



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 347/3911 - ARTERITIS DE LA TEMPORAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Sanjurjo Navarro<sup>a</sup>, M. Álvarez Martínez<sup>b</sup>, L. Vieites López de Rego<sup>c</sup> y M. Escalente Costell<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aravaca. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> años de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cerro del Aire. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> años de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelodones. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Abajón. Las Rozas. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 72 años. IABVD. Sin hábitos tóxicos. Sin alergias. HTA. Dislipemia. Tratamiento rónico: amlodipino y simvastatina. Paciente que acude por cefalea hemisferal izquierda, pulsátil, en región temporal de 3 semanas de evolución, acompañada de anorexia, astenia y dolor facial con la masticación. Afebril. Vista en Urgencias en varias ocasiones, sin notar mejoría tras tratamiento con antiinflamatorios y relajantes musculares.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Dolorida. CyC: no soplos carotídeos. Temporales simétricas no induradas. ACP y abdomen anodino. Sin focalidad neurológicas. Pruebas complementarias: ECG: RS a 85 lpm, sin datos isquémicos. Analítica: Sin alteraciones, salvo: PCR 123; VSG 79. TAC craneal (pedido en una de sus visitas a Urgencias): normal.

**Orientación diagnóstica:** Dada la sospecha clínica, remitimos a la paciente al hospital, a Consultas Externa de Reumatología para estudio. Allí se realizó ecografía de arterias temporales, objetivando halo hipoecoico en la arteria temporal izquierda y, posteriormente, biopsia de la arteria temporal izquierda compatible con AT. Debido a que la paciente no presentaba ninguna alteración visual que hiciera sospechar neuropatía isquémica del nervio óptico, en este caso no se realizó valoración oftalmológica. A la paciente se le pautó tratamiento con naproxeno y prednisona, con buen respuesta, estando asintomática a las pocas semanas.

**Diagnóstico diferencial:** Otras vasculitis de gran y pequeño vaso. La polimialgia reumática. Amiloidosis con afectación vascular. Otro tipo de cefaleas: tensional, migraña, en racimos.

**Comentario final:** La arteritis de la temporal o arteritis de células gigantes es la vasculitis craneal más frecuente y la que de forma más frecuente se asocia a cefalea. Esta patología presenta eventuales complicaciones graves como la pérdida de la visión, en cuyo caso constituye una emergencia oftalmológica. Con este caso deseo destacar la importancia del diagnóstico diferencial así como la importancia de replantearse un caso cuya evolución no está siendo la esperada.

### Bibliografía

1. Sociedad Española de Reumatología. Manual SER de las Enfermedades Reumáticas, 4ª ed.. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2004; p. 237-3.
2. Solans-Laqué R, Pérez-López J, Bosch-Gil JA. Arteritis de células gigantes. Med Clin. 2006;624-7.
3. Calvo Romero JM. Arteritis de células gigantes. An Med Interna (Madrid). 2004;471-2.

**Palabras clave:** Arteritis temporal.