

# Valor añadido de incluir carótida y subclavia en la ecografía de arteritis de células gigantes: Respondiendo a las cuestiones pendientes de las recomendaciones EULAR 2023

Eugenio de Miguel, Elisa Fernández-Fernández, Noelia Cabaleiro-Raña, Irene Monjo-Henry. Servicio de Reumatología, Hospital Universitario La Paz.

## Introducción y Objetivos

El objetivo es responder a una necesidad no cubierta planteada en las recomendaciones EULAR sobre el uso de la imagen en la arteritis de células gigantes (ACG): Analizar el valor añadido en el diagnóstico, en la monitorización de la actividad y en la predicción de recaídas, de la evaluación ecográfica de todos los vasos supraaórticos en comparación con la evaluación aislada de la arteria axilar en la ACG de vaso grande (ACG-VG).

## Resultados

- La cohorte A incluyó 44 pacientes (edad media de 72.8±7.6 años, 24 mujeres), y 42 controles con arteriosclerosis.
- La cohorte B incluyó 23 pacientes (12 mujeres, edad media 75±7.6 años).
- En la cohorte A la inclusión de la arteria subclavia aumentó en un 12% la sensibilidad para el diagnóstico de ACG-VG (Tabla 1), mientras que en la cohorte B lo hacía en un 10%.
- El valor discriminativo de la carótida en ambas series fue menor con pérdida de especificidad, aunque en casos con alta probabilidad pretest podría ayudar al diagnóstico.

Tabla 1. Número arterias con grosor intima media ≥ 1 mm en los grupos ACG y aterosclerosis

Arteria	ACG (n=44)		Aterosclerosis (n=42)	
Axilar	Derecha	27	Derecha	2
	Izquierda	23	Izquierda	1
	Bilateral	19	Bilateral	1
	Cualquiera	31	Cualquiera	2
Subclavia	Derecha	20	Derecha	2
	Izquierda	25	Izquierda	1
	Bilateral	20	Bilateral	0
	Cualquiera	30	Cualquiera	3
Carótida común distal	Derecha	21	Derecha	8
	Izquierda	19	Izquierda	11
	Bilateral	12	Bilateral	5
	Cualquiera	28	Cualquiera	14
Carótida común proximal	Derecha	4	Derecha	3
	Izquierda	9	Izquierda	3
	Bilateral	2	Bilateral	1
	Cualquiera	11	Cualquiera	5

Tabla 2. Índices OGUS de 2, 4 y 6 vasos a los 3 meses de inicio de tratamiento en pacientes con ACG con y sin recaídas

		OGUS2VG Axilares		OGUS4VG Axilares y subclavias		OGUS6VG Axilares, subclavias y carótidas	
		Recaída n=12	No Recaída n=11	Recaída n=12	No Recaída n=11	Recaída n=12	No Recaída n=11
Media		1,2950	1,1130	1,2783	1,0845	1,1000	1,0364
Mediana		1,2250	1,1150	1,2500	1,1500	1,0450	,9400
Desviación standard		,37602	,32958	,30424	,29767	,21162	,26086
Percentiles	10	,8450	,5550	,8440	,6400	,8090	,6720
	20	1,0400	,8020	1,0000	,8440	,9020	,8440
	25	1,1100	,8625	1,0650	,8500	,9525	,8500
	30	1,1360	,9230	1,1820	,8560	,9590	,8620
	40	1,1600	1,0320	1,2040	,8680	1,0200	,8940
	50	1,2250	1,1150	1,2500	1,1500	1,0450	,9400
	60	1,2900	1,1800	1,2880	1,2260	1,1180	1,1440
	70	1,3650	1,3750	1,3160	1,3340	1,2930	1,2160
	75	1,4625	1,4625	1,4850	1,3400	1,3125	1,2400
	80	1,5000	1,4900	1,5700	1,3460	1,3400	1,2460
	90	2,0600	1,5450	1,8310	1,5100	1,4190	1,4900
OGUS= Índice ecográfico Omeract de ACG; VG= vaso grande							

## Métodos

- Se incluyeron dos cohortes:
  - Cohorte A: Pacientes con diagnóstico de ACG-VG y controles con aterosclerosis.
  - Cohorte B: Pacientes con ACG-VG seguidos prospectivamente.
- Se realizó ecografía de las arterias axilares, subclavias y carótidas considerando patológico un grosor intima media (GIM) ≥1 mm.
- Se calculó el recuento de halos y el OGUS modificado (aplicado únicamente a los VG y añadiendo a la arteria axilar las carótidas y subclavias).
- OGUS de axilares y subclavias mostró mayor sensibilidad al cambio, con reducciones significativas a partir del sexto mes, mientras que el OGUS original de axilares no lo hacía hasta los dos años y medio.
- El OGUS de 6 ramas (con carótidas), consigue significación estadística a partir de los 18 meses, con lo cual también muestra superioridad a la inclusión exclusiva de axilares.
- Se observó una tendencia (sin alcanzar significación estadística) a una mayor reducción del índice OGUS de 4 VG y unos menores valores en el GIM en los pacientes que no tienen recaídas, tanto a partir de los tres meses como de los seis meses.
- Los pacientes con recaídas presentan menores valores basales de todos los índices OGUS y menores reducciones del OGUS a los 3 meses (Tabla 2).

## Conclusiones

- Incluir la arteria subclavia en la evaluación ecográfica de VG incrementa el diagnóstico de ACG-VG en un 10-12%.
- Añadir subclavias aumenta la sensibilidad al cambio frente al OGUS original.
- El OGUS de VG muestra tendencia a correlacionarse con la presencia de recaídas de la enfermedad.
- La evaluación ecográfica de la ACG-VG debería incluir al menos entre 4 y 6 vasos frente a la inclusión exclusiva de la arteria axilar.