

2.^a Sesión

Jueves, 20 de mayo

16. ¿HA CAMBIADO LA FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?

C. Plasencia Rodríguez, M. García Arias, M.L. Lojo Oliveira, M.G. Bonilla Hernán, D. Peiteado López, P. Aguado Acín, L. Nuño Nuño, A. Villalba Yllán, A. Balsa Criado y E. Martín-Mola

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: El diagnóstico precoz de Artritis Reumatoide (AR) es muy importante. En nuestro Servicio de Reumatología se inició la consulta de Artritis de Reciente Comienzo (CARC) en el año 1993 y

desde entonces ha sufrido modificaciones tanto en su estructura como en la preocupación por la formación en médicos de atención primaria para aumentar la sensibilidad diagnóstica y eficacia de la consulta.

Objetivo: Estudiar si existen diferencias en la forma de presentación de la AR durante este período y si existen, investigar si las diferencias son debidas a las características inmunogenéticas o a factores relacionados con la derivación desde primaria.

Material y métodos: De un total de 786 pacientes incluidos en la CARC durante los años 1993-2009, se seleccionaron 337 pacientes que durante el seguimiento fueron diagnosticados de AR según los criterios ACR de 1987. Se recogieron variables clínicas en la primera visita como la edad, sexo, hábito tabáquico, actividad clínica (DAS28), diagnóstico inicial y variables de laboratorio, como la presencia de Factor Reumatoide (FR), anticuerpos citrulinados (ACPA) y se determinó la presencia de HLA con el epítipo compartido (EC) por PCR de alta resolución en 254 (75%) de los pacientes con AR. Para analizar los datos, los pacientes se agruparon según el año de la primera visita en 3 grupos: Grupo 1(G1): 1993-1998, Grupo 2(G2): 1999-2004, Grupo 3 (G3): 2005-2009. El análisis estadístico se realizó mediante la Chi cuadrado, Test exacto de Fisher y mediante análisis de varianza con el SPSS 15.0.

Resultados: Se identificaron 337 pacientes diagnosticados de AR con una media de edad de $53,86 \pm 35$ años. Se observó un aumento del número total de pacientes con artritis referidos a la consulta en los últimos 5 años: G1 184 (23,5%), G2 114 (14,5%), G3 488 (62%) ($p < 0,05$) y también, de los que fueron diagnosticados posteriormente de AR: 165 (45,96%), con un aumento progresivo del número de mujeres: G1 47 (65,3%), G2 75 (75%), G3 134 (81,2%), ($p < 0,05$). No se observaron diferencias en el tiempo de evolución de los síntomas hasta la primera visita, G1: 15,54 semanas, G2: 15,04 y G3: 16,71 $p < 0,05$, ni en la edad, hábito tabáquico global, la presencia de FR, ACPA o el HLA con el EC. Al estudiar la relación entre el sexo y el tabaco, se observó un aumento del porcentaje de mujeres relacionadas con el hábito tabáquico (fumadoras y exfumadoras) en los últimos 5 años: G1 13 (27,7%), G2 21 (29,6%) y G3 47 (37%). Respecto a la actividad inicial, en los últimos 5 años, se objetivó un aumento de la presentación con actividad leve-moderada en comparación a las de actividad alta: G1 29 (19,5%), G2 37 (24,8%) y G3 83 (55,7%) $p = 0,028$, mientras que en los primeros años era más frecuente la presentación con actividad clínica alta: G1 43 (59,7%), G2 63 (63%) y G3 74 (47,1%) $p = 0,028$. Igualmente, el número de pacientes que se presentaban como artritis indiferenciada (AI) ha ascendido de manera significativa a partir del año 2005: G1 45(16,3%), G2 18 (6,5%) y G3 213 (77,2%), ($p < 0,05$).

Conclusiones: En los últimos 5 años se ha observado un aumento del número total de pacientes remitidos a la CARC. En la actualidad la actividad clínica con la que los pacientes son referidos es significativamente mejor que hace años, siendo ésta una de las causas de que el porcentaje de AI sea mayor. Se ha observado un aumento del porcentaje de mujeres que acaban siendo diagnosticadas de AR que puede ser debido al aumento de la frecuencia de fumadoras y exfumadoras. Estos hallazgos reflejan una mayor eficacia de la consulta secundaria al aumento de la sensibilidad diagnóstica en los especialistas de atención primaria y un cambio en el hábito tabáquico en las mujeres.

