

Comparativa entre ecografía Doppler frente a la biopsia de arteria temporal en el diagnóstico de la arteritis de células gigantes. Debate abierto



Comparison Between Power Doppler Ultrasound and Temporal Artery Biopsy in the Diagnosis of Giant Cell Arteritis. Open Debate

Sr. Editor:

Muy buena aproximación al debate entre ecografía Doppler y biopsia publicado por González Porto et al., donde los autores concluyen que la utilidad de la ecografía es limitada en la arteritis de células gigantes (ACG) y reconocen la necesidad de proyectos prospectivos¹. Consideramos también muy acertada la respuesta que da de Miguel, et al.², detallando datos técnicos y metodológicos, a los cuales nos gustaría sumar algunos comentarios con la finalidad de mejorar el procedimiento ecográfico en ACG.

Según las recomendaciones recientes EULAR 2018³, es importante disponer de una sonda multifrecuencia y se recomienda sonda de al menos 15 MHz, tal como comenta de Miguel et al. En nuestra experiencia nosotros también utilizamos frecuencias de 15 MHz para escala de grises y color Doppler (ganancia de 60% y PRF de 1,5-2 kHz), todo ello realizado por ecografistas entrenados en dicha técnica. Un detalle muy importante es que no debemos limitar la evaluación a las arterias temporales superficiales. De acuerdo con datos publicados por Schäffer et al.⁴, deberíamos medir y evaluar la íntima-media de la arteria temporal superficial común (punto de corte: 0,42 mm), la

rama parietal (0,29 mm), rama frontal (0,34 mm), arteria facial (0,37 mm) y la arteria axilar (1,0 mm), ya que todos ellos presentan una sensibilidad entre el 87% la más baja hasta un 100%.

Es aquí donde tal vez, como se comenta, una mejora progresiva del procedimiento, y un entrenamiento en dicha técnica, puede mejorar los parámetros de sensibilidad (S) y especificidad (E). De Miguel et al., revisando sus datos han mejorado estos años hasta obtener una S del 91,6% y una E del 95,83%⁵. En nuestro caso, en 2018, obtuvimos una S y E de 81,8 y 93,3%, respectivamente, con un valor predictivo positivo de 90,1% y un valor predictivo negativo de 87,5%, todo ello sin evaluar la arteria axilar, cosa que actualmente se recomienda inequívocamente realizar⁶.

Finalmente, respecto al debate abierto sobre la utilidad, como bien se ha comentado, el valor otorgado (5 puntos) a la ecografía en ACG, y el reciente documento de recomendaciones de EULAR³, considera que en manos expertas es una prueba de gran valor diagnóstico. Asimismo, se debe comentar que existen otros métodos de imagen complementarios que deben ser valorados para detectar la inflamación mural o luminal en arterias extracraneales de las vasculitis de grandes vasos como la ACG. Destacando también que, la ecografía tiene un valor limitado en casos de aortitis³.

A nuestro entender se debería realizar de acuerdo a un algoritmo de decisión acorde a que se trate de una cohorte de baja vs. alta sospecha clínica, y a partir del resultado decidir si realizar o no la biopsia de arteria temporal superficial. Este algoritmo sin embargo, merece otro debate en particular (fig. 1).

