



Arteritis de Takayasu. Reporte de un caso que ameritó tratamiento con angioplastia de urgencia

FG Arévalo Martínez,* JJ Badia Flores†

INTRODUCCIÓN

La arteritis de Takayasu (AT) afecta principalmente la aorta y sus ramas mayores; es más común en Japón, China, India, sudeste asiático y México, aparece con mayor frecuencia en niños y mujeres jóvenes, en la mayoría de los casos ocurre entre los 10 y 30 años, con una relación mujer:hombre de 4:1. La causa de la AT es desconocida. La inflamación de la pared de los vasos lleva a la formación de aneurismas, estenosis, trombosis y disección. Los síntomas se relacionan con la insuficiencia vascular y con la inflamación sistémica, e incluyen: malestar general, fiebre, pérdida de peso, sudoración nocturna, síntomas musculoesqueléticos, claudicación, ausencia de pulsos o pulso débil, hipertensión, mareos y presión arterial asimétrica en los brazos. Los soplos, especialmente sobre las arterias subclavias, las carótidas y en el abdomen son encontrados en un tercio de los pacientes.^{1,2} El accidente vascular cerebral, la regurgitación aórtica y las anomalías visuales están presentes al inicio en menos del 10% de los pacientes, siendo raras la isquemia retinal y la pérdida permanente de la visión. Los estudios de laboratorio son inespecíficos e incluyen anemia, leucocitosis, hipergammaglobulinemia y elevación de la velocidad de eritrosedimentación.¹ La anomalía detectable más temprana es el engrosamiento de la pared del vaso, puede ser detectada por resonancia magnética, ultrasonografía y, en menor grado, por tomografía computarizada.^{3,4} Para el diagnóstico temprano también es de utilidad la tomografía con emisión de positrones o PET-CT.⁵ La angiografía convencional es el estándar de oro para de-

linear precisamente estenosis, oclusiones y aneurismas que caracterizan los estadios más tardíos de la enfermedad.⁶ Por ser no invasiva, la angiorresonancia ha llegado a ser el método de imagen preferido para el seguimiento de los pacientes. Los corticosteroides son la piedra angular del tratamiento y están indicados para tratar la enfermedad activa.⁶ Las recaídas pueden ser tratadas por incremento en la dosis de los mismos o añadiendo un inmunosupresor siendo el más utilizado el metotrexato, aunque también han sido utilizados azatioprina, micofenolato mofetil y ciclofosfamida. Los medicamentos biológicos anti-TNF han sido utilizados cuando hay falla con otras terapias, e incluso biológicos anti-IL6.⁷⁻¹⁰ Desafortunadamente, el tratamiento médico pocas veces reduce o revierte las lesiones estenóticas. La arteritis de Takayasu es la forma de vasculitis que más frecuentemente requiere procedimientos de revascularización. La cirugía de *bypass* ha dado mejores resultados que la angioplastia.^{11,12} Aunque esta última funciona mejor a corto plazo, los resultados a largo plazo son con frecuencia decepcionantes.

OBJETIVO

Presentar el caso de una paciente con arteritis de Takayasu que ameritó angioplastia de urgencia.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 37 años, con antecedentes heredo-familiares de padre con infarto agudo de miocardio y madre con hipertensión arterial sistémica, antecedentes personales de miopía más astigmatismo tratados con láser. El padecimiento actual con 15 días de evolución se caracteriza por presentar cefalea fronto-parieto-temporal, fosfenos, amaurosis bilateral de una hora de duración, lipotimia en dos ocasiones y cianosis en las manos. Al segundo día de estancia hospitalaria presenta fosfenos, amaurosis bilateral de 30 minutos y síncope. Los estudios a su ingreso reportan leucocitosis 11,300/10,000 con neutrofilia 75/70%, hemoglobina 10.8/12 g/dL, velocidad de sedimentación globular 35/20. Al examen físico SV FC 104 por minuto, FR 18 por minuto, afebril, presión arterial en MTI 145/95, presión arterial en MTD 130/85, soplo carotídeo

* Médico Reumatólogo. Hospital Ángeles Metropolitano.

† Médico Reumatólogo. Hospital Ángeles Mocel.