17. PRECISIÓN DE LOS ÍNDICES CLÍNICOS EN LA VALORACIÓN DE LA REMISIÓN EN ARTRITIS REUMATOIDE. COMPARACIÓN CON LA ECOGRAFÍA

D. Peiteado López, A. Balsa, E. de Miguel, C. Castillo y E. Martín Mola
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: Los índices clínicos se utilizan para clasificar a los pacientes con artritis reumatoide (AR) en remisión. La ecografía ha

demostrado mayor sensibilidad que la exploración clínica en la detección de actividad inflamatoria, por lo que se ha convertido en una buena herramienta para evaluar la actividad de la enfermedad. Recientemente hemos demostrado que el SDAI es más preciso que el DAS28 para valorar la remisión (Superiority of SDAI over DAS-28 in assessment of remission in rheumatoid arthritis patients using power Doppler ultrasonography as a gold standard. Rheumatology (Oxford) 2010 (in press), sin embargo todavía no se ha demostrado su utilidad clínica.

Objetivo: Investigar el comportamiento de los índices clínicos (DAS28 y SDAI) para valorar la remisión utilizando como patrón oro la ausencia de Power Doppler (PD) en la ecografía.

Material y métodos: Se estudiaron pacientes con AR en remisión según la opinión de clínico. Se realizó una valoración de actividad determinando el número de articulaciones dolorosas, tumefactas, la valoración global del paciente y del médico, VSG, PCR, DAS 28 y SDAI. De forma ciega, un segundo reumatólogo realizó una exploración ecográfica de 42 articulaciones: carpos, metacarpofalángicas, interfalángicas proximales, codos, hombros, rodillas, tobillos, tarsos y metatarsofalángicas con un ecógrafo Acuson Antares Siemens con sonda linear 5-13 Mhz y Power Doppler (PD) 8,9 Mhz. Se definió remisión como aquellos pacientes que no tuvieron PD en la exploración ecográfica. Se calculó la sensibilidad y especificidad de los índices clínicos frente a la ecografía mediante tablas de 2×2 .

Resultados: Se estudiaron 101 pacientes con AR (72% mujeres) con edad media 53 ± 13 años. Once (11%) en tratamiento biológico. La media del DAS28 fue $2,17 \pm 0,75$ y del SDAI $7,75 \pm 12,1$. En la exploración ecográfica 60 pacientes (59%) no tenían PD en ninguna articulación; considerándolos en remisión según la ecografía. La tabla muestra el número de pacientes en remisión según los distintos índices, así como la sensibilidad (S) y especificidad (E) de los mismos al compararlos con la ecografía. De los 65 pacientes en remisión según DAS 28 $< 2,4$, 38 pacientes (58,5%) no tenían PD en la ecografía, pero tampoco se observó PD en 22 de los 35 (62,8%) pacientes que sí tenían un DAS28 $> 2,4$. Para un DAS de 2,6, nuevamente un 58% (43 pacientes) de aquellos en remisión no tenían PD; no obstante tampoco tenían actividad ecográfica 17 pacientes (65%) de los activos. Cuando la remisión se mide con el SDAI no se encontró PD en 31 de 41 (75,6%) de los pacientes con menos de 3,3 puntos; ni en 28 (48%) de los 58 que tenían SDAI $> 3,3$. Tampoco encontramos PD en 36 (67,9%) pacientes con SDAI 5.

Tabla Resumen 17

	Nº pacientes (%)	S	E
DAS 28 $< 2,4$	65 (64,3%)	63,3%	32,5%
DAS 28 $< 2,6$	74 (74%)	71,7%	22,5%
SDAI $< 3,3$	41 (41,4%)	52,5%	75%
SDAI < 5	53 (53,5%)	61%	57,5%

Conclusiones: En la evaluación de la remisión clínica de AR el SDAI es un índice clínico más específico, de modo que la mayoría de los pacientes clasificados según este índice realmente no tienen actividad inflamatoria ecográfica. No obstante un importante porcentaje tampoco lo tienen estando clasificados como activos. El DAS por el contrario incluye un mayor número de pacientes aunque pierda especificidad. Ninguno de los dos índices se comporta de forma óptima al compararlo con la ecografía, de modo que es importante que el clínico conozca los beneficios y desventajas que aporta cada uno al utilizarlos en su práctica clínica habitual.

