

Arteritis de células gigantes. Estudio clínico y evolutivo de 70 pacientes

P. GLEZ. DE ZARATE APIÑANIZ, A. ALVAREZ BLANCO, I. ALBEROLA GOMEZ ESCOLAR,
C. AGUIRRE ERRASTI.

Cátedra de Patología y Clínica Médica. Facultad de Medicina. Universidad del País Vasco. Servicio de Medicina Interna.
Hospital de Cruces. Baracaldo. Bilbao.

RESUMEN

Se realiza el estudio clínico descriptivo de 70 pacientes diagnosticados de arteritis de células gigantes en un Servicio de Medicina Interna, a los que se les ha exigido un período de dos años libres de manifestaciones clínicas y analíticas de ACG una vez finalizado el tratamiento esteroideo. La ACG afecta significativamente la actividad física de los pacientes hospitalizados afectados con recuperación de la misma una vez terminado el tratamiento esteroideo ($p < 0,001$). Los pacientes con cuadro polimialgico exclusivo presentaron menor número de positividades a la biopsia de arteria temporal, respecto a los pacientes con manifestaciones cefálicas ($p < 0,001$). El 31% de los pacientes presentan recidiva y esta puede manifestarse de forma clínica diferente a la inicial. Una vez concluido el tratamiento esteroideo la probabilidad de recidiva desciende significativamente ($p < 0,001$). Se ha observado un 37% de pacientes afectos de complicaciones secundarias al tratamiento esteroideo y un 4% de pacientes con complicaciones secundarias a la enfermedad, una vez comenzado el tratamiento. Estos datos sugieren la necesidad de valorar nuevas pautas de tratamiento esteroideo con dosis inferiores a las utilizadas.

PALABRAS CLAVE: Vasculitis, arteritis de células gigantes, polimialgia reumática.

INTRODUCCION

La arteritis de células gigantes (ACG) conforma una entidad patogénica, enmarcada en el apartado de las vasculitis, que característicamente afecta a personas mayores de 50 años, se manifiesta de diversas formas clínicas y presenta el peligro de serios fenómenos secundarios, fundamentalmente alteraciones visuales (1,2). La terapéutica habitualmente aplicada se fundamenta en los esteroides, con respuestas favorables a los mismos en una gran mayoría de los casos. En el mismo sentido, el tratamiento esteroideo condiciona un elevado número de secundarismos, principalmente por la necesidad de su mantenimiento durante períodos prolongados de tiempo (1,2). Esta entidad exige al médico un estrecho y continuado contacto profesional con el paciente puesto que, frecuentemente, la enfermedad recidiva en sus manifestaciones clínicas, a pesar incluso, del correcto tratamiento esteroideo (3,4,5,6). El objetivo fundamental del presente trabajo es la descripción de las características clínicas, anatomo-patológicas y evolutivas de los pacientes diagnosticados de ACG en un Servicio de Medicina Interna.

Trabajo aceptado: 22.Junio.1988.

Correspondencia: P. Glez. de Zárate. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. 48903 Baracaldo.

SUMMARY

A descriptive clinical study of 70 patients diagnosed as having temporal arteritis (TA), with a free disease period of two years after the end of the steroids treatment. TA significantly affects the physical performance during the period of hospitalization, with recovery taking place at the end of the steroids therapy ($p < 0,001$). Patients with polymyalgia only had a more negative biopsy of temporal artery than those with head symptoms ($p < 0,001$). 31% of the patients relapsed with, possibly, different symptoms. The probability of relapse at the end of treatment decreased significantly ($P < 0,001$). At the beginning of the therapy, 37% of the patients experienced secondary effects from the steroids treatment and 4% suffered a complication of the disease. It suggests that further studies have to be carried out to prove the effectiveness of lower steroid dosage.

KEY WORDS: Vasculitis. Temporal arteritis. Polymyalgia rheumatica syndrome.

MATERIAL Y METODOS

Este estudio se ha realizado en base a los datos de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna de este hospital desde el 1 de mayo de 1975 al 31 de diciembre de 1983.

Existió sospecha clínica de ACG en los pacientes mayores de 50 años, con manifestaciones cefálicas (cefalea, alteraciones visuales, auditivas, masticatorias y del cuero cabelludo), polimialgia reumática (dolor y rigidez al menos en dos grandes grupos musculares con duración mínima de quince días), síntomas generales (fiebre, pérdida de peso, malestar general). La sospecha clínica de ACG se mantuvo en tanto no se demostró otra patología responsable del cuadro clínico en todos los pacientes mayores de 50 años.

