

Evaluación del Pretest Probability Score y la ecografía en el diagnóstico de arteritis de células gigantes: experiencia en la práctica clínica

Uxía Couto Lareo¹, Carmen San José Méndez¹, Vanesa Balboa Barreiro², Lara Davila¹, Nerea Esquirol¹, Diego Dios¹, Francisco Javier Blanco¹, Bruno de Aspe¹, Antonio Atanes¹, Carlos Fernández¹, Mercedes Freire¹, Guillermo González¹, Jenaro Graña¹, Natividad Oreiro¹, Jose Antonio Pinto¹, Javier Seoane¹, Clara Ventín¹, Francisco Javier De Toro Santos^{1,3}, Ana Lois Iglesias¹, Maite Silva Díaz¹.

1: Departamento de Reumatología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). Instituto de Investigación Biomédica A Coruña (INIBIC). España. 2: Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). Instituto de Investigación Biomédica A Coruña (INIBIC). España. 3: Universidad de A Coruña (UDC).

Introducción

La arteritis de células gigantes (ACG) es la vasculitis más prevalente en mujeres mayores de 70 años (1). Su diagnóstico precoz es importante para prevenir las complicaciones isquémicas y evitar administrar corticoides a pacientes que no presentan la enfermedad (2). Por ello surgen la ecografía de arterias temporales y axilares (ECO) y “scores” clínicos como el probability pretest score (PTPS) (3,4).

Objetivo

Definir la sensibilidad y especificidad de ECO y PTPS en una cohorte de pacientes con sospecha de ACG de nuestro hospital.

Métodos

Análisis de una cohorte retrospectiva de pacientes con sospecha de ACG derivados al servicio de Reumatología (enero 2019-septiembre 2024).

Se recopilaron variables demográficas y clínicas, analizándose de forma descriptiva y comparativa en funcion del diagnóstico.

Se empleó un ecógrafo Esaote MylabSix con sonda lineal de 10-22 MHz y Doppler de 12,5 MHz hasta 2023. Posteriormente se uso un Canon aplio a. Se consideraron positivas las ECO con halo hipoecoico no compresible o grosor de íntima-media superior los puntos de corte establecidos.

Se evaluó la capacidad predictiva de las pruebas a través de curvas ROC, determinando sensibilidad, especificidad, valores predictivos y AUC.

El diagnóstico final fue clínico, realizado por un reumatólogo.

Tabla 1. Descripción de variables clínicas recogidas.								
		Total sujetos n = 216		No ACG n = 144		ACG n = 72		p
		n	%	n	%	n	%	
Sexo	Mujeres	128	59,26	84	58,33	44	61,11	0,695
	Hombres	88	40,74	60	41,67	28	38,89	
Diagnóstico previo ACG		9	4,17	3	2,08	6	8,33	0,147
Cefalea		130	60,19	76	52,78	54	75,00	0,002
Polimialgia reumática		92	42,19	59	40,97	33	45,83	0,789
Fiebre		33	15,18	26	18,06	15	20,84	0,724
Síndrome general	Astenia	71	35,65	36	25	35	48,61	<0,001
	Anorexia	48	22,22	29	20,14	19	26,39	0,298
	Pérdida peso	63	29,17	40	27,78	23	31,94	0,525
S.isquémicos (no visual)		65	30,09	31	21,53	34	47,22	<0,001
Claudicación mandibular		50	23,15	15	10,42	35	48,61	<0,001
ACV	AIT	7	3,24	5	3,47	2	2,78	0,709
	ictus isquémico	6	2,78	5	3,47	1	1,39	
	ictus hemorrágico	1	0,46	1	0,69	0	0,00	
Visual: NOIA, DPAR, OACR, amaurosis		66	30,56	39	27,08	27	37,50	0,117
Arteria temporal alterada		73	33,80	28	19,44	45	62,50	<0,001
Arteria extracraneal alterada		12	5,56	1	0,69	11	15,28	<0,001
Hipersensibilidad cuero cabelludo		35	16,20	8	5,56	27	37,50	<0,001

ACG: arteritis de células gigantes, AIT: accidente isquémico transitorio, ACV: accidente cerebrovascular, DPAR: defecto pupilar aferente. NOIA: neuritis óptica isquémica, OACR: obstrucción de la arteria central de la retina.