18. ESTUDIO OBSERVACIONAL DE EFECTIVIDAD DE ANTI-CD20 COMO SEGUNDA LÍNEA DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA EN LOS QUE HA FALLADO UN PRIMER ANTI-TNF, COMPARADO CON LA EFECTIVIDAD DE UN SEGUNDO ANTI-TNF ALFA: ESTUDIO VARIAR (RESULTADOS PRELIMINARES A 6 MESES)

V. Torrente-Segarra, A. Acosta, R. Morlà, R. Rosselló, T. Clavaguera, C. Gelí, R. Valls, A. Lozano-Sáez, E. Juárez Navarro, C. Vázquez-Galenana, C. Moragues, J. Pujol, H. Corominas, J.M. Ruiz, R. Figuls, M. Riera, N. Montalà, C. Alegre de Miguel, J.J. de Agustín, C. Pérez-García, S. Ros y A. Rodríguez de la Serna (Grupo VARIAR)

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. Hospital Cruz Roja. Barcelona. Hospital Arnau de Vilanova. Lleida. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. Hospital de Mollet. Hospital Santa Tecla. Tarragona. Hospital de Viladecans. Hospital de Palamós. Hospital San Jorge. Hospital Clínico Universitario. Hospital de Vilarréal. Hospital de Albacete. Clínica Platón. Barcelona.

Introducción: En la actualidad sabemos que la opción terapéutica del cambio de terapia biológica (switching de antiTNF a otro antiTNF o bien a otra molécula [antiCD20]) en artritis reumatoide activa (AR) se ha demostrado útil y eficaz. Aun y así, no disponemos de datos suficientes que apoyen la administración de un segundo biológico del mismo (antiTNF) o de distinto (antiCD20) mecanismo de acción. No existen, asimismo, estudios que comparen directamente la eficacia entre estos tratamientos en segunda línea.

Objetivo: Comparar la eficacia de la administración de terapia biológica en segunda línea terapéutica (rituximab vs AntiTNF) a los 6 y 12 meses de práctica clínica, en pacientes con artritis reumatoide activa (AR).

Métodos: Se incluyeron los datos de los pacientes que habían recibido un antiTNF alfa o bien rituximab como segunda línea terapéutica, en pacientes con AR que precisaron cambio de terapia biológica en base a: 1) ineficacia primaria, 2) secundaria, o 3) efecto adverso. El objetivo principal se cuantifica mediante Respuesta EULAR (DAS28), y como objetivo secundario se determinó la Tasa de Remisión Clínica (DAS28 < 2,6), así como la valoración de la respuesta clínica/biológica/sistémica e inmunológica (HAQ, SF12, FR, CCP, VSG y PCR, todos ellos a los 6 y 12 meses de haber realizado el "switching".

Resultados: De los n = 96 pacientes (n = 45 grupo Segundo AntiTNF y n = 51 grupo antiCD20) incluidos hasta la fecha, presentaron una mediana de edad de 55 años, 36,4% fueron mayores de 60 años y 72,7% mujeres, el 93% tenían FR positivo. El tratamiento biológico inicial al que presentaron una respuesta inadecuada fue adalimumab en 41%, etanercept en 33% e infliximab en 26%. Todos los pacientes presentaron tumefacción e inflamación de las articulaciones previa a la administración del segundo biológico, alcanzando una mediana del número de articulaciones tumefactas e inflamadas de 6 y 8 respectivamente. La mediana de la VSG fue 39 mm/hora. El DAS28 fue superior a 3,3 en todos los pacientes. Un 30% presentaron DAS28 entre 3,3-5,1 y un 64% mayores de 5,1. DAS28 basal grupo antiCD20 5,6 y 5,1 en antiTNF (p = 0,046), DAS28 6 meses 4,2 y 4,1 respectivamente (buena/moderada/no respuesta: 19 pacientes en antiCD20 (77,9%) presentaron respuesta moderada o buena vs 12 (52%) en grupo de segundo AntiTNF). En cuanto a la tasa de remisión clínica no hubo diferencias con significación estadística (p > 0,05) entre los dos grupos de tratamiento. La disminución del HAQdi fue mayor en el grupo antiCD20 (media ± DE: 0,41 ± 0,69) comparativamente con los otros pacientes (media ± DE: 0,38 ± 0,68), pero sin diferencias estadísticamente significativas (p > 0,05). La disminución FR fue mayor en el grupo antiCD20 (media ± DE: 26,91 ± 114,13) comparativamente con los otros pacientes (media ± DE: 71,85 ± 188,17), pero sin diferencias estadísticamente significativas (p > 0,05). Se halló una disminución significativamente mayor (p < 0,05) en la VSG en el grupo antiCD20

(media ± DE: 5,53 ± 21,03) comparativamente con los demás pacientes (media ± DE: 18,18 ± 22,03). No se encontraron diferencias en la disminución de la PCR. El tratamiento biológico de segunda línea fue Rituximab en 54% de los pacientes seguido de Etanercept en 22%, Adalimumab en 17% e Infliximab en 7%.

