

Varón de 76 años con polimialgia y el signo del halo

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

^a Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Joan XXIII. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. España.

^b Servicio de Radiología. Hospital Universitari Joan XXIII. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. España.

^c 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 hipoecoica (flecha) alrededor de luz de la arteria en rojo.

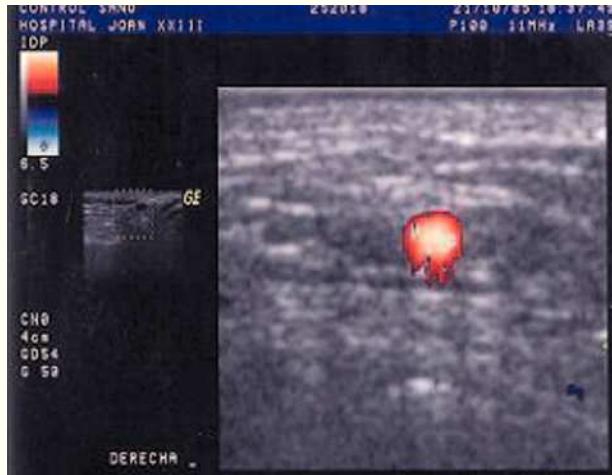


Fig. 2. Eco-doppler de una arteria temporal de un control sano.

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 anatomo-patológico 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 desarrollados¹. 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 habitantes². El diagnóstico se realiza cuando se cumplen 3 de los 5 criterios establecidos por el Colegio Americano de Reumatología (ACR)³: 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 salteada de la arteria⁴. 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 cerebral⁵. La ultrasonografía con doppler color ha mostrado en la arteritis temporal un halo hipoeocogénico 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 corticosteroides⁵. 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^{2,6}. 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%².

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.

BIBLIOGRAFÍA

- González-Gay M, García Porrua 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.

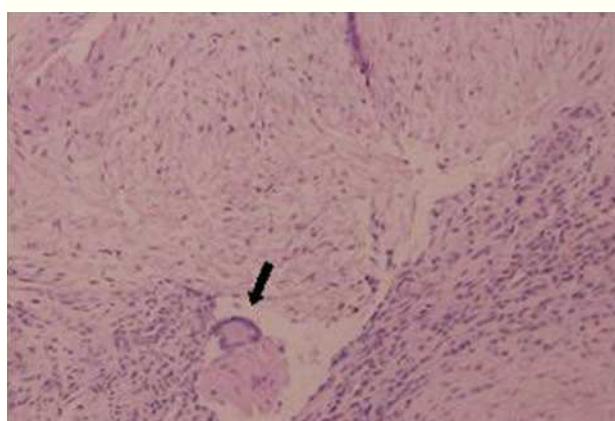


Fig. 3. Biopsia de arteria temporal derecha del paciente. Infiltrado inflamatorio linfocitario con células gigantes multinucleadas (flecha) (tinción hematoxilina-eosina, 100).