Tabla 2. Descripción de variables analíticas recogidas.								
		Total		No ACG		ACG		p
		Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Hemoglobina (g/dL)		12,25	1,89	12,55	1,76	11,80	1,50	0,002
Plaquetas (x 10^9/L)		324,99	138,54	300,51	126,60	372,07	132,09	<0,001
PCR (mg/dl)		6,56	7,95	5,10	5,99	8,76	8,52	<0,001
VSG (mm/h)		68,36	36,8	61,57	36,14	82,01	33,24	<0,001
Fosfatasa alcalina (UI/L)		125,77	311,74	105,01	225,09	91,06	37,46	0,443

PCR: proteína C reactiva, VSG: velocidad de sedimentación globular.

Tabla 3. Pruebas diagnósticas y resultado en función del diagnóstico de ACG.								
		Total		no-ACG		ACG		p
		n	%	n	%	n	%	
ECO	negativo	155	71,76	138	95,83	20	28,17	<0,001
	positivo	57	26,39	6	4,17	51	71,83	
BAT	negativo	71	33,02	48	100	23	41,82	<0,001
	positivo	32	14,88	0,00	0,00	32	58,18	
PTPS	bajo (<9)	54	25,00	48	33,33	6	8,33	<0,001
	intermedio (9-12)	86	39,81	71	49,31	15	20,83	
	alto (>12)	76	35,19	25	17,36	51	70,83	

Resultados

Se analizaron 216 sujetos con una edad media de 74,91 (±9,12DE) años. Confirmándose el diagnóstico de ACG en 72 (33%).

