

## Varón de 76 años con polimialgia y el signo del halo

R. Ramírez Montesinos<sup>a</sup>, A. Díaz-Crombie<sup>a</sup>, P. Pardo Maynar<sup>b</sup>, J. Francesc García<sup>c</sup>,  
M. López-Dupla<sup>a</sup> y C. Richart Jurado<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Joan XXIII. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. España.

<sup>b</sup>Servicio de Radiología. Hospital Universitari Joan XXIII. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. España.

<sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Joan XXIII. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. España

### Caso clínico

Varón de 76 años con antecedentes de cardiopatía isquémica crónica y esofagitis por reflujo, derivado a consultas de Medicina Interna por pérdida de fuerza y dolor en extremidades superiores. Presentaba anemia normocítica normocrómica y velocidad de sedimentación globular (VSG) de 87 mm con resto de analítica, incluidos perfil tiroideo y enzimas musculares, normal. Se diagnosticó de polimialgia reumática y se comenzó tratamiento con prednisona 15 mg/24 horas por vía oral. A la semana siguiente ingresó por presentar tres episodios de amaurosis fugax bilateral con fotopsias y discromatopsia. Las arterias temporales (AT) eran indoloras y no palpables y el fondo de ojo no mostraba alteraciones. Se realizó ultrasonografía con doppler color de arterias temporales que objetivó un signo del halo bilateral (figs. 1 y 2).



Fig. 1. Eco-doppler (L: 12,5 MHz, long scanner 44 mm, GE Medical Systems, Logiq 500) de la arteria temporal derecha del paciente mostrando el signo del halo: zona hipoeoica (flecha) alrededor de luz de la arteria en rojo.



Fig. 2. Eco-doppler de una arteria temporal de un control sano.

## Evolución

Se administraron tres bolus intravenosos de metilprednisolona, a razón de 1 g/24 horas, seguidos de prednisona, 1 mg/kg/24 horas, por vía oral. Al cuarto día se practicó una biopsia de la AT. Al cabo de una semana el paciente había recuperado la limitación funcional y no había vuelto a presentar complicaciones oftalmológicas. La VSG había disminuido a 15 mm.

## Diagnóstico

El estudio anatomopatológico mostró un infiltrado inflamatorio de linfocitos con células gigantes multinucleadas compatible con el diagnóstico de arteritis de Horton (fig. 3).

## Discusión

La arteritis de células gigantes o arteritis de Horton es la vasculitis más frecuente en los países desarrollados<sup>1</sup>. Se trata de una arteritis granulomatosa de vasos de mediano y gran calibre, de predominio en mujeres mayores de 50 años y con una prevalencia estimada entre 0,49 y 27,3 casos por 100.000 habitantes<sup>2</sup>. El diagnóstico se realiza cuando se cumplen 3 de los 5 criterios establecidos por el Colegio Americano de Reumatología (ACR)<sup>3</sup>: edad mayor de 50 años, cefalea de nueva aparición, dolor o ausencia de pulso a la palpación de la AT, VSG mayor de 50 mm y hallazgos histológicos característicos de la arteritis de Horton. La biopsia de la AT es la prueba confirmatoria, aunque no imprescindible para realizar el diagnóstico. Puede ser negativa en el 9%-44% de los casos de arteritis temporal diagnosticada por criterios clínicos y analíticos, debido fundamentalmente a la afectación saltada de la arteria<sup>4</sup>. Las complicaciones de la biop-