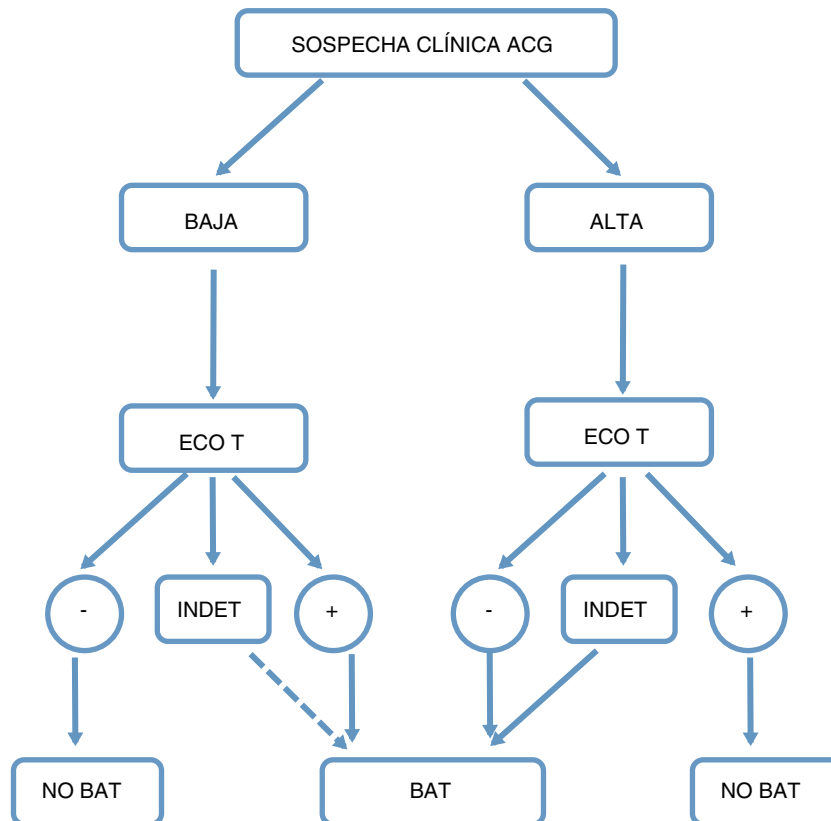


Figura 1. Propuesta de algoritmo de actuación ante la sospecha de arteritis de células gigantes (ACG). Alta sospecha clínica: edad >50 años y 1) con síntomas cefálicos exclusivos (cefalea de instauración reciente, claudicación mandibular o alteraciones visuales); 2) con polimialgia reumática, según criterios EULAR/ACR 2017; 3) con síndrome tóxico o febril inespecífico, una vez descartadas causas infecciosas y con despistaje para neoplasias negativo, y 4) con ictus en territorio vertebrobasilar, sin antecedentes cardiovasculares relevantes ni hallazgos de etiología aterogénica o embólica tras estudio dirigido. ACG: arteritis de células gigantes; BAT: biopsia arteria temporal; ECO T: ecografía arterias temporales; INDET: resultado indeterminado.

Bibliografía

- González Porto SA, Silva Díaz MT, Reguera Arias A, Pombo Otero J, González Rodríguez A, Valero Gasalla J. Estudio comparativo de la ecografía Doppler frente a la biopsia de arteria temporal en el diagnóstico de la arteritis de células gigantes. *Reumatol Clin.* 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2018.08.007>. S1699-258X(18)30187.
- De Miguel E, Monjo I. Respuesta a: Estudio comparativo de la ecografía Doppler frente a la biopsia de arteria temporal en el diagnóstico de la arteritis de células gigantes. *Reumatol Clin.* 2018.11.001.
- Dejaco C, Ramiro S, Duftner C, Besson FJ, Bley TA, Blockmans D, et al. EULAR recommendations for the use of imaging in large vessel vasculitis in clinical practice. *Ann Rheum Dis.* 2018;77:636–43.
- Schäfer VS, Juche A, Ramiro S, Krause A, Schmidt WA. Ultrasound cut-off values for intima-media thickness of temporal, facial and axillary arteries in giant cell arteritis. *Rheumatology (Oxford).* 2017;56:1479–83. <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/keu143>.
- Aranda-Valera IC, García Carazo S, Monjo Henry I, de Miguel Mendieta E. Diagnostic validity of Doppler ultrasound in giant cell arteritis. *Clin Exp Rheumatol.* 2017;103 Suppl 35:S123–7.
- Estrada Alarcón P, Reina D, Navarro Ángeles V, Cerdà D, Roig-Vilaseca D, Corominas H. Doppler ultrasonography of superficial temporal artery in a cohort of patients with strong clinical suspicion of giant cell arteritis. *Med Clin (Barc).* 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2018.04.016>. S0025-7753(18)30286-0.

Héctor Corominas^{a,*}, Paula Estrada Alarcón^b, Patricia Moya^a y Dèlia Reina Sanz^b

^a *Unitat territorial de Reumatologia i Malalties autoimmunes sistèmiques, Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España*

^b *Servei de Reumatologia, Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vancor@yahoo.com (H. Corominas).

