

# Abordaje Diagnóstico y Terapéutico de la Polimialgia Reumática y Arteritis de Células Gigantes

*La introducción de nuevos procedimientos diagnósticos, como la tomografía computarizada y la tomografía computarizada por emisión de positrones, no han modificado, de manera considerable, el abordaje diagnóstico de pacientes con polimialgia reumática (PR) y arteritis de células gigantes (ACG). Tocilizumab constituye en la actualidad una alternativa terapéutica aprobada para pacientes con ACG, como terapia de primera línea ahorradora de corticoides. Hasta la fecha, en cambio, no se dispone de nuevas opciones de tratamiento para los pacientes con PR.*



**Fuente:** JAMA

**Título original:** Polymyalgia Rheumatica and Giant Cell Arteritis

**Autores:** Buttgereit F y colaboradores

**Institución:** Charité-University Medicine, Berlín, Alemania

## Introducción

La polimialgia reumática (PR) debe considerarse en el diagnóstico diferencial de pacientes con inicio de dolor agudo bilateral en extremidades superiores, por lo general más intenso con el descanso o luego del mismo. La arteritis de células gigantes (ACG) se caracteriza por cefaleas y, en ocasiones, pérdida aguda de la visión. La PR y la ACG casi afectan con exclusividad a personas de 50 años o más y a menudo presentan síntomas similares, como fiebre, fatiga, pérdida de peso, depresión y sudoración nocturna, con aumento de los niveles séricos de marcadores inflamatorios, entre ellos eritrosedimentación y proteína C-reactiva. Según los resultados de un estudio de 2015 de los Estados Unidos, las prevalencias ajustadas por edad y sexo de PR y ACG fueron de 701 por cada 100 000 sujetos y 204 por cada 100 000 personas de 50 años o más, respectivamente. En la presente revisión se actualiza la información disponible para ambas enfermedades y se propone un algoritmo para el diagnóstico y el tratamiento.

## Tomografía computarizada (TC) y tomografía computarizada por emisión de positrones (PET por su sigla en inglés) para el diagnóstico de PR y ACG

Tanto la PR como la ACG se diagnostican sobre la base de los hallazgos clínicos, la presencia de niveles aumentados en sangre de marcadores inflamatorios, y los

hallazgos en los estudios por imágenes. La bursitis subdeltoidea bilateral se observa en la ultrasonografía en el 69% de los pacientes con PR; en enfermos con ACG, la ultrasonografía, la PET (con 18F-fluorodesoxiglucosa), la TC y la resonancia magnética muestran inflamación vascular por engrosamiento de la pared de los vasos y captación de contraste, en los estudios contrastados.

En un estudio con 99 pacientes, la PET/TC se asociaron con sensibilidad del 85.1% y con especificidad de 87.5% para el diagnóstico de la PR; en otro trabajo con 64 pacientes, la PET/TC se asociaron con sensibilidad y especificidad de 71% y 91%, respectivamente, para el diagnóstico de ACG. Los últimos procedimientos muestran las arterias craneales con confiabilidad.

La PET/TC es más útil en los pacientes con ACG y diagnóstico presuntivo de compromiso de la aorta y sus ramas principales, y en los enfermos en quienes se debe realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades que simulan la PR o la ACG. Sin embargo, la PET/TC es un procedimiento costoso, se asocia con exposición a radiación y la resolución intrínseca es de 2.4 mm. El estudio es difícil de realizar antes y durante los primeros días de tratamiento con corticoides, y esta es una limitación importante porque el retraso de la terapia con corticoides, en ausencia de pruebas diagnósticas confirmatorias, no es posible por el riesgo inminente de pérdida visual en la ACG. Además, la sensibilidad de la PET/TC declina rápidamente después de comenzado el tratamiento con corticoides. Por lo tanto, la ultrasonografía sigue siendo el método de elección para el diagnóstico inicial de la PR y la ACG.

### **Ausencia de avances terapéuticos en la PR y tocilizumab en la ACG**

La terapia con corticoides se considera actualmente el tratamiento de primera línea para pacientes con PR y ACG; sin embargo, estos fármacos se asocian con efectos adversos bien conocidos, esencialmente osteoporosis, complicaciones cardiovasculares, infecciones, cataratas, diabetes, aumento de peso y características cushingoides. En un estudio con 359 pacientes con PR, los riesgos de efectos adversos relacionados con el tratamiento con corticoides, como diabetes, hipertensión arterial, hiperlipidemia o fracturas por osteoporosis, no fueron más altos en comparación con los controles comparables en edad y sexo, de la población general. Sólo el riesgo de cataratas fue más común entre los enfermos con PR tratados con corticoides, respecto del grupo control.

El metotrexato (MTX) puede utilizarse para reducir la demanda de corticoides, tanto en pacientes con PR como en enfermos con ACG; la evidencia para esta estrategia terapéutica, sin embargo, no es firme. En cambio, recientemente se demostró la eficacia de tocilizumab, un inhibidor de receptor alfa de interleuquina 6, como ahorrador de corticoides en pacientes con ACG (estudio GiACTA).

En función de los resultados de este estudio en el cual se incluyeron 251 pacientes con ACG, la *Food and Drug Administration* de los Estados Unidos y la *European Medicines Agency* designaron a tocilizumab (162 mg por semana) como terapia innovadora. En consecuencia, el algoritmo para el abordaje de pacientes con ACG de reciente diagnóstico se actualizó con la inclusión de tocilizumab como terapia de primera línea ahorradora de corticoides, en pacientes con riesgo particularmente alto de presentar efectos adversos o complicaciones relacionadas con el uso de estos fármacos, o en enfermos con recaídas. Sin embargo, se requieren más estudios para establecer si estos subgrupos de pacientes se beneficiarán realmente con el tratamiento con

tocilizumab en términos de toxicidad reducida a los corticoides, rentabilidad y duración de la terapia.

El MTX (7.5 a 15 mg por semana) es una alternativa válida, en este sentido, sobre todo cuando no hay acceso al uso de tocilizumab, un fármaco entre 10 y 80 veces más costoso que MTX.

En un estudio clínico con 41 pacientes con ACG, la supervivencia libre de recaídas al año fue más elevada en los enfermos asignados a abatacept, respecto de placebo; no se registraron diferencias significativas entre los grupos en la frecuencia o la gravedad de los efectos adversos, entre los grupos. Abatacept se ha asociado con riesgo aumentado de infecciones, reacciones alérgicas, náuseas y cefaleas.

### **Conclusión**

La introducción de nuevos procedimientos diagnósticos, como PET y TC, no ha modificado, de manera considerable, el abordaje diagnóstico de pacientes con PR y ACG. Tocilizumab constituye en la actualidad una alternativa terapéutica aprobada para pacientes con ACG, como terapia de primera línea ahorradora de corticoides. Hasta la fecha, en cambio, no se dispone de nuevas opciones de tratamiento para los pacientes con PR.