

# CIRCUITO *FAST TRACK* PARA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: NUESTRA EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA

Álvaro Román Perea, Minerva Berrocal Acedo, Rosalía Martínez Pérez, Maite Odriozola Gil, Victoria María Peinado Nuño, María Luisa Velloso Feijóo.  
UGC Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme.



## INTRODUCCIÓN

La **arteritis de células gigantes (ACG)** es una vasculitis sistémica que afecta a vasos de mediano y gran calibre. Clásicamente, el diagnóstico se centraba en la biopsia de arteria temporal, pero recientemente han adquirido mayor protagonismo las **pruebas de imagen**, principalmente la **ecografía de arterias temporales y axilares**, con sus correspondientes **signos del halo y de la compresión** (imagen 1). Su complicación más temida es la **ceguera**, por lo que es primordial el **inicio precoz de corticoterapia** por el alto riesgo de pérdida visual.

Los **Circuitos *Fast Track*** (CFT) para ACG nacieron para reducir estas complicaciones isquémicas, realizando una evaluación clínica y ecográfica rápida e iniciando la terapia si está indicada.

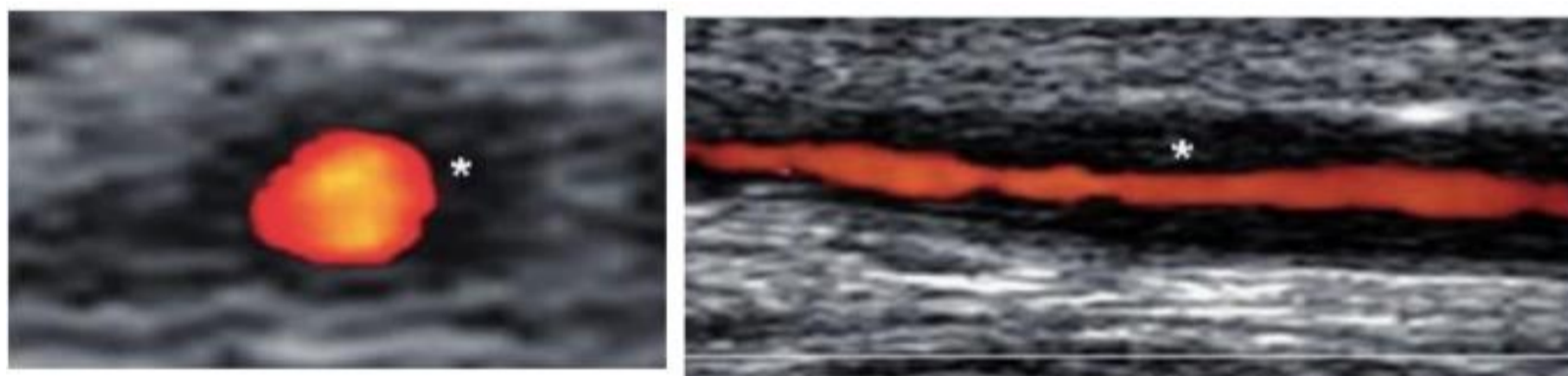


Imagen 1.

## OBJETIVOS

Describir nuestra experiencia con la implantación del Circuito *Fast Track* en el Hospital de Valme de Sevilla y su capacidad diagnóstica y terapéutica.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo. Evaluación precoz y realización de ecografía a todos los pacientes con sospecha de ACG desde enero 2024. Análisis mediante SPSS de variables demográficas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas.

## RESULTADOS

Se evaluaron **23 pacientes** con sospecha de ACG cuyas **características basales y clínicas** se muestran en la **tabla 1**.

Los datos correspondientes a la **evaluación y manejo de pacientes por parte del Circuito *Fast Track*** se muestra en la **tabla 2**.