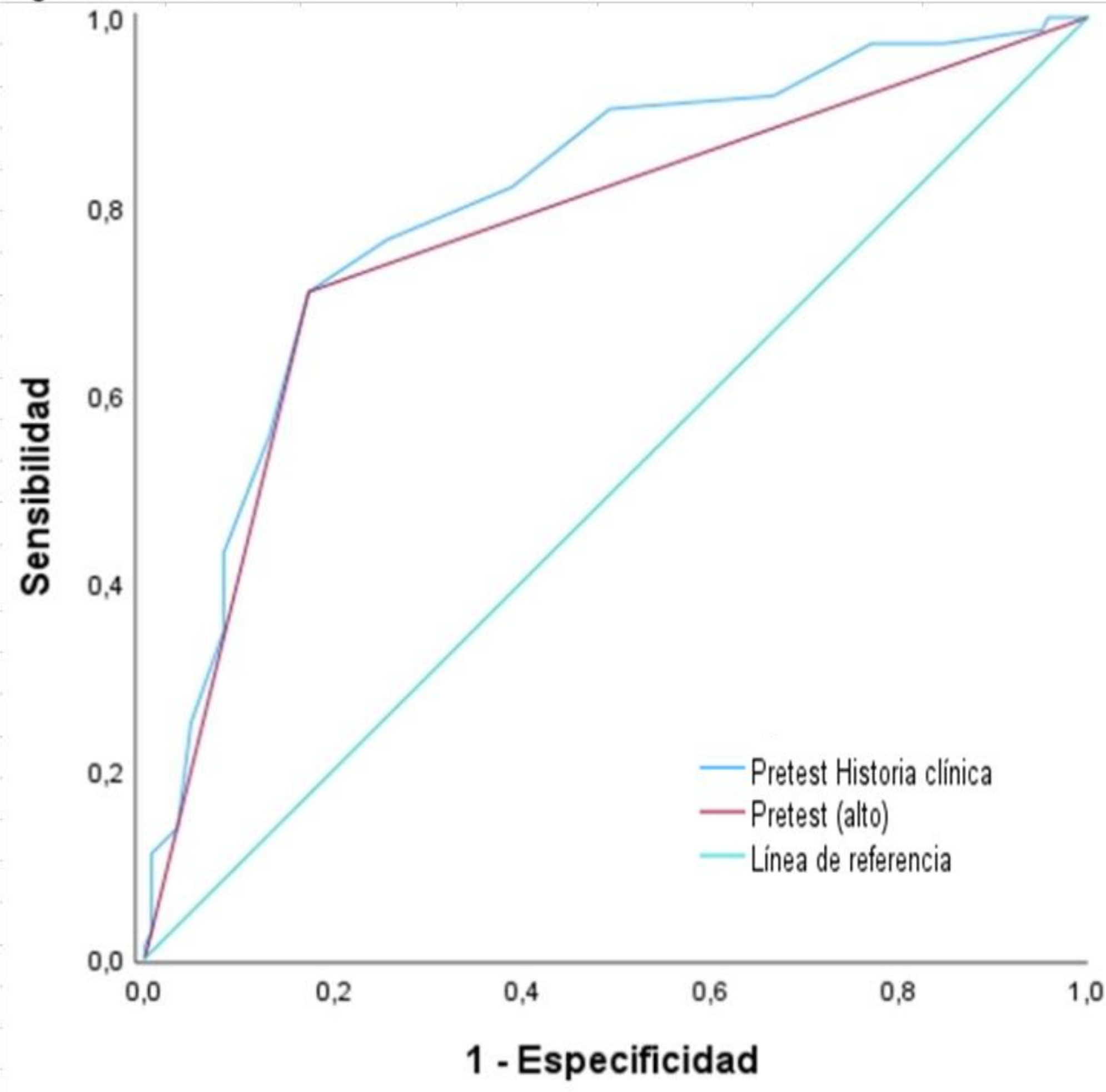
Los pacientes con ACG presentaron con más frecuencia cefalea, astenia, síntomas isquémicos, claudicación mandibular, hipersensibilidad de cuero cabelludo y alteraciones en la arteria temporal que aquellos sin ACG (p<0,05) (Tabla 1). Se encontraron cifras más elevadas de plaquetas, PCR y VSG y más bajas de hemoglobina en pacientes con ACG (p<0.05) (Tabla 2).

71% de los pacientes con ACG tuvieron ECO positiva y el 70% obtuvieron una puntuación alta en el PTPS. La BAT fue positiva en el 58%. Los valores del PTPS fueron bajo-intermedio en el 82% de los pacientes sin ACG (Tabla 3). PTPS mostró una buena capacidad discriminativa con un área bajo la curva ROC (AUC) de 0,8, sensibilidad del 71% y especificidad del 82% (Fig 1 y Tab 4). La ECO demostró alta precisión diagnóstica en ACG, con un AUC de 0,83, sensibilidad del 71% y especificidad del 95% (Fig 2 y Tab 5).

