



REVISIÓN

En la arteritis de la temporal: controversias terapéuticas

J. Balsalobre Aznar^{a,*} y J. Porta-Etessam^b

^a Servicio de Reumatología, Grupo Hospiten, Tenerife, Santa Cruz, España

^b Servicio de Neurología, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España

Recibido el 2 de marzo de 2010; aceptado el 24 de marzo de 2010

PALABRAS CLAVE

Arteritis de la temporal;
Arteritis de células gigantes;
Neuropatías ópticas isquémicas

Resumen

Introducción: Aunque la arteritis de células gigantes o temporal representa un 5-10% de las neuropatías ópticas isquémicas y es la arteritis más frecuente en las personas mayores de 60 años, aún no existen pautas de tratamiento establecidas.

Desarrollo: El tratamiento con glucocorticoides continúa siendo el de elección y debe iniciarse sin demora en aras de prevenir complicaciones neurológicas o sistémicas. Sin embargo, podemos recurrir a tratamiento intravenoso en casos con pérdida de visión u otros síntomas neurológicos. En casos refractarios a glucocorticoides o en los que deseamos reducir la dosis por la aparición de efectos adversos, el metotrexato y los agentes bloqueadores del factor de necrosis tumoral podrían estar indicados de manera individualizada. De otros tratamientos —como azatioprina, dapsona, ciclosporina, ciclofosfamida o imitinib— no hay evidencias suficientes para recomendarlos. En pacientes con factores de riesgo vascular se debe valorar la antiagregación con ácido acetil salicílico. El tratamiento quirúrgico se debe valorar en casos seleccionados con síntomas debidos a estenosis arteriales.

Conclusiones: El tratamiento de elección de la arteritis de la temporal continúa siendo los corticoides; sin embargo, dada la variabilidad clínica de la enfermedad y las características especiales del grupo de paciente, habitualmente mayores y con enfermedades sistémicas, consideramos fundamental el tratamiento individualizado según unas pautas terapéuticas coherentes. Actualmente no sólo disponemos de tratamiento con corticoides orales, sino que en nuestros pacientes podremos elegir el uso de megadosis intravenosas, antiagregar, en casos refractarios recurrir a metotrexato o inhibidores del factor de necrosis tumoral o incluso valorar aproximaciones intervencionistas.

© 2010 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Temporal arteritis;
Giant cell arteritis;
Ischaemic optic neuropathies

Temporal arteritis: treatment controversies

Abstract

Introduction: Although giant cell or temporal arteritis represents 5-10% of ischaemic optic neuropathies and is the most common arteritis in people over 60 years old. Currently there is no established treatment with oral glucocorticoids available.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: balsalobre2@yahoo.es (J. Balsalobre Aznar).

Background: Glucocorticoid (GC) is still the treatment of choice but has to be started without delay in order to prevent neurological or systemic complications. However, we can resort to intravenous treatment in cases where there is loss of sight or other neurological symptoms. In cases refractory to GC or in those in whom we wish to decrease the dose due to adverse effects, individualised treatment with methotrexate or TNF blockers could be indicated. There is insufficient evidence to recommend other treatments, such as azathioprine, dapsone, cyclosporine, cyclophosphamide or imitinib. In patients with vascular risk factors, anti-platelet therapy with ASA should be assessed. Surgical treatment should be considered in selected cases with symptoms due to arterial stenosis.

Conclusions: The corticoids continue to be the treatment of choice in temporal arteritis, however, given the clinical variability of the disease and the special characteristics of this group of patients, usually elderly and with systemic diseases, we believe that individualised treatment with coherent therapeutic guidelines are essential. Currently there is not only treatment with oral glucocorticoids available, although in our patients we can choose to use intravenous megadoses, anti-platelet treatment, resort to methotrexate or TNF inhibitors in refractory cases, or even consider surgical approaches.