Correspondencia:

Federico Guillermo Arévalo Martínez

Correo electrónico: arevaloguillermo@hotmail.com

Aceptado: 01-03-2013.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

izquierdo, soplo sistólico en arterias subclavias, soplo sistólico en foco aórtico, ausencia de pulso radial y braquial izquierdo, pulso radial y braquial derecho débil y coloración violácea en las manos. El US Doppler revela arterias oftálmicas tortuosas, arterias carótidas tortuosas y engrosamiento generalizado de su capa íntima, con reducción del calibre del 89% en el lado izquierdo y 83% en el derecho; también la arteria vertebral izquierda se encuentra tortuosa; la panangiografía revela tronco braquiocefálico ocluido antes de la bifurcación, arteria carótida común izquierda con lesión del 95%, arteria subclavia izquierda con lesión del 80%. Se diagnostica arteritis de Takayasu; en manejo conjunto con Cardiología se inicia tratamiento con prednisona 60 mg por día, metotrexate 10 mg por semana, aspirina 100 mg cada 24 horas, enoxaparina 60 mg sc al día; se realiza dilatación y colocación de stent en carótida común izquierda y subclavia izquierda, con lo que mejora el pulso radial y braquial izquierdo, hay presencia de pulso en la carótida izquierda, y el soplo en foco aórtico es menor, mejora la cianosis en las manos. La paciente durante su estancia no volvió a presentar síntomas neurológicos ni oculares. Acude a consulta externa al mes, prácticamente sin cambios al examen físico y con estudios de laboratorio normales.

COMENTARIO

La arteritis de Takayasu puede determinar situaciones que ponen en peligro la vida. El tratamiento médico durante la enfermedad activa o durante las recaídas usualmente falla en mejorar las lesiones estenóticas. Está indicada la angioplastia en situaciones de urgencia y, dependiendo de la ubicación de la lesión, la cirugía por *bypass*. La decisión del momento oportuno para la realización de la misma es del cardiólogo intervencionista.

REFERENCIAS

1. Kerr GS, Hallahan CW, Giordano J. Takayasu arteritis. *Ann Intern Med.* 1994; 120: 919.
2. Ohteki H, Itoh T, Natsuaki M et al. Aortic valve replacement for Takayasu arteritis. *Thorac Cardiovasc Surg.* 1992; 104: 482.
3. Tanigawa K, Eguchi K, Kitamura Y et al. Magnetic resonance imaging detection of aortic and pulmonary artery wall thickening in the acute stage of Takayasu arteritis. Improvement of clinical and radiologic findings after steroid therapy. *Arthritis Rheum.* 1992; 35: 476.
4. Budtz-Lilly JW, Paaske W, Thrysoe SA, Andersen G. Takayasu arteritis and the utility of magnetic resonance imaging. *J Vasc Surg.* 2012; 56(3): 832.
5. Pacheco Castellanos Mdel C, Mínguez Vega M et al. Early diagnosis of large vessel vasculitis: usefulness of positron emission tomography with computed tomography. *Reumatol Clin.* 2013; 9(1): 65-68.
6. Hall S, Barr W, Lic JT et al. Takayasu arteritis. A study of 32 North American patients. *Medicine (Baltimore).* 1985; 64: 89.
7. Mahlmann A, Pfluecke C, Simonis G, Weiss N, Kappert U. Combined immunosuppressive therapy including a TNF-alpha blocker induces remission in a difficult treat patient with Takayasu arteritis and coronary involvement. *Vasa.* 2012; 41(6): 451-457.
8. Wen D, Du X, Ma CS. Takayasu arteritis: diagnosis, treatment and prognosis. *Int Rev Immunol.* 2012; 31(6): 462-473.
9. Unizony S, Arias-Urdaneta L, Miloslavsky E et al. Tocilizumab for the treatment of large-vessel vasculitis (giant cell arteritis, Takayasu arteritis) and polymyalgia rheumatica. *Arthritis Care Res.* 2012; 64(11): 1720-1729.
10. Bredemeier M, Rocha CM, Barbosa MV, Pitrez EH. One-year clinical and radiological evolution of a patient with refractory Takayasu arteritis under treatment with tocilizumab. *Clin Exp Rheumatol.* 2012; 30(1 Suppl 70): S98-100.
11. Bonilla-Abadía F, Echeverri AF, Carbonell JP, Cañas CA. Multiple endovascular stent-graft implantations in a patient with aortic thoracic and abdominal aneurysms due Takayasu arteritis. *Rheumatol Int* 2013 Jan 5 *Rheumatol Int.* [Epub ahead of print].
12. Hu J, Huang H, Zhang X, Li G et al. Stent placement for treatment of long segment (≥ 80 mm) carotid artery stenosis in patients with Takayasu disease. *J Vasc Interv Radiol.* 2012; 23(11): 1473-1477.