia (79,8 vs 69,3 años, $p < 0,001$). Se hallaron diferencias en la presentación clínica en cuanto a la proporción de disminución de pulso (92,3% vs 58,3%, $p = 0,022$) pero no en el resto de variables, si bien la fiebre fue más frecuente en pacientes sin clínica isquémica (7,3% vs 30,7%, $p = 0,075$). En cuanto a los hallazgos del PET/TC, se evidenció una diferencia en los patrones de distribución de la captación vascular según el patrón clínico de presentación ($p = 0,038$), mostrando una mayor afectación de troncos supra-aórticos (TSA) aquellos con clínica isquémica al debut (96,3% vs 61,5%, $p = 0,01$). No se hallaron diferencias

en el patrón vascular aórtico (3,7% vs 7,7%, p = 0,55).

Discusión: La sintomatología inicial de los pacientes fue similar a la de otras cohortes descritas previamente, si bien, cabe destacar la elevada proporción de pacientes con clínica isquémica al ser nuestro centro de referencia para urgencias oftalmológicas Los pacientes con afectación clínica isquémica eran más añosos y presentaron con mayor frecuencia disminución del pulso de AT pero no otras diferencias clínicas. La presencia de fiebre fue menor en pacientes con clínica isquémica aunque no se hallaron diferencias significativas. Cabe destacar la mayor proporción de afectación de TSA en el PET/TC en pacientes con afectación clínica isquémica ocular o cerebral que podría ser de ayuda en la decisión terapéutica inicial (anti agregación e inicio inmediato de corticoides) para evitar complicaciones isquémicas graves.

Conclusiones: El PET/TC es una técnica útil en el proceso diagnóstico de la ACG. La clínica isquémica se asocia con un incremento en los signos inflamatorios en los TSA, predominantemente las AV. Por tanto su presencia debería apoyar la inmediatez del tratamiento corticoide y antiagregante.

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