Rev Clin Esp. 2023;224(Supl 2):S626

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

863 - ENFERMEDAD DE HORTON EN LA ÚLTIMAS DOS DÉCADAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Ignacio Vallés Tormo[1], *Julien Paola Caballero Castro*[1], *Ignacio Lasierra Lavilla*[1], *Sara Ferrando García*[1], *Ángel Jesús Castillejo Domínguez*[1], *Celina Balint Ilie*[1], *Miguel Sánchez Ortiz*[1] *y Jenifer Peinado García*[2]

[1]*Hospital Obispo Polanco, Teruel, España.* [2]*Hospital de Manacor, Manacor, España.*

Resumen

Objetivos: Describir las características clínicas, analíticas y respuesta al tratamiento en la serie de casos diagnosticados de enfermedad de Horton, arteritis de células gigantes (ACG).

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se han incluido todos los pacientes con diagnóstico de ACG entre el 1 de enero de 2002 y el 31 de marzo de 2023. Se han analizado variables sociodemográficas, clínicas, analíticas y terapéuticas.

Resultados: Se obtuvo un total de 23 pacientes, que cumplían criterios de la enfermedad de Horton. De ellos, 15 eran hombres (65%) y 8 mujeres (35%). Respecto a la edad media de presentación, se observó que el grupo etario predominante estaba comprendido entre los 75 y 80 años. En relación con las manifestaciones clínicas descritas, destaca la cefalea, presente en el 100% de los pacientes, descrita como holocraneal, con hiperestesia del cuero cabelludo asociada. La polimialgia reumática estaba descrita en cerca de la mitad de los pacientes (48%). Otras manifestaciones clínicas a destacar son las alteraciones visuales, principalmente amaurosis fugax, presente hasta en el 39% de los sujetos. Cerca del 9% mostraron déficit visual irreversible. Otras manifestaciones, menos frecuentes, pero características de esta enfermedad, es la claudicación mandibular, presente en casi el 8%. A nivel analítico, destaca elevación de VSG en todos los pacientes, estableciendo como límite superior de normalidad 22 mm/h para los hombres y 29 mm/h para las mujeres. Otros hallazgos analíticos observados en la muestra estudiada fueron la leucocitosis (65%) y la anemia (83%). La biopsia fue realizada a 20 de los sujetos, permitiendo el diagnóstico definitivo en 18 de ellos. En los últimos años, las pruebas de imagen como el PET-TC han cobrado una mayor relevancia de cara al diagnóstico de las vasculitis, dicha prueba fue solicitada en uno de nuestros pacientes en el cual se objetivó una captación a nivel de la arteria temporal. Todos los pacientes recibieron inicialmente bolos de glucocorticoide a dosis de 1 mg/kg, posteriormente se estableció una pauta a dosis descendente durante aproximadamente 12 meses. Además, todos los pacientes tras el diagnóstico de vasculitis recibieron tratamiento antiagregante con ácido acetilsalicílico o en su lugar clopidogrel. En uno de los casos se observó refractariedad al tratamiento corticoideo, teniendo que asociar metrotexato, consiguiendo así un adecuado control de enfermedad. Se objetivó recidiva en 2 pacientes tras el seguimiento en consultas.

Manifestaciones clínicas	**%**

Cefalea holocraneal	100%
Polimialgia reumática	48%
Amaurosis fugax	39%
Claudicación mandibular	9%

Conclusiones: La arteritis de células gigantes, se considera una patología especialmente frecuente en el anciano, ya que la frecuencia aumenta con la edad y su máxima incidencia está entre los 75 y 85 años, a veces con una presentación clínica insidiosa e inespecífica que puede cursar con síntomas como cefalea y únicamente fiebre como signo acompañante. Debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la fiebre de origen desconocido en el anciano. El abordaje terapéutico, se basa principalmente en el uso de glucocorticoides a dosis altas, durante un largo periodo de tiempo. Además, es necesario atender a los riesgos trombóticos que implica esta enfermedad, siendo la antiagregación otra de las premisas en el tratamiento de nuestros pacientes.

Bibliografía

1. Ponte C, Grayson PC, Robson JC, *et al.*; DCVAS Study Group. 2022 American College of Rheumatology/EULAR classification criteria for giant cell arteritis. Ann Rheum Dis. 2022 Dec;81(12):1647-53. doi:10.1136/ard-2022-223480. Epub 2022 Nov 9. Erratum in: Ann Rheum Dis. 2023 Feb;82(2):e52. PMID: 36351706.
2. Pepper K. Giant cell arteritis. Postgrad Med. 2023 Jan;135(sup1):22-32. doi:10.1080/00325481.2023.2190288. Epub 2023 Apr 6. PMID: 37021621.
3. Thomas DC, Thomas P, Pillai DP, *et al.* Giant Cell Arteritis: A Case-Based Narrative Review of the Literature. Curr Pain Headache Rep. 2022 Oct;26(10):725-40. doi:10.1007/s11916-022-01075-1. Epub 2022 Sep 3. PMID: 36057073; PMCID: PMC9440460.
4. Hemmig AK, Gozzoli D, Werlen L, *et al*. Subclinical giant cell arteritis in new onset polymyalgia rheumatica A systematic review and meta-analysis of individual patient data. Semin Arthritis Rheum. 2022 Aug;55:152017. doi:10.1016/j.semarthrit.2022.152017. Epub 2022 Apr 28. PMID: 35537222.

0014-2565 / © 2023, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.