

*Revista Argentina de***REUMATOLOGÍA**

Sociedad Argentina de Reumatología

**editorial****In God We Trust...****All Others, Must Show Data****Proverbio Científico en Estados Unidos****Carlos E. Perandones**

Jefe de Reumatología FLENI

Jefe de Reumatología de Fundación Favaloro

El frecuente reclamo de datos que pretendemos y a veces exigimos los que creemos que hacemos ciencia, nos enfrenta a menudo a realidades numéricas difíciles de entender o justificar. Pero los datos, son datos, y lo único útil es tratar de analizarlos, y nunca enojarse con ellos.

La doctora Scolnik y colaboradores, en el artículo titulado "Manejo de arteritis de células gigantes en Argentina", publicado en este número de la *Revista Argentina de Reumatología*, nos comparten los datos de una encuesta online de 10 preguntas enviada a los socios de la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR)<sup>1</sup>.

Sobre un total de 1070 socios, de los cuales 1055 son médicos, 188 (17,8%) respondieron la misma. De ese grupo, tan solo 13,4% logra hacer una biopsia temporal que, como fue dicho en el artículo, sigue siendo el *gold standard* diagnóstico. Si entendemos el *gold standard* como el método usado para definir en forma inequívoca la presencia de una condición o enfermedad en estudio, y contra el cual, cualquier nuevo test debiera ser comparado, cuesta entender, en una especialidad como la Reumatología, donde la incertidumbre es frecuente, no hacer o no poder realizar dicho test que daría certeza diagnóstica. Parecería que nos resignamos tanto a grises de la incertidumbre, que nos alejamos demasiado de los blancos o negros de la certeza<sup>2</sup>. Por otro lado, hay clara evidencia bibliográfica que muestra que solamente con la biopsia de Arteria Temporal se predice correctamente la necesidad de tratamiento esteroide en

el 94% de los casos, en esta población, donde los efectos adversos son muy significativos<sup>3</sup>.

Me pregunto si ante la dificultad en realizarla, no debiéramos nosotros, como lo hicimos en su momento con la biopsia de membrana sinovial usando la aguja de Parker-Pearson<sup>4</sup>, o la biopsia de glándula salival o la biopsia de piel, realizarla para poder arribar a un diagnóstico cierto.

No estamos en presencia de una enfermedad inusual o rara, además de ser la vasculitis más frecuente en el adulto como fue dicho. Su incidencia estimada es de hasta 15-30 casos cada 100.000 personas/año en algunas poblaciones o de 8,6 por 100.000 personas/año en el Hospital Italiano de Buenos Aires<sup>5</sup>. Estos números nos exponen a una frecuencia no muy distante a la incidencia de la AR.

Si bien el trabajo de la doctora Scolnik y colaboradores muestra que el 45% puede realizar un ecodoppler de la Arteria Temporal, es bien sabido la variabilidad y la dependencia del operador para dicho método. Si bien la ultrasonografía es un método rápido, barato y no invasivo, no está exento de resultados falsos negativos o positivos. En 1995, en una *letter* en el *Lancet*, Schmidt y colaboradores estudiando 10 pacientes con GCA, según criterios ACR, muestran que todos presentan un halo hipoeocogénico que desaparecía a los 10-14 días del tratamiento esteroide. Otros hallazgos como la reducción de la onda de pulso, las estenosis, las oclusiones, el grosor de la pared, el diámetro de la luz arterial y la velocidad del flujo eran menos sensibles y específicos utilizando controles

adecuados<sup>6</sup>. Esta fue la primera descripción del halo y de la utilidad de dicho método en paciente con ACG<sup>7</sup>. Sin duda, la ultrasonografía doppler color es un buen método para examinar vasos sanguíneos, y con los nuevos transductores de alta frecuencia que permiten una alta resolución, es posible examinar la arteria temporal común y sus ramas frontal y parietal, y así poder evaluar la anatomía y su flujo ya que está localizada a 3-4 mm por debajo de la superficie cutánea. De cualquier manera, la necesidad de transductores adecuados y la curva de aprendizaje del operador hacen de éste un método altamente variable para creer que puede ser utilizado en forma universal. A modo de ejemplo en un diseño retrospectivo, un grupo francés muestra la presencia de halo solamente en 3,2% de los casos de GCA, y una sensibilidad de la ultrasonografía de 10% y 17% según se trate de pacientes con certeza diagnóstica por biopsia vs certeza diagnóstica por criterios clínicos respectivamente<sup>8</sup>.

Por último, respecto al tratamiento, llama poderosamente la atención que 22% de los encuestados utilizan menos de 20 mg/día de meprednisona, y 34,6% entre 21 y 40 mg/día de meprednisona en paciente presuntamente diagnosticados como ACG "no complicada". Hace ya 61 años que el grupo de la Mayo Clinic publicó la forma de usar esteroides en GCA diagnosticada anatomopatológicamente<sup>9</sup>. Desde entonces múltiples cohortes, guías y libros de textos aún recomiendan dosis altas de tratamiento en pacientes con GCA para evitar sus complicaciones. Coincido con que dicha dosis es alta, pero la ausencia de trabajos cabeza a cabeza que demuestren que dosis más bajas son igualmente efectivas, debiera motivarnos a utilizar las dosis recomendadas y no la de opinión subjetiva personal. Por último, la ACG "no complicada" es donde más cuidado debiéramos tener, ya que el tratamiento esteroide se establece para evitar las complicaciones, y no para tratarlas cuando ya están establecidas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Manejo de Arteritis de Células Gigantes en Argentina, Encuesta GESAR Vasculitis. Scolnik M, Scaglioni V, Magri SJ, Babini AM. *Revista Argentina de Reumatología* 2018; 29(1):11-14.
2. Tolerating Uncertainty- The Next Medical Revolution?. Simpkin AL, Schwartzstein RM. *N Engl J Med*. 2016;375(18):1713-15.
3. The therapeutic impact of temporal artery biopsy. Hall S, Persellin S, Lie JT, O'Brien PC, Kurland LT, Hunder GG. *Lancet*. 1983;2(8361):1217-20.
4. A simplified synovial biopsy needle. Parker RH, Pearson CM. *Arthritis Rheum*. 1963;6:172-6.
5. Incidence and Prevalence of Polymyalgia Rheumatic and Giant Cell Arteritis: A 15-Year Study in a Health Care Management Organization. Martinez JM, Mollerach FB, Vergara F, Gandino IJ, Scolnik M, Catoggio LJ, Rosa J, Soriano ER. Poster session. ACR/ARHP Annual Meeting, Washington, DC, November, 2016
6. Schmidt WA, Kraft HE, Völker L, Vorpahl K, Gromnica-Ihle EJ. Colour Doppler sonography to diagnose temporal arteritis. *Lancet*. 1995;345(8953):866.
7. Schmidt WA, Kraft HE, Vorpahl K, Völker L, Gromnica-Ihle EJ. Color duplex ultrasonography in the diagnosis of temporal arteritis. *N Engl J Med*. 1997;337(19):1336-42.
8. Limited value of temporal artery ultrasonography examinations for diagnosis of giant cell arteritis: analysis of 77 subjects. Maldini C, Dépinay-Dhellemmes C, Tra TT, Chauveau M, Allanore Y, Gossec L, Terrasse G, Guillevin L, Coste J, Mahr A. *J Rheumatol*. 2010;37(11): 2326-30.
9. Treatment of temporal arteritis with adrenal corticosteroids; results in fifty-five cases in which lesion was proved at biopsy. Birkhead NC, Wagener HP, Shick RM. *JAMA* 1957;163(10):821-7.