Conclusiones

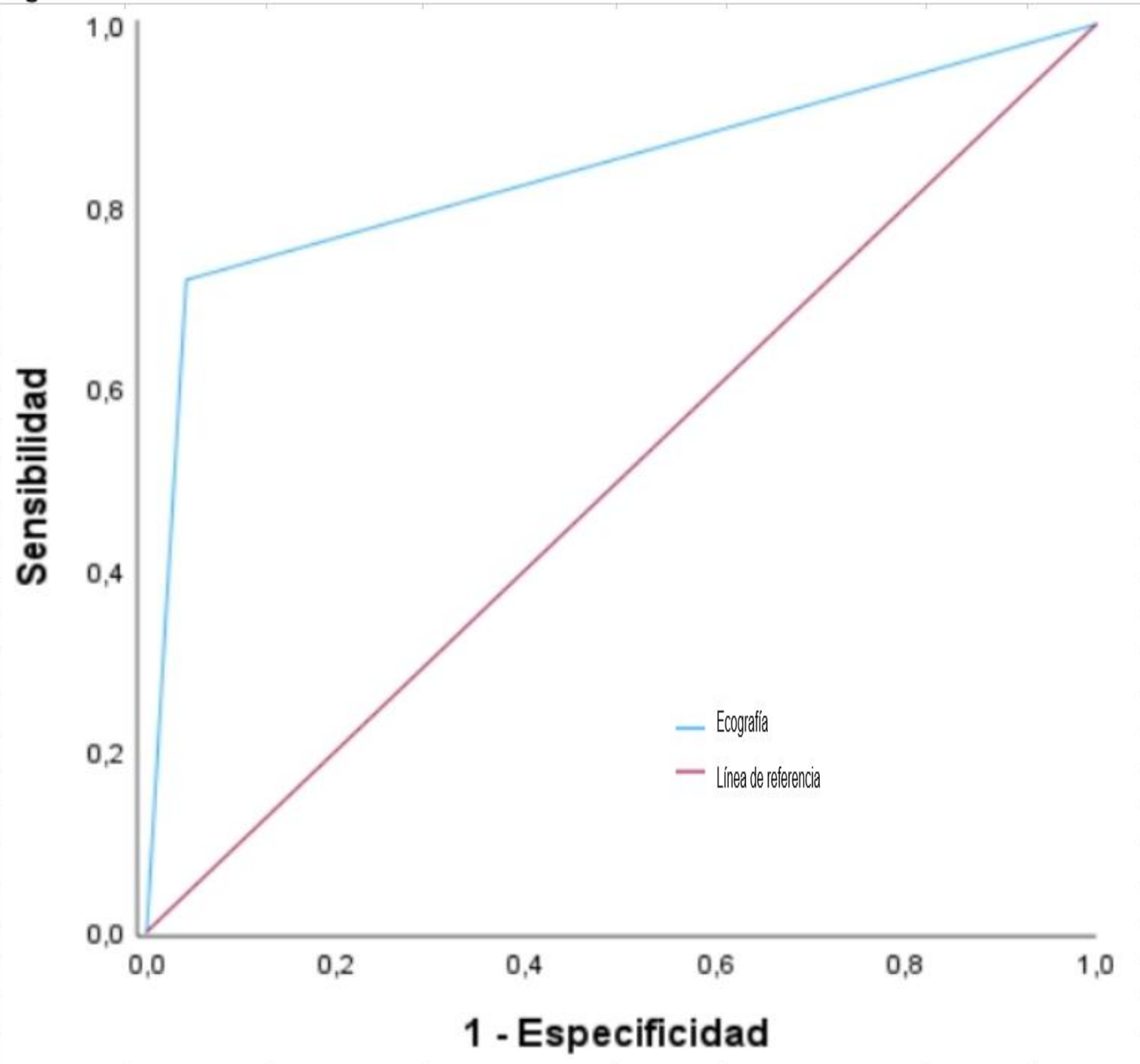
- PTPS es una herramienta efectiva para estratificar el riesgo de ACG.
- ECO ha demostrado ser una fiable en el diagnóstico de ACG con una gran especificidad (95%).

Figura 1. AUC del PTPS



Sensibilidad	70,83%	Valor predictivo positivo	67,11%
Especificidad	82,64%	Valor predictivo negativo	85,00%
AUC	0,804		

Figura 2. AUC de ECO



Sensibilidad	71,83%	Valor predictivo positivo	89,47%
Especificidad	95,83%	Valor predictivo negativo	87,34%
AUC	0,838		

Bibliografía

- Ponte C et al. Diagnosis of giant cell arteritis. Rheumatology. 2020 May 1;59(Supplement_3):iii5–16.
- Lyons HS, et al. A new era for giant cell arteritis. Eye. 2020 Jun 3;34(6):1013–26.
- Laskou F, et al. A probability score to aid the diagnosis of suspected giant cell arteritis. Clin Exp Rheumatol. 2019;37 Suppl 117(2):104–8.
- van Nieuwland M, et al. Diagnostic delay in patients with giant cell arteritis: results of a fast-track clinic. Clin Rheumatol. 2024 Jan 31;43(1):349–55.

