

Evaluación del impacto de los factores de riesgo cardiovascular en la ecografía de arterias temporales y Probability Pretest Score en el diagnóstico de arteritis de células gigantes

Carmen San José Méndez¹, Uxía Couto Lareo¹, 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}, Maite Silva Díaz¹, Ana Lois Iglesias¹

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

Introducción

La arteritis de células gigantes (ACG) es la vasculitis más común en mayores de 65 años (1). Se ha estudiado su relación con los factores de riesgo cardiovascular [hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) y dislipemia (DL)], sugiriendo que pueden influir en su presentación y pronóstico (2). Existen pocos datos de su influencia en escalas clínicas como el probability pretest score de Southend (PTPS) y en pruebas diagnósticas como la ecografía de arterias temporales y axilares (ECO) (3).

Objetivo

Evaluar la relación de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV): HTA, DM y DL en la aplicación del PTPS y ECO en el diagnóstico de pacientes con sospecha de ACG.

Métodos

- Cohorte retrospectiva de pacientes con sospecha de ACG derivados al servicio de Reumatología entre enero de 2019 y septiembre de 2024
- Se recogen datos demográficos, clínicos, analíticos y el resultado de la ECO.
- Se tomó como diagnóstico de HTA, DM o DL si constaba en la historia clínica o si se encontraban a tratamiento activo para alguna de las mismas.
- La asociación entre variables cuantitativas fue analizada mediante Chi-cuadrado. La asociación entre los FRCV y el PTPS/ECO se realizó mediante una regresión logística.

Resultados

Se analizaron los datos de 216 pacientes, 59,26% eran mujeres con una media de edad de 74,91 (±9,12DE) años. El FRCV más frecuente fue la HTA en ambos grupos del estudio (65.28% en no-ACG y 56.94% en ACG). No hubo diferencias significativas en la presencia de FRCV entre los grupos ni en cuanto a la presencia de síntomas según el FRCV (Tabla 1). Ningún FRCV demostró asociación significativa con el resultado de la ECO (Tabla 2). No se encontró asociación significativa entre HTA o DM con los valores del PTPS. La DL demostró una asociación significativa con una puntuación alta del PTPS (Tabla 3).

Conclusiones

- Los pacientes con sospecha de ACG que padecen dislipemia tienen un mayor riesgo de obtener una puntuación PTPS alta.
- El padecer HTA o DM no aumenta el riesgo de obtener una puntuación de PTPS alta.
- Futuros estudios son necesarios para evaluar la relación de la dislipemia y el PTPS.
- No se ha encontrado relación entre la presencia de FRCV y el resultado de la ECO.

Bibliografía

1. Prieto-Peña, D., et al. (2023). Prevalence and impact of cerebrovascular risk factors in patients with giant cell arteritis. Medicina Clínica.
2. Agueda, A., et al. (2016). Influence of traditional risk factors of atherosclerosis in the development of giant cell arteritis. Pathophysiology.
3. Laskou, F., et al. (2019). A probability score to aid the diagnosis of suspected giant cell arteritis. Clinical and Experimental Rheumatology, PMID: 30767870.

Tabla 1. Descriptivo de los síntomas clínicos en función del factor de riesgo cardiovascular													
Total (n = 216)		Hipertensión arterial (n =135)				Dislipemia (n = 115)				Diabetes mellitus (n = 45)			
		ACG (n = 41)		No-ACG (n = 94)		ACG (n = 35)		No-ACG (n = 80)		ACG (n = 14)		No-ACG (n = 31)	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo	Mujer	24	58,54	54	57,45	22	62,86	43	53,75	7	50	20	64,51
	Hombre	17	41,46	40	42,55	13	37,14	37	46,25	7	50	11	35,48
Cefalea		32	78,05	51	54,26	31	88,57	42	52,50	10	71,42	16	51,61
Polimialgia reumática		19	46,34	37	39,36	15	42,86	37	46,25	5	35,71	16	51,61
Síndrome constitucional		24	58,54	39	41,49	20	57,14	33	41,25	11	78,57	15	48,38
Claudicación mandibular		22	53,66	10	10,64	15	42,86	8	10,00	8	57,14	5	16,12
Isquémicos		21	51,22	22	23,40	15	42,86	16	20,00	7	50	9	29,03
Visual		17	41,46	27	28,72	15	42,86	19	23,75	4	28,57	6	19,35
A,temporal alterada		28	68,29	20	21,28	24	68,57	15	18,75	9	64,28	6	19,35
A,extracraneal afectada		6	14,63	1	1,06	3	8,57	0	0,00	3	21,428	0	0
Hipersensibilidad cuero cabelludo		14	34,15	5	5,32	13	37,14	6	7,50	5	35,71	0	0
PTPS	bajo-med	9	21,95	77	81,91	5	14,29	60	75,00	3	21,42	25	80,64
	alto	32	78,05	17	18,09	30	85,71	20	25,00	11	78,57	6	19,35
ECO positiva		29	70,73	5	5,32	23	65,71	4	5,00	10	71,43	1	3,22

Tabla 2. Evaluación de la presencia de FRCV en la ecografía (ECO)

		ECO negativo		ECO positivo		p	OR
		n	%	n	%		
HTA (n=135)	si	101	63,92	34	59,65	0,567	0,834
	no	57	36,08	23	40,35		
DL (n=115)	si	88	55,7	27	47,37	0,281	0,716
	no	70	44,3	30	52,63		
DM (n=45)	si	34	21,52	11	17,86	0,561	0,793
	no	124	78,48	46	82,14		

Tabla 3. Evaluación de la presencia de FRCV en el PTPS

		PTPS bajo/med (≤12)		PTPS alto (>12)			
		n	%	n	%	p	OR
HTA (n=135)	si	86	61,43	49	64,47	0,659	1,14
	no	54	38,57	27	35,53		
DL (n=115)	si	65	46,43	50	65,79	0,006	2,219
	no	75	53,57	26	34,21		
DM (n=45)	si	28	20	16	21,33	0,817	1,085
	no	112	80	59	78,67		

