



HOJA INFORMATIVA DEL PACIENTE

Arteritis De Células Gigantes (GCA)



DESCRIPCIÓN DE LA CONDICIÓN

La arteritis de células gigantes (GCA) es un tipo de vasculitis o inflamación de los vasos sanguíneos. Ocurre en adultos mayores de 50 años. La GCA también se conoce también como arteritis temporal. En algunas personas, la GCA ocurre junto con la polimialgia reumática (PMR), una afección de dolor en las articulaciones. En la GCA, las arterias alrededor del cuero cabelludo y la cabeza se inflaman. A menudo, la arteria temporal, un pequeño vaso sanguíneo debajo

de la piel en las sienes, se hincha y se engrosa. Las personas con ACG pueden tener dolores de cabeza persistentes, fatiga y fiebre. Alrededor de la mitad de los pacientes con GCA también tienen síntomas de PMR, y en algún momento alrededor de 5 a 15% de los pacientes con PMR serán diagnosticados con ACG. La GCA afecta a las mujeres con más frecuencia que a los hombres, y a los caucásicos con más frecuencia que a los no caucásicos. Su causa es desconocida.



SIGNOS/ SÍNTOMAS

Un dolor de cabeza nuevo y persistente es un signo común de la GCA. Los dolores de cabeza característicamente ocurren en las sienes, pero pueden ocurrir en otras áreas de la cabeza. Otros síntomas son fatiga, fiebre, pérdida de peso, pérdida de apetito y dolor en la mandíbula al masticar. Signos menos comunes son dolor en la cara, garganta o lengua. Un reumatólogo debería diagnosticar y tratar la GCA. Es importante destacar que esta afección puede involucrar vasos que suministran sangre a los ojos y afectan la vista. Las personas pueden notar visión borrosa temporal, visión doble o ceguera. La pérdida repentina y permanente de la visión es una complicación poco frecuente que puede

prevenirse con un tratamiento inmediato de la GCA. Las personas con PMR deben informar los dolores de cabeza nuevos, cambios en la visión o dolor en la mandíbula a su reumatólogo de inmediato para que se realicen las pruebas de detección de la GCA. Para diagnosticar la GCA, los pacientes pueden someterse a exámenes de sangre, incluida una velocidad de sedimentación ("sed") eritrocítica (ESR) y/o proteína C reactiva (PCR), para buscar signos de inflamación, seguidos con mayor frecuencia por una biopsia de la arteria temporal. En algunos centros, los pacientes pueden someterse a una evaluación ecográfica de las arterias temporales.



TRATAMIENTOS COMUNES

El tratamiento de la GCA debe comenzar inmediatamente después del diagnóstico para prevenir la pérdida de la visión. Por lo general, los médicos comienzan el tratamiento antes de derivar al paciente para una biopsia de la arteria temporal si se sospecha de una ACG. El tratamiento de primera línea generalmente es un corticosteroide, la prednisona [Deltasone, Orasone], a 60 mg por día. Los dolores de cabeza y otros síntomas a menudo se alivian rápidamente con el tratamiento, y la velocidad de sedimentación y la PCR disminuyen a la normalidad. Los pacientes pueden permanecer con esta dosis alta de prednisona durante 2 a 4 semanas, y luego la dosis se reduce. El reumatólogo ajustará la dosis de prednisona según los síntomas del paciente. Para la mayoría de los pacientes, la dosis de prednisona se reduce a 5-10 mg por día durante algunos meses. El objetivo

de la terapia es mantener los síntomas del paciente controlados y para que se pueda disminuir la prednisona y que los pacientes estén completamente fuera de ella o en una dosis muy baja. La GCA rara vez regresa después del tratamiento. Dosis altas de prednisona tienen efectos secundarios graves, por lo que los pacientes deben hablar acerca de esto con su reumatólogo. En mayo de 2017, se aprobó tocilizumab (Actemra) para el tratamiento de la GCA. Esta medicina se puede administrar como un medicamento intravenoso [inyección en la vena] mensualmente, o como una inyección subcutánea [inyección debajo de la piel] administrada por el paciente cada una o dos semanas. Se demostró que el tocilizumab proporciona un mayor número de pacientes en remisión de GCA con un año de tratamiento y que requiere menos cantidades totales de prednisona.



CONSEJOS DE CUIDADO/ MANEJO

Los pacientes pueden manejar los efectos secundarios de los esteroides, como la pérdida ósea, al hacerse una prueba de densidad ósea y tomar suplementos de vitamina D y calcio. Esto puede ayudar a prevenir la osteoporosis y las fracturas óseas. Los pacientes también pueden recibir una prescripción de bifosfonatos como el alendronato [Fosamax], el risedronato [Actonel], el ibandronato [Boniva] o el ácido zoledrónico [Reclast] para ayudar a proteger sus huesos. Otros efectos secundarios de los esteroides incluyen estados de ánimo inquietos,

aumento de peso, retención de líquidos y falta de sueño. Estos deben mejorar a medida que la dosis del fármaco se reduce. Los esteroides también aumentan el riesgo de infecciones, debilidad muscular, cataratas, glaucoma, necrosis avascular de los huesos y adelgazamiento o moretones de la piel, por lo que los pacientes deben ver a su médico a menudo para detectar y tratar estos problemas. La mayoría de los efectos secundarios de los esteroides son temporales y pueden ser controlados.