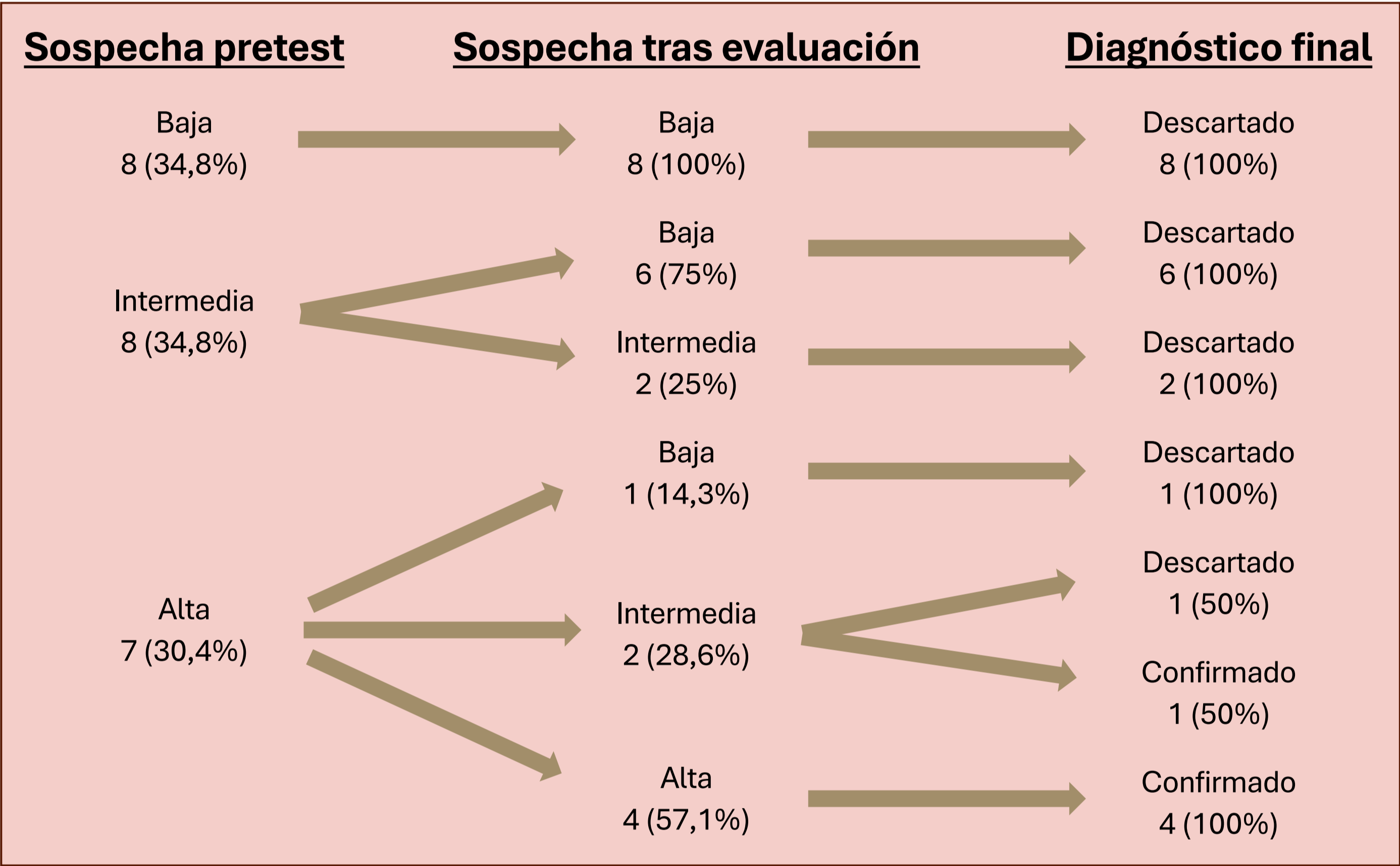
		ACG confirmada	ACG descartada
Características basales	Total pacientes	5 (21,7%)	18 (78,3%)
	Sexo		
	• Mujeres	2 (40%)	13 (72,2%)
	• Varones	3 (60%)	5 (27,8%)
	Edad media (años)	76,2±10,9	72,3±9,5
	Fumador/exfumador	3 (30%)	7 (38,9%)
	Bebedor	2 (40%)	2 (11,1%)
	Hipertensión arterial	5 (100%)	12 (66,7%)
	Diabetes mellitus tipo 2	2 (40%)	6 (33,3%)
Características clínicas	Dislipemia	2 (40%)	11 (61,1%)
	Polimialgía reumática	0 (0%)	1 (5,6%)
	Síndrome constitucional	3 (60%)	3 (16,7%)
	Fiebre	1 (20%)	5 (27,8%)
	Cefalea	4 (80%)	12 (66,7%)
	Alodinia en cuero cabelludo	1 (20%)	0 (0%)
	Claudicación mandibular	3 (60%)	0 (0%)
	Amaurosis fugax o ceguera	3 (60%)	3 (16,7%)
	Otras alteraciones visuales	3 (60%)	0 (0%)
Exploración física	Clínica vascular craneal	0 (0%)	4 (22,2%)
	Clínica vascular extracraneal	0 (0%)	1 (5,6%)
	Debilidad de cinturas	1 (20%)	2 (11,1%)
	Otro diagnóstico alternativo	1 (20%)	8 (44,4%)
	Anomalías en AT	2 (40%)	0 (0%)
	Neuritis óptica isquémica anterior (NOIA)	2 (40%)	1 (5,6%)
	Debilidad de cinturas	1 (20%)	1 (5,6%)
	Elevación de RFA	5 (100%)	10 (55,6%)
	VSG (mm/h, media)	99±38,2	52,6±38,4
Laboratorio	PCR (mg/L, media)	85±80,4	27,8±39,1
	Anemia	3 (60%)	6 (33,3%)
	Trombocitosis	1 (20%)	1 (5,6%)
	Alteración de perfil hepático	0 (0%)	1 (5,6%)