Conclusiones: El switching a segundo antiTNF o a antiCD20 se muestra eficaz por igual a los 6 meses, con la excepción que los pacientes en antiCD20 presentan mayor disminución de las cifras de VSG (significativa), DAS28 (respuesta EULAR buena/moderada), FR y HAQ (éstos de forma no significativa). Los resultados a los 12 meses podrían aportar nueva información que determinara qué actitud terapéutica puede beneficiar más a los pacientes con AR que precisan cambio de terapia biológica, sea cual sea la causa que lo motive.

19. DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UCOASMI: UN NUEVO ÍNDICE METROLÓGICO PARA LA EVALUACIÓN DE LA MOVILIDAD ESPINAL EN ESPONDILITIS ANQUILOSANTE BASADO EN TÉCNICAS DE CAPTURA DE MOVIMIENTO

E. Collantes Estévez¹, J.L. Garrido Castro², R. Medina Carnicer², A.M. Galisteo², C. González Navas¹, D. Ruiz Vílchez¹, J.M. Martos Becerra³ y E. Muñoz Gomariz¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Universidad de Córdoba. ³Servicio de Radiología. Hospital de Alta Resolución de Puente Genil. Córdoba.

Introducción: La evaluación de la movilidad espinal es fundamental para el estudio de la evolución y respuesta al tratamiento en la espondilitis anquilosante (EA). En la actualidad se utilizan diversos índices para evaluar la actividad, la función y la movilidad. En el caso de la movilidad se usa el índice BASMI, aunque debido a los problemas de precisión y variabilidad que plantea se recurre a medidas aisladas. En algunos casos, por ejemplo para demostrar la eficacia de medicamentos, incluso no se tienen en cuenta estas medidas pues no son sensibles al cambio. Los sistemas de captura de movimiento permiten obtener información tridimensional precisa de la movilidad espinal de un paciente.

Objetivo: Diseñar y validar un índice metrológico basado en mediciones realizadas con un sistema de captura de movimiento que resulte más preciso y con menos variabilidad que la metrología convencional de cara a ser utilizado como herramienta de análisis de la eficacia de nuevos tratamientos/intervenciones.

Métodos: Sobre 30 pacientes con espondilitis anquilosante diagnosticada, se ha evaluado la movilidad cervical y de la columna en los tres planos de movimiento utilizando un sistema de captura de movimiento denominado UCOTrack (anteriormente SOMCAM3D). Se han calculando 33 medidas diferentes a partir de 21 marcas colocadas en posiciones anatómicas precisas del sujeto. Sobre estas medidas se ha estudiado la variabilidad según el coeficiente de correlación intraclass, realizando para ello mediciones en el día y a las dos semanas. Se han realizado de forma paralela análisis del daño estructural a nivel radiológico (mSASSS), evaluación de la función y actividad (BASDAI, ASQoL, BASFI), y evaluación metrológica convencional (BASMI). Con aquellas medidas que presentan una mayor fiabilidad, se ha compuesto un índice al que hemos denominado UCOASMI (University of Cordoba Ankylosing Spondylitis Metrology Index).

Resultados: Todas las medidas obtenidas por el sistema mostraron una alta fiabilidad intra e inter observador (> 0,94). Algunas de las mejores fueron la rotación y flexión cervical, la inclinación de la espalda, el ángulo caderas-hombros en flexión lateral y la rotación troncolumbar. Ponderando estas medidas se ha diseñado un índice de 0 a 10 que presentó unos resultados de 0,996 (> 0,990) intradía y 0,990 (> 0,978) a las dos semanas, muy superiores a los publicados para BASMI (0,96). Los resultados de correlación (Spearman) con otros parámetros quedan reflejados en la tabla. También hemos añá-

dido dos columnas con el error absoluto medio y la mínima diferencia detectable.

Tabla Resumen 19

	UCOASMI	BASDAI	BASFI	ASQoL	mSASSS	Min.Dif. Det.	Err.Abs. Med.
UCOASMI		0,332	0,699**	0,538*	0,765**	0,38	0,15
BASMI	0,881**	0,178	0,536*	0,354	0,640*	1,27	0,75

*p < 0,05. **p < 0,001.

