



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



482/243 - MICROANGIOPATÍA Y VASCULITIS

E. Gamero de Luna¹, M. Cruz Vela²

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Juncal. Sevilla. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Juncal. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 72 años diabético, EPOC y fumador en estudio por tos seca persistente, debilidad, pérdida de peso no ponderada, sensación febril y de rigidez, que le dura todo el día y es especialmente intensa tras la inactividad. Algias frontales que aumentan con la masticación sin claudicación. En consulta refiere que desde hace 3 semanas nota visión borrosa, “como una telaraña” sin dolor, intermitente y acompañada de diplopía, que ha aumentado rápidamente de intensidad hasta causar pérdida de visión en OI.

Exploración y pruebas complementarias: No negligencia, afectación sensitiva, ni focalidad neurológica adicional. Sensibilidad a la palpación del cuero cabelludo con ligero engrosamiento en sienes. Disfunción temporomandibular. Cataratas bilaterales. En ojo izquierdo pérdida del reflejo pupilar y edema de papila con bordes borrados y signos de isquemia retiniana. ECG: bloqueo de segundo grado tipo II asintomático. Analítica: ligera anemia normocroma. VSG: 87 mm/H, PCR: 35,9 mg/L, fosfatasa alcalina aumentada $\times 1,5$. Se solicita ingreso hospitalario donde se completa estudio: Doppler TSA y DTC, TC, RMN, que revelan múltiples estenosis intracraneales y signos indirectos de microangiopatía. Biopsia arteria temporal: infiltrado inflamatorio crónico en lámina elástica interna con presencia de células gigantes multinucleada.

Orientación diagnóstica: Arteritis de células gigantes (ACG). Neuropatía óptica isquémica aguda (NOIA). Microangiopatía diabética/arteriosclerótica.

Diagnóstico diferencial: Vasculitis sistémicas. NOIA no arteríticas. Enfermedad vascular cerebral. Síndrome constitucional (infecciones, tumores...). Reumatismos (artritis reumatoide. Síndrome RS3PE, miositis...). Enfermedades neurodegenerativas y metabólicas. Polimialgia reumática.

Comentario final: A veces coexisten distintos cuadros vasculares. La ACG debe sospecharse ante un paciente mayor de 50 años que presente cefalea reciente, alteraciones visuales intermitentes monoculares, claudicación mandibular, síntomas constitucionales con aumento de VSG y PCR. El antecedente de polimialgia reumática potencia la sospecha. La anamnesis, la exploración cardiovascular, el fondo de ojo y la analítica básica son herramientas al alcance del médico de familia que permiten la orientación diagnóstica certera y el tratamiento precoz, fundamental en esta enfermedad.

Bibliografía

1. Docken WP. Diagnosis of giant cell arteritis. UpToDate.
2. Younger DS. Giant Cell Arteritis. *Neurol Clin.* 2019;37(2):335-44.

Palabras clave: Arteritis de células gigantes. Enfermedad de Horton. Polimialgia reumática.