



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/467 - NO SE ME QUITA LA CALENTURA Y OCASIONALMENTE ME DUELE LA CABEZA

C.A. Hernández García<sup>a</sup>, M.J. Moreno Olmos<sup>b</sup>, G.O. Restrepo Castaño<sup>a</sup> y F. Martín Codesal<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Salvador Allende. Hospital La Fe. Valencia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Salvador Allende. Valencia. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Salvador Allende. Valencia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Motivo de consulta: mujer, 70 años, acude a urgencias derivado por su médico de cabecera con clínica de 3 meses de evolución de astenia, pérdida de peso, febrícula y posteriormente discreta cefalea que respondía a Paracetamol, interpretada inicialmente como cuadro catarral. Antecedentes personales: no alergias. Diabetes mellitus II y dislipemia. Tratamiento: dieta y atorvastatina.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 135/55 mmHg. FC 74 lpm. Sat O<sub>2</sub> 99%. T<sup>a</sup> 37,5 °C. Buen estado general. Se palpan arterias temporales no induradas, con pulso más marcado en arteria temporal derecha. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: anodino. Miembros inferiores sin edemas. Ecodoppler de troncos supraaórticos: arterias temporales mínimamente engrosadas, pero induradas. Edema de la pared con un patrón de afectación parcheada y bilateral. Analítica. Hematíes  $4,00 \times 10^6/\mu\text{L}$ . Hemoglobina 10,9 g/dL. Hematocrito 34,5%. Leucocitos  $8,45 \times 10^3/\mu\text{L}$ . Neutrófilos% 52%. Linfocitos% 38,7%. Plaquetas  $294 \times 10^3/\mu\text{L}$ . AST/GOT 11 U/L. ALT/GPT 12 U/L. LDH 309 U/L. Proteína C reactiva 231 mg/L. VSG 105 mm/h. ANA: 1/160 con patrón nuclear moteado. Serología: negativa. Urocultivo: E. coli. TAC toraco-abdomino-pélvico: sin alteraciones. Rx tórax: normal. Biopsia arteria temporal: arteritis de células gigantes con oclusión total de la luz.

**Juicio clínico:** Arteritis de la temporal.

**Diagnóstico diferencial:** Polimialgia reumática, vasculitis, síndrome paraneoplásico.

**Comentario final:** La arteritis de células gigantes (ACG), también conocida como enfermedad de Horton, es la forma más común de vasculitis sistémica que afecta a personas de edad avanzada con complicaciones potencialmente severas sistémicas y oftalmológicas. Se manifiesta como polimialgia reumática, síntomas constitucionales y alteraciones de las pruebas de laboratorio. Un rápido diagnóstico e instauración del tratamiento con glucocorticoides puede evitar la pérdida de visión en el ojo afectado o de nuevos déficits visuales en el ojo contralateral. El tratamiento se debe iniciar con carácter de urgencia en pacientes con incipientes síntomas visuales. La duración de la terapia con glucocorticoides es impredecible. El objetivo del tratamiento es principalmente prevenir la progresión de la pérdida visual.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Acosta-Mérida Á, Francisco Hernández FM. Diagnóstico y tratamiento de una arteritis temporal en urgencias. *Semin Fund Esp Reumatol*. 2012;13(4):134-41.
2. Pipitone N, Boiardi L, Salvarani C. Are steroids alone sufficient for the treatment of giant cell arteritis?. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2005;19:277-92.