



<https://www.revclinesp.es>

IF-130. - ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES (ACG). REGISTRO ESPAÑOL DE VASCULITIS SISTÉMICAS (REVAS-SEMI)

R. Solans¹, G. Fraile², B. Escalante³, E. Fonseca⁴, M. Monteagudo⁵, A. Martínez Zapico⁶, M. Abdilla⁷, P. Fanlo⁸, M. Ramentol, P. G Velasco, L. Caminal, en representación del Grupo de Trabajo REVAS

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari General 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. Hospital de Cabueñas. Gijón. Asturias. ⁵Servicio de Medicina Interna. Centro Sanitario Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Ribera. Alzira. Valencia. ⁸Servicio de Medicina Interna. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña. Navarra.

Resumen

Objetivos: Analizar las características de los pacientes afectos de ACG que presentan AVC como forma de presentación de la enfermedad.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente los datos clínicos y analíticos de todos los pacientes diagnosticados de ACG e incluidos en el REVAS, que presentaron AVC en el debut de la enfermedad.

Resultados: De una cohorte total de 275 pacientes afectos de ACG, 11 (4%) presentaron un AVC al debut de su enfermedad, 8 mujeres y 3 hombres, con una edad media de 75 años (64-87) al diagnóstico. Seis pacientes sufrían HTA, 1 diabetes (DM) y 4 dislipemia. Solo 1 era fumador. El 90% refería cefalea concomitante, por la que no habían consultado. Un 45,5% síndrome tóxico y un 36,4% febrícula. Tres referían claudicación mandibular, 2 hiperestesia del cuero cabelludo y 5 síntomas de polimialgia. Un paciente presentó simultáneamente una NOIA y 3 refirieron diplopía. Siete presentaban disminución del pulso de una o ambas arterias temporales y 8 engrosamiento de una o ambas arterias. El 60% de los AVC afectaron al territorio vertebrobasilar. La VSG media fue de 104 (85-124). Se detectó anemia normocítica en todos los casos (Hb media 11 g/dl). La biopsia de la arteria temporal (BAT) evidenció hiperplasia intimal en el 72,7% de los casos, infiltrado inflamatorio en el 54,5%, y células gigantes o disruptión de la lámina elástica interna en el 45,5%. Todos los pacientes recibieron prednisona oral (1 mg/kg/día). En 3 casos se administraron bolus iv de metilprednisolona, en 5 casos AAS y en 3 clopidogrel. Un paciente fue anticoagulado. Dos pacientes desarrollaron demencia multiinfarto, y 3 (27,7%) fallecieron. No se halló relación significativa entre el desarrollo de AVC y la existencia de factores de riesgo cardiovascular, ni la presencia de NOIA, ni con ninguna alteración histológica concreta en la BAT.

Discusión: Las arterias carótidas y vertebrobasilares y el polígono de Willis pueden hallarse afectas en la ACG. Sin embargo los AVC son raros en esta entidad, y suelen tener predilección por el territorio cerebral posterior. Se desconocen los factores de riesgo para el desarrollo de esta complicación isquémica, así como su tratamiento más adecuado.

Conclusiones: En nuestra serie los AVC fueron más frecuentes en el territorio vertebrobasilar y se asociaron con un mayor morbitmortalidad. No hallamos ningún factor epidemiológico, clínico, analítico, ni histológico predictivo de desarrollo de AVC.