<https://doi.org/10.1016/j.reuma.2019.03.008>

1699-258X/ © 2019 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Aplicación de las recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología sobre osteoporosis en una unidad *Fracture Liaison Service*



Application of the recommendations of the Spanish Society of Rheumatology on osteoporosis in a Fracture Liaison Service unit

Sr. Editor:

Las nuevas recomendaciones de osteoporosis (OP) de la Sociedad Española de Reumatología (SER) proponen unos criterios para el inicio del tratamiento de la OP incluyendo a los pacientes con fractura por fragilidad¹. Así, se recomienda iniciar tratamiento farmacológico en los pacientes con fractura por fragilidad > 50 años si presentan: 1) Fracturas de cadera o vértebra; 2) Otras fracturas por fragilidad y baja densidad mineral ósea (DMO) definida por una *T-score* < -1 DE; 3) Pacientes con riesgo elevado de fractura de cadera según FRAX[®] con DMO ≥ 3%, y 4) Pacientes en tratamiento con prednisona a dosis ≥ 5 mg/d. Se aplicaron las recomendaciones de la SER a una serie de pacientes atendidos en una unidad *Fracture Liaison Service* (FLS) comparando los criterios según edad, sexo y tipo de fractura. En los casos en los que no estaba disponible la densitometría ósea (DXA), se tuvo en cuenta el tipo de fractura y el FRAX[®] para fractura de cadera sin DXA.

Se analizaron 2.162 pacientes con un promedio de edad de 73 años (DE: 10 años), 1.778 mujeres (82%). Se dispone del resultado de DXA en 1.668 pacientes (77%). Aplicando las recomendaciones de la SER, cumplen criterio de tratamiento 1.920 pacientes del total de la muestra (89%); el 90% de las mujeres y el 83% de los varones (tabla 1). El 100% de las fracturas de cadera y vértebra cumple criterios, así como el 83% de fracturas de antebrazo, el 85% de fracturas de húmero y el 73% del grupo de otras fracturas. De los 161 pacientes con fractura periférica distinta a cadera en los que no se dispone de DXA, 77 (48%) tiene criterio FRAX[®] de tratamiento.

En el análisis de aplicación de criterios por décadas de edad, en la década de 50 a 60 años, reúne criterios de tratamiento el 67% de los pacientes con fracturas de antebrazo, el 79% con fractura de húmero y el 60% de otras fracturas. Por otro lado, en la década de 60 a 70 años, cumple criterios de tratamiento el 81% de los pacientes con fracturas de antebrazo, el 78% con fracturas de húmero y el 73% con otras fracturas.

En relación al sexo, tienen indicación de tratamiento por fractura de antebrazo el 67% de los varones y el 85% de las mujeres, por fractura de húmero el 82% de los varones y el 86% de las mujeres, y por otras fracturas el 62% de los varones y el 75% de las mujeres.

Las anteriores recomendaciones de la SER sobre OP indicaban tratar a toda fractura por traumatismo de baja intensidad, independientemente del valor de DMO². Un estudio que comparó distintas guías internacionales concluyó que en prevención

Tabla 1

Porcentaje total de pacientes según el tipo de fractura e indicación del tratamiento aplicando las recomendaciones de la SER 2018

	Número total	DXA T-score < -1	DXA normal, FRAX [®] cadera ≥ 3%	FRAX [®] cadera ≥ 3% sin DXA	Indicación de tratamiento recomendaciones de la SER 2018
Cadera	580 (26,8)	280/301 (93,0)	10/21 (47,6)	253/275 (92,0)	580 (100)
Vértebra	221 (10,2)	144/159 (90,5)	1/14 (7,1)	50/62 (80,6)	221 (100)
Antebrazo	662 (30,6)	505/585 (86,4)	6/80 (7,5)	43/85 (50,5)	554 (83,6)
Húmero	439 (20,3)	343/388 (88,4)	4/45 (8,8)	27/50 (54,0)	374 (85,1)
Otras	260 (12,0)	182/235 (77,4)	2/52 (3,8)	7/26 (26,9)	191 (73,4)

DXA: densitometría ósea; FRAX[®]: herramienta de evaluación de riesgo de fractura; SER: Sociedad Española de Reumatología.

Los valores representan N.º (%).