

IMPACTO DE LOS FENOTIPOS EN EL PRONÓSTICO Y SUPERVIVENCIA DE LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

Patricia Moya Alvarado¹, Marta Domínguez-Álvaro², Iñigo Hernández-Rodríguez³, Elisa Fernández-Fernández⁴, Maite Silva-Díaz⁵, Joaquín María Belzunegui⁶, María J. García-Villanueva⁷, Vanessa Andrea Navarro⁸, Joan Calvet^{9,10}, Ivette Casafont-Solé¹¹, Jose A Román Ivorra¹², Selene Labrada Arrabal¹³, Margarida Vasques Rocha¹⁴, Carlota L Iñiguez¹⁵, María Sagrario Bustabad Reyes¹⁶, Cristina Campos Fernández¹⁷, María Alcalde Villar¹⁸, Antonio Juan Mas¹⁹, Francisco-Javier Prado-Galbarro²⁰, Ricardo Blanco²¹ on behalf of the ARTESER Project Collaborative Group

¹Servicio de Reumatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, ²Unidad de Investigación, Sociedad Española de Reumatología, Madrid ³Servicio de Reumatología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, ⁴Servicio de Reumatología, Hospital Universitario La Paz. Madrid, ⁵Servicio de Reumatología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruna, A Coruna, ⁶Servicio de Reumatología, Hospital of Donostia, San Sebastian, ⁷Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, ⁸Servicio de Reumatología, Complex Hospitalari Universitari Moisès Broggi, Barcelona, ⁹Servicio de Reumatología, Parc Taulí Hospital Universitari. Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí (I3PT-CERCA), Sabadell, España, ¹⁰Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell, ¹¹Servicio de Reumatología, Hospital Germans Trias i Pujol, Barcelona, ¹²Servicio de Reumatología, Hospita Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, ¹³Servicio de Reumatología, Hospital del Mar, Barcelona, ¹⁴Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz, ¹⁵Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, Galicia, ¹⁶Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Canarias, ¹⁷Servicio de Reumatología, Consorci Hospital General Universitari de València, Valencia, Comunitat Valenciana, ¹⁸Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Severo Ochoa Leganes, Leganes, Madrid, ¹⁹Servicio de Reumatología, Hospital Universitari Son Llàtzer, Palma de Mallorca, ²⁰Servicio de Investigación, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México, ²¹Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Immunopathology Group-IDIVAL, Santander.

Introducción: La ACG clásicamente se asociaba a inflamación de arterias craneales, pero estudios con imágenes avanzadas han demostrado la frecuente participación de arterias extracraneales. Esto ha llevado a clasificar la enfermedad en tres fenotipos: craneal (C-ACG), grandes vasos (LV-ACG) y mixto (M-ACG). La ¹⁸F FDG PET/TC es una herramienta clave para detectar inflamación vascular y diferenciar entre estos subtipos, aunque no está claro si el pronóstico de la ACG se ve influenciado por el fenotipo.

Objetivo: Evaluar los beneficios clínicos del PET/TC en pacientes con ACG de reciente diagnóstico, analizando su impacto en el pronóstico según los distintos fenotipos de la enfermedad.

Métodos: Análisis retrospectivo dentro del registro multicéntrico ARTESER, que incluyó a 348 pacientes diagnosticados de ACG y con prueba PET realizada entre 2013 y 2019 en 26 hospitales españoles. Los pacientes fueron en clasificados en C-ACG, LV-ACG y M-ACG. Las variables analizadas incluyeron características clínicas, comorbilidades, patrones de tratamiento, efectos adversos y mortalidad.

Resultado: Los pacientes con C-ACG eran significativamente mayores y presentaban más síntomas visuales y comorbilidades como hipertensión y enfermedad cardiovascular. Además, recibieron mayores dosis de glucocorticoides, administrados más rápidamente tras el diagnóstico. En contraste, los pacientes con LV-ACG tuvieron menos efectos adversos relacionados con glucocorticoides, menor uso de aspirina y tasas más bajas de hipertensión y diabetes. Aunque la mortalidad fue mayor en pacientes con C-ACG (n:9;7.2%) frente a LV-ACG (n:1; 2.3%), estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (Tabla 1). Los análisis de supervivencia tampoco mostraron diferencias entre los subtipos, salvo una supervivencia más prolongada en pacientes con afectación de más de tres segmentos aórticos.

Abreviación (N)	C-CGA (125)	M-CGA (180)	LV-CGA (43)	Aórtica pura vs otros; P value
Tiempo de seguimeinto, meses, mediana (95% IQR)	17.0 (7.6 - 33.8)	21.0 (10.4 - 32.8)	14.2 (10.1 - 23.7)	0.251
Visitas a Urgencias, media (SD)	2.48 (2.2)	2.97 (3.3)	2.15 (3.3)	0.472
Ingresos hospitalarios, media (SD)	1.51 (1.3)	1.87 (1.5)	1.38 (0.7)	0.488
Relacionados con CV, n (%)	7 (5.6)	11 (6.1)	3 (7.0)	0.782
Recaídas, n (%)	10 (8.0)	12 (6.7)	0 (0.0)	0.069
Efectos adversos a GCs, n (%)	41 (32.8)	25 (13.9)	5 (11.6)	0.127
Tiempo inicio síntomas y GCs, dias, media	72.7 (128.3)	112.0 (270.9)	212.2 (269.5)	0.002
Muerte, n (%)				
Todas las causas	9 (7.2)	7 (3.0)	1 (2.3)	0.406
Causas CV	0 (0.0)	1 (0.8)	0 (0.0)	NA
Causas cerebrovasculares	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	NA
Tiempo de supervivencia, dias, media (SD)	625.97 (472.4)	721.89 (535.88)	565.15 (435.66)	0.164

Conclusiones: El PET/TC basal permitió identificar diferencias significativas entre los subtipos de ACG, particularmente en comorbilidades, patrones de tratamiento y efectos adversos. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en la mortalidad general entre los fenotipos. Este estudio resalta la utilidad del PET/TC para caracterizar la ACG, pero su impacto clínico en el manejo y pronóstico a largo plazo requiere mayor investigación.