

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: albertosifuentesg@gmail.com

(W.A. Sifuentes-Giraldo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2016.05.010>

1699-258X/

© 2016 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Similitudes entre la arteritis de Takayasu y la arteritis de células gigantes



Similarities between Takayasu arteritis and giant cell arteritis

Sr. Editor:

Con mucho interés leímos la carta al editor publicada en esta revista en marzo del corriente, por los Dres. Martín Guillén, Álvarez de Cienfuegos y Hurtado García¹.

El caso nos lleva a hacer algunas reflexiones al respecto. Se trata de una paciente de 59 años al inicio de su enfermedad, con cefalea occipital acompañada de aumento de reactantes de fase aguda, y cuya evaluación médica constató asimetría de pulsos periféricos y también de los temporales.

Tanto la arteritis de Takayasu (AT) como la arteritis de células gigantes (ACG) son vasculitis que afectan predominantemente a vasos de gran calibre².

Existen diferencias significativas entre estas entidades. La AT afecta generalmente a pacientes menores de 40 años, comprometiendo fundamentalmente la aorta y sus ramas principales, mientras que la ACG afecta a mayores de 50 años y principalmente a las ramas de la arteria carótida externa. Ambas enfermedades afectan predominantemente a mujeres, comparten mecanismos patogénicos, hallazgos anatomopatológicos y tienen semejante respuesta al tratamiento.

Los síntomas típicos de ACG son cefalea, pérdida de la visión, claudicación mandibular y síntomas polimiálgicos. Sin embargo, aproximadamente el 40% de los pacientes presentan manifestaciones consideradas atípicas. Dentro de este grupo el compromiso clínico de la aorta y sus ramas principales se evidencia en el 10% al 15% de los pacientes como manifestación inicial³. Un estudio realizado por Ostberg en necropsias de pacientes con ACG evidenció el compromiso de la aorta en 12 de 13 casos⁴. Nuenninghoff et al. identificaron en su cohorte de 168 pacientes con ACG que el 27% presentó complicaciones vasculares en los grandes vasos. El 18% presentó aneurisma/diseción de aorta y el 13% estenosis⁵. La mayoría de los casos son asintomáticos y subdiagnosticados, por lo tanto su prevalencia real es desconocida. Los pacientes con estenosis de los grandes vasos, por lo general presentan menor frecuencia de síntomas craneales, menor frecuencia de alteraciones de las arterias temporales en las biopsias y menor elevación de reactantes de fase aguda⁵.

La detección del compromiso de la aorta y sus ramas aumenta notablemente utilizando estudios complementarios como ultrasonografía, angiotomografía, tomografía por emisión de positrones con ¹⁸F-fluorodesoxiglucosa (PET-FDG) o angiografía^{3,6-8}.

Un estudio evaluó 35 paciente con ACG sin tratamiento con corticoides por PET-FDG, y evidenció que el 83% había aumentado la captación de FDG en las grandes arterias. El compromiso de la

arteria subclavia y de la aorta se evidenció en el 74% y 54% de los casos, respectivamente. La captación de FDG mejoró a los 3 meses del tratamiento con corticoides⁶. En otro estudio que evaluó 40 pacientes con ACG el 67,5% presentó compromiso de grandes vasos por angiotomografía, siendo los vasos más comprometidos la aorta (65%), el tronco braquiocefálico (47,5%), las arterias carótidas (35%) y las arterias subclavias (42,5%)⁷.

En resumen, tratándose de una paciente de 64 años con cefalea que carece de doppler o biopsia de arterias temporales, y cuyos síntomas predominantes son las estenosis arteriales, podríamos estar frente a una AT como fue sugerido, o una ACG con compromiso estenótico de grandes vasos.

Bibliografía

- Martín Guillén S, Álvarez de Cienfuegos A, Hurtado García R. Nuevos fármacos en la arteritis de Takayasu, papel del tocilizumab. *Reumatol Clin*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2016.01.008>
- Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, Basu N, Cid MC, Ferrario F, et al. 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference nomenclature of vasculitides. *Arthritis Rheum*. 2013;65:1-11.
- Cid MC, Prieto-González S, Arguis P, Espígol-Frigolé G, Butjosa M, Hernández-Rodríguez J, et al. The spectrum of vascular involvement in giant-cell arteritis: clinical consequences of detrimental vascular remodeling at different sites. *APMIS*. 2009; Suppl 127:10-20.
- Ostberg G. Morphological changes in the large arteries in polymyalgia arteritica. *Acta Med Scand Suppl*. 1972;533:135-59.
- Nuenninghoff DM, Hunder GG, Christianson TJ, McClelland RL, Matteson EL. Incidence and predictors of large-artery complication (aortic aneurysm, aortic dissection, and/or large-artery stenosis) in patients with giant cell arteritis: a population-based study over 50 years. *Arthritis Rheum*. 2003;48:3522-31.
- Blockmans D, de Ceuninck L, Vanderschueren S, Knockaert D, Mortelmans L, Bobbaers H. Repetitive ¹⁸F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography in giant cell arteritis: A prospective study of 35 patients. *Arthritis Rheum*. 2006;55:131-7.
- Prieto-González S, Arguis P, García-Martínez A, Espígol-Frigolé G, Tavera-Bahillo I, Butjosa M, et al. Large vessel involvement in biopsy-proven giant cell arteritis: Prospective study in 40 newly diagnosed patients using CT angiography. *Ann Rheum Dis*. 2012;71:1170-6.
- Schmidt WA, Seifert A, Gromnica-Ihle E, Krause A, Natusch A. Ultrasound of proximal upper extremity arteries to increase the diagnostic yield in large-vessel giant cell arteritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2008;47:96-101.

Maria Noelia Antoniol y Carlos Edgardo Perandones*

Sección Reumatología, Departamento de Medicina Interna, Fundación para la Lucha contra las Enfermedades Neurológicas de la Infancia (FLENI), Buenos Aires, Argentina

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: perandones0@gmail.com (C.E. Perandones).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2016.05.004>

1699-258X/

© 2016 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.