Conclusiones: Los instrumentos e índices metroológicos utilizados en la evaluación de la movilidad para esta patología no son muy precisos. Por ejemplo, los ensayos con tratamientos biológicos indican una mejora en la movilidad inferior a la mínima diferencia detectable del BASMI (-0,6 min. dif. detect. 1,27). Por esta razón está empezando a no ser utilizada la movilidad en la evaluación de los mismos. Los resultados obtenidos por este nuevo índice muestran mayor precisión para medir la reducción de la movilidad producida por la EA. El siguiente paso será demostrar hasta qué punto este nuevo índice podrá mostrar la sensibilidad al cambio en la respuesta ante tratamientos biológicos.

20. REGRESIÓN DE LAS EROSIONES TRAS TRATAMIENTO CON ETANERCEPT EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. EVALUACIÓN ANUAL MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA DE MANO

M.P. Lisbona, J. Maymó, J. Perich, M. Almirall, S. Sánchez, S. Iniesta y J. Carbonell

Servicio de Reumatología. Servicio de Radiodiagnóstico. IDIMAS-CRC. Hospitales del Mar y Esperanza (IMAS). Barcelona.

Introducción: Disponemos de suficiente evidencia de que los índices negativos de progresión radiológica en pacientes con AR tras terapia biológica se corresponden, en algunos casos, con fenómenos de reparación de las erosiones. En cambio, los estudios en resonancia magnética de mano (RMm) son escasos.

Objetivo: Determinar si existen fenómenos de reparación de las erosiones al año de tratamiento con etanercept en pacientes con artritis reumatoide (AR) mediante RMm.

Pacientes y métodos: 27 pacientes con AR activa definida por un DAS28 mayor de 3,2, con sinovitis en manos y naïve de biológico, recibieron etanercept subcutáneo a dosis de 50 mg a la semana asociado a la terapia con FAME. Se realizó evaluación clínica (DAS28, HAQ), analítica (VSG-mm/h, PCR-mg/dl) y RM de la mano dominante (Signa Infinity 1.5T EchoSpeed with EXCITE II) al inicio del estudio y al año de tratamiento. Se realizó la lectura de las RMm a pares y en orden cronológico según RAMRIS por dos lectores entrenados. Se consideró regresión y/o reparación de las erosiones mediante 2 métodos: 1. Porcentaje de pacientes con una puntuación RAMRIS para erosiones anual inferior a la basal y 2. Cambio de la puntuación RAMRIS para erosiones superior al valor de la diferencia mínima detectable (DMD) y del cambio mínimo detectable (CMD < 20%). Aquellos casos con sospecha de posible reparación ósea fueron de nuevo revisados por ambos lectores.

Resultados: 27 pacientes (23 mujeres) con una edad media de 57,4 ± 11,5 años y con una duración media de la enfermedad de 13,06 ± 7,3 años iniciaron etanercept asociado a la terapia con FAME (21 metotrexato, 4 leflunomida, 2 hidroxicloquina). Al inicio, todos los pacientes presentaron actividad clínica definida por un DAS28 de 4,5 ± 1,02 y alcanzaron al año un DAS28 de 2,8 ± 1,3 (p < 0,001) y descenso de los reactantes de fase aguda y del HAQ. Globalmente, la puntuación RAMRIS para erosiones no se modificó, en cambio se evidenció un descenso significativo de las puntuaciones medias para sinovitis, edema óseo y RAMRIS total al año de tratamiento con eta-

nercept (tabla). 17 pacientes no mostraron progresión de la puntuación RAMRIS para erosiones y en 6 de éstos (22,2%), la puntuación anual para erosiones resultó inferior a la basal. El posterior análisis de las RMm de estos 6 pacientes por ambos lectores evidenció signos de reparación en algunos de los huesos del carpo, pero no en articulaciones MCF. Sólo 1 paciente presentó un descenso en la puntuación RAMRIS para erosiones al año que excedió la DMD (DMD = 12,9 (CMD = 5,6%).

Conclusiones: Etanercept es capaz de frenar la progresión de las erosiones en RMm en el 62,9% de los pacientes con AR al año de seguimiento. En 6 casos se evidenciaron fenómenos de reparación de las erosiones en algunos huesos del carpo a pesar de persistir inflamación (sinovitis articular y edema óseo).