© 2010 Sociedad Española de Neurología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Aunque la arteritis de células gigantes o temporal (AT) representa un 5-10% de las neuropatías ópticas isquémicas y es la arteritis más frecuente en las personas mayores de 60 años, aún no existen pautas de tratamiento establecidas¹. Aunque el uso de corticoides y su eficacia es conocido, hay dudas sobre cómo comenzar el tratamiento, cuánto tiempo mantenerlo, qué hacer en los casos refractarios o cuando aparecen efectos secundarios²⁻⁴. Se está promoviendo la búsqueda de regímenes de GC menos tóxicos o nuevos tratamientos ahorradores de GC que podrían abrir nuevos campos terapéuticos, pero las evidencias no son claras. En el presente artículo realizamos una revisión de la literatura sobre los distintos tratamientos empleados y proponemos unas pautas terapéuticas para los pacientes con arteritis de la temporal.

Tratamiento médico

Glucocorticoides

A pesar de que el tratamiento con GC ha resultado de elección durante más de medio siglo, actualmente no existe un protocolo estandarizado, consensuado y universalmente aceptado sobre la dosis inicial que emplear, la duración del tratamiento o la pauta de descenso que seguir posteriormente. No se conoce con certeza la conveniencia de utilizar una pauta en días alternos con el fin de minimizar la toxicidad propia de los GC o de cuándo debe considerarse que una AT es resistente al tratamiento con GC⁵.

Los GC siguen siendo el tratamiento de primera línea por su capacidad para conseguir un rápido alivio de los síntomas, tanto neurológicos como sistémicos, y disminuir la mortalidad aguda de las vasculitis⁶. Los GC resultan de probada eficacia a la hora de disminuir las complicaciones visuales de la AT^{7,8}. Aunque hay poca evidencia sobre la evolución de las complicaciones visuales en la época previa

al uso de esteroides, en los últimos 50 años la frecuencia de ceguera habría descendido desde el 60% hasta un 7-25%⁹⁻¹¹. Casi todas las series coinciden en que las complicaciones visuales ocurren habitualmente con anterioridad al inicio del tratamiento con GC, lo que ha llevado a la mayoría de los clínicos a pautarlos sin esperar al resultado de la biopsia. La probabilidad de pérdida visual disminuye a un 1% tras la instauración del tratamiento con GC¹².

Respalda la precocidad de inicio del tratamiento con GC ante la sospecha clínica el hecho de que la recuperación de la visión es poco frecuente⁴⁻¹⁵. La gran mayoría de los pacientes con pérdida visual permanente han sido objeto de un retraso diagnóstico y terapéutico¹⁵⁻¹⁷. En pacientes que presenten clínica visual, se recomienda iniciar de inmediato tratamiento con bolos de metilprednisolona (1 g/día vía intravenosa durante 3 días consecutivos), aunque no se ha demostrado más eficaz que el tratamiento vía oral.

Con respecto a la dosis inicial de GC, no existen ensayos controlados al respecto, dado que, por razones obvias, no sería ético realizarlos. La dosis inicial habitual de prednisona es 40-60 mg/día o equivalente¹⁸. Aunque algunos autores argumentan que con dosis menores (20 mg/día) o mayores (80 mg/día) se puede obtener resultados al menos con igual o superior éxito terapéutico, no hay estudios que sustenten esta práctica¹⁹⁻²¹.

La utilización de megadosis iniciales quedaría únicamente justificada en un plan de "inducción de la remisión" para después alcanzar un plan de "mantenimiento de la remisión" con dosis bajas de GC o una menor duración del tratamiento²². El objetivo es conseguir una mayor tasa de remisión persistente tras la suspensión de los GC. Sin embargo, la pérdida de visión tardía (registrada tras 2 o más semanas desde el inicio de los GC) es excepcional ya sea utilizando megadosis o dosis más convencionales²³⁻²⁵.

En cuanto a la pauta de descenso de los GC, la dosis inicial debe mantenerse un mínimo de 2 semanas y un máximo de 4. Los pacientes con AT presentan mejoría sintomática precoz, incluso en 24-48 h tras el inicio del tratamiento, que se acompaña también rápidamente de un descenso de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3076183>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3076183>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)