sia son raras, destacando por su gravedad el daño al nervio facial, la necrosis del cuero cabelludo, e incluso se ha descrito un caso de accidente vascular cerebral<sup>5</sup>. La ultrasonografía con doppler color ha mostrado en la arteritis temporal un halo hipocogénico alrededor de la AT que corresponde a la inflamación de la pared vascular, conocido como signo del halo (fig. 1), así como la presencia de estenosis o incluso oclusión de la luz de la misma. El signo del halo desaparece entre 7 y 56 días tras el inicio del tratamiento con corticosteroides<sup>5</sup>. Este signo también puede evidenciarse en determinadas enfermedades infecciosas y neoplasias. Diversos estudios han analizado la utilidad diagnóstica de la ultrasonografía en la arteritis temporal. Los dos metaanálisis publicados más importantes coinciden en la elevada sensibilidad (88%-100%) y el alto valor predictivo negativo (90%-100%) de la presencia del signo del halo y/o estenosis en la arteritis temporal<sup>2,6</sup>. Además, el valor predictivo negativo de la ultrasonografía es mayor cuanto menos probable es la arteritis temporal. Algunos autores, mediante modelos de cálculo de probabilidad de arteritis temporal empleando variables clínicas y analíticas, han estimado que el valor predictivo negativo está por encima del 95% si la probabilidad de arteritis de Horton es menor del 10%<sup>2</sup>.

Actualmente la utilidad de la ultrasonografía doppler color no está establecida. Se apunta que en enfermos con baja sospecha clínica de arteritis temporal (por ejemplo dos o menos criterios diagnósticos del ACR) y una ultrasonografía negativa, la probabilidad de arteritis temporal es muy baja, y no sería necesario biopsiar. En los casos de alta probabilidad clínica el signo del halo reforzaría el diagnóstico de arteritis temporal, y podría servir para prescindir de la biopsia en casos de contraindicación de ésta o negativa del paciente a su realización. Finalmente, cuando la probabilidad clínica fuera baja, como en nuestro caso antes de presentar la amaurosis fugax, la ultrasonografía positiva apoyaría el diagnóstico de arteritis y serviría además para seleccionar la zona de biopsia.

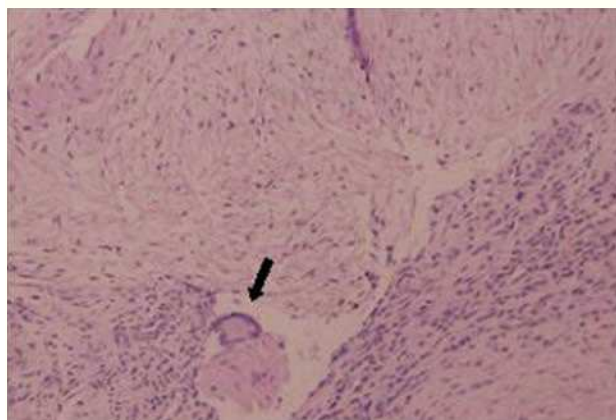


Fig. 3. Biopsia de arteria temporal derecha del paciente. Infiltrado inflamatorio linfocitario con células gigantes multinucleadas (flecha) (tinción hematoxilina-eosina, 100).

## BIBLIOGRAFÍA

- González-Gay M, García Porrúa C, Llorca J, Hajeer AH, Branas F, Dababneh A, et al. Visual manifestations of giant cell arteritis: Trends and clinical spectrum in 161 patients. *Medicine (Baltimore)*. 2000;79:283-92.
- LeSar CJ, Meier GH, DeMasi RJ, Sood J, Nelms CR, Carter KA, et al. The utility of color duplex ultrasonography in the diagnosis of temporal arteritis. *J Vasc Surg*. 2002;36:1154-60.
- Hunder GG, Bloch DA, Michel BA, Stevens MB, Arend WP, Calabrese LH, et al. The American College of Rheumatology, 1990 criteria for the classification of giant cell arteritis. *Arthritis Rheum*. 1990;33:1122-8.
- Schmidt WA, Gromnica-Ihle E. Incidence of temporal arteritis in patients with polymyalgia rheumatica: a prospective study using color Doppler ultrasonography of the temporal arteries. *Rheumatology (Oxford)*. 2002;41:46-52.
- Schmidt WA, Kraft HE, Vorpahl K, Völker L, Gromnica-Ihle EJ. Color duplex ultrasonography in the diagnosis of temporal arteritis. *N Engl J Med*. 1997;337:1336-42.
- Karassa FB, Matsagas MI, Schmidt WA, Ioannidis JPA. Meta-analysis: Test performance of ultrasonography for giant-cell arteritis. *Ann Intern Med*. 2005;142:359-69.