Tabla Resumen 20

Parámetros clínicos y analíticos	Basal	1 año	p valor
DAS28	4,51 ± 1,02	2,8 ± 1,3	< 0,001
NAT66	5,04 ± 4,5	1,9 ± 3,8	0,01
NAD68	6,4 ± 5,2	1,3 ± 3,6	0,001
HAQ (0-3)	0,75 ± 0,64	0,53 ± 0,58	0,08
PCR (mg/dl)	1,4 ± 1,3	0,9 ± 2,7	0,46
VSG (mm/h)	22,4 ± 12,2	18,2 ± 15,3	0,36
Parámetros de RM mano (RAMRIS)			
Sinovitis (0-21)	8,2 ± 3,8	5,8 ± 2,5	0,002
Edema óseo (0-69)	12,3 ± 12,2	6,8 ± 6,8	0,01
Erosiones (0-230)	24,7 ± 19,5	24,9 ± 19,9	0,9
RAMRIS total (0-320)	45,3 ± 31,5	37,5 ± 26,4	0,02

21. ECOGRAFÍA DOPPLER COLOR PARA LA MONITORIZACIÓN DE LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

C. Castillo Gallego, E. de Miguel Mendieta y E. Martín-Mola

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: La velocidad de sedimentación globular (VSG) es, junto con la respuesta clínica, el instrumento más comúnmente utilizado para la monitorización de los pacientes diagnosticados de arteritis de células gigantes (ACG) en la práctica clínica. Sin embargo, la VSG no siempre se correlaciona fielmente con la actividad de la enfermedad, pudiendo ser normal en el momento del diagnóstico o verse alterada por otros factores intercurrentes, como las infecciones y la anemia, siendo esto un problema para la monitorización de éstos pacientes.

Objetivo: Valorar la validez de constructo y discriminante de la ecografía Doppler color (EDC) frente a la VSG en la monitorización de la actividad de la ACG.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes diagnosticados de ACG. A todos los pacientes se les había realizado EDC de arterias temporales explorando las ramas frontales y parietales de forma bilateral, historia clínica y estudio analítico en la primera visita. Todos los pacientes habían presentado al menos afectación de una de las ramas en la ecografía basal. Lo signos ecográficos valorados fueron el halo hipocóico, la estenosis y la oclusión de la arteria temporal. El diagnóstico final era el establecido por el clínico responsable al menos tres meses después de la primera visita y tras haber iniciado tratamiento esteroideo, teniendo en cuenta además los criterios ACR, el resultado de la biopsia de arteria temporal (en los casos en los que se hubiera realizado) y la EDC. Tras la EDC basal se monitorizó la presencia de halo hipocóico en todos los pacientes cada 2 semanas al inicio y cada 4 semanas a partir de la cuarta semana, hasta su completa desaparición en las 4 ramas de la arteria temporal. También se determinaba la VSG en cada visita. El ecografista era ciego para los datos clínicos. Para la comparación estadística de las medias se utilizaron el test de ANOVA para las diferencias entre grupos y la t de Student para muestras independientes (programa SPSS, versión 11.5).

Resultados: Se estudian 42 pacientes con diagnóstico de ACG, 16 mujeres y 26 varones. La edad media era de 77,71 años (DE \pm 7,5 años, rango: 53-88 años). La media de semanas para la completa desaparición de todos los signos ecográficos de ACG fue de 12,27 (mediana: 9,00 sem; DE: 9,40 sem; rango: 2,00-40,00 sem). La VSG media basal era de 66,96 mm/h (DE 27,18 mm/h) ($p < 0,0001$). El 16% de los pacientes presentaban una VSG basal menor de 40 mm/h y el 10,71% tenían una VSG basal menor de 30 mm/h. Tras la desaparición de los signos ecográficos de ACG en todas las ramas de la arteria temporal la VSG media era de 22,10 mm/h (DE 14,71 mm/h) ($p < 0,0001$). Al comparar el número de ramas que presentaban los grupos con la VSG, se observó que la VSG media en el grupo sin halo ($n = 28$) era 22,10 mm/h, frente a 26,85 mm/h en el grupo con afectación de 1 rama ($n = 20$), en el grupo con 2 ramas ($n = 27$) la VSG media era de 50,96 mm/h, en el grupo con 3 ramas ($n = 14$) era de 34 mm/h, y finalmente, en el grupo con afectación de las 4 ramas ($n = 27$) era de 52,59 mm/h. La diferencia entre grupos era estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Conclusiones: La EDC permite la valoración objetiva del edema de la pared vascular en la ACG y presenta signos de validez concurrente con la VSG. Además permite monitorizar a pacientes con VSG normal y evitar sesgos producidos por enfermedades concomitantes.