Tabla 1. Características clínicas y demográficas por subgrupos.

		ACG confirmada	ACG descartada
Procedencia del paciente	Urgencias	2 (40%)	1 (5,6%)
	Enfermedades Infecciosas	2 (40%)	4 (22,2%)
	Neurología	1 (20%)	7 (38,9%)
	Reumatología	0 (0%)	6 (33,3%)
Tiempo de contacto hasta evaluación	<24h	5 (100%)	12 (66,7%)
	>48h	0 (0%)	6 (33,3%)
Ecografía vascular	Arterias temporales	5 (100%)	18 (100%)
	• Signo del halo	3 (60%)	0 (0%)
	• Signo de la compresión	3 (60%)	0 (0%)
	Arterias axilares	3 (60%)	14 (77,8%)
	• Signo del halo	1 (20%)	0 (100%)
	• Signo de la compresión	0 (0%)	0 (0%)
Realización de otras pruebas de imagen	Angio-TC o angio-RM	5 (100%)	3 (16,7%)
	• No diagnóstico	3 (60%)	3 (16,7%)
	• Patológico	2 (40%)	0 (0%)
	PET-TC	3 (60%)	4 (22,2%)
	• No diagnóstico	2 (40%)	4 (22,2%)
	• Patológico	1 (20%)	0 (0%)
Tratamiento	Instauración de tratamiento precoz	5 (100%)	2 (11,1%)
	Glucocorticoides	5 (100%)	2 (11,1%)
	• Pulsos metilprednisolona	5 (100%)	1 (50%)
	• Dosis moderadas	0 (0%)	1 (50%)
	FAME	4 (80%)	0 (0%)
	• Metotrexato	4 (100%)	0 (0%)
	• Tocilizumab	2 (50%)	0 (0%)
	Respuesta al tratamiento	5 (100%)	0 (0%)

Tabla 2. Evaluación y manejo de pacientes por subgrupos.

Se establecieron **probabilidades pretest** de ACG según sospecha clínica, la cual se modificó tras la evaluación por el Circuito *Fast Track*, realizándose pruebas complementarias e inicio de tratamiento según esta para **confirmar o descartar el diagnóstico de ACG**. Así, se confirmó **ACG en 5 pacientes (21,7%)**.



- ❖ Se observa **correlación estadísticamente significativa** entre el grado de sospecha inicial con la probabilidad tras evaluación (p=0,005) y con el diagnóstico final (p=0,002).
- ❖ El tiempo desde el contacto hasta la evaluación fue **menos de 24 horas** en el 73,9%. Todos los pacientes evaluados tras más de 24 horas tenían sospecha clínica baja (a tener en cuenta también el inconveniente de los días no laborables).
- ❖ **No se realizó ninguna biopsia de arteria temporal.**
- ❖ La **respuesta al tratamiento** en pacientes con ACG confirmada fue: **total** (60%) y **parcial** (40%). Un paciente presentó **secuelas de ACG** (ceguera permanente). Un paciente presentó **secuelas del tratamiento** (sepsis y éxitus por inmunosupresión).

## CONCLUSIONES

Se demuestra la importancia de la ecografía y de los Circuitos *Fast Track* para ACG en práctica clínica, permitiendo un **diagnóstico e instauración de tratamiento precoces** para **evitar las secuelas del diagnóstico tardío** así como los **efectos secundarios de la terapia** en pacientes en que no está indicada. No obstante, es importante aplicar mejoras como la incorporación de la **medición ecográfica del grosor íntima-media**, y una mayor **colaboración interdisciplinar** para evitar la demora en realización de biopsia de arteria temporal y PET-TC en casos dudosos.