Los criterios diagnósticos de ACG fueron: a) presencia clínica compatible y biopsia de arteria temporal con lesiones de ACG (desestructuración evidente de la elástica interna e infiltrado inflamatorio de la pared arterial como mínimo); b) presencia clínica compatible con ausencia de lesiones anatomo-patológicas de ACG en la biopsia de arteria temporal, respuesta positiva al tratamiento esteroideo y ausencia de otra enfermedad que justificase las manifestaciones clínicas del paciente (7). Una vez incluidos en este grupo y según sus manifestaciones clínicas los pacientes se

- An Med Intern (Madrid) 1987; 4: 495-501.
- 14. Villalta J, Vilaseca J, Ingelmo M, González L, Tor J, Coca A, Bacardí A, Balcells A: Arteritis temporal. Estudio de 43 casos. Med Clin (Bar) 1982; 307-312.
 - 15. Rico Verdú JC, Portilla Sogorb J, Lacruz Rodrigo J, Belenguer Gimeno A, Saro Pérez ME, Calabuig Alborch JR, Caballero Cavaller M: Arteritis de células gigantes. Presentación de 27 casos con confirmación histológica. An Med Intern (Madrid) 1987; 4: 215-218.
 - 16. Aranegui Lasuen P, Barceló Valcárcel JM, Guzmán Tirado LT, Ruiz Díaz I, González García J, Maestre Moreno J, Arrebola Nacle JP, Gil Extremera B, Jiménez Alonso J: Arteritis craneal. Manifestaciones clínicas y complicaciones del tratamiento. A propósito de 15 casos.
 - 17. Martínez L de Letona J, Masa Vázquez C, Frieyro Segui E, Pérez Maestu R, Sanz Ortega E, Anaya Munne A: Arteritis de células gigantes. Estudio retrospectivo de 22 casos. Rev Clin Esp 1981; 161: 103-106.
 - 18. Goodman BW: Temporal arteritis. Am J Med 1979; 67: 839-852.
 - 19. Sorensen PS, Lorenzen J: Giant cell arteritis. Temporal arteritis and polymyalgia rheumatica; 63 patients. Acta Med Scand 1977; 201: 207-213.
 - 20. Villalta J, Vilaseca J, Ingelmo M, González L, Cardellach F, Tor J, Bacardí R, Balcells A. Arteritis de células gigantes y fiebre de origen desconocido. Med Clin (Bar) 1981; 77: 322-326.
 - 21. Hunder GG, Sheldon G, Allen GL, Hoyce JW. Daily and alternative-day corticosteroids regimens in treatment of giant cell arteritis. Ann Intern Med 1975; 82: 613-615.
 - 22. Jones JG, Hazleman RL. Prognosis and management of polymyalgia rheumatica. Ann Rheum Dis 1981; 40: 1-5.
 - 23. Malmvall Be, Bengtsson BA, Alestig K, Bojs G, Iwarson S. The clinical pictures of giant cell arteritis. Postgrad Med 1980; 67: 141-148.
 - 24. Myles AB. Polymyalgia Rheumatica and giant cell arteritis: a seven year survey. Rheumatol Rehabil 1975; 14: 231-235.
 - 25. Andersson R, Malmvall BE, Bengtsson BA. Long-term survival in giant cell arteritis including temporal arteritis and polymyalgia rheumatica. A follow-up study of 90 patients treated with corticosteroids. Acta Med Scand 1986; 220: 361-364.
 - 26. Beevers DG, Harpur JE, Turk KA. Giant cell arteritis. The need for prolonged treatment. J Chron Dis 1973; 26: 571-574.
 - 27. Doury P, Fabresse FX, Pattin S, Eulry F, Centol H, Larroque P. Role of dapsone in the treatment of Horton's disease and polymyalgia rheumatica. Ann Med Interne (Paris) 1984; 135: 31-35.
 - 28. Peña Sánchez JM, Barbado Hernández FJ, Redondo Sánchez C, Vázquez Rodríguez JJ. ¿Es la ciclosfosfamida útil en el tratamiento de la arteritis de células gigantes? Med Clin (Bar) 1986; 7: 306.
 - 29. Nealy LA, Wilske KR. Treatments of resistant giant cell arteritis. Arthritis Rheum 1983; 26: 930.