



Caso 4-2019:

Arteritis de Takayasu

Recibido: 24/05/2019

Aceptado: 15/06/2019

¹ Sofía Reyes Bonilla

² Cristina García Rossi

³ Jairo Arce Montero

¹ Médico General. San José, Costa Rica. Correo electrónico: sofire1805@gmail.com

² Médico General. San José, Cost Rica. Correo electrónico: cristy.gr18@gmail.com

³ Médico Asistente Especialista en Radiología. Hospital San Juan de Dios. San José, Costa Rica.

Resumen

La arteritis de Takayasu es una vasculitis que se presenta con mayor frecuencia en mujeres entre la segunda y tercera década de la vida. Las técnicas de imagen son las herramientas más significativas para realizar el diagnóstico. Actualmente, los métodos por imágenes más utilizados son la tomografía computarizada (TC) y la angiografía de resonancia magnética (ARM), así como el ultrasonido. Este reporte presenta el caso de una paciente con historia crónica de malestar general, astenia, con hipertensión arterial sin estudio por causa secundaria, sensación febril de predominio nocturno, lipotimias, visión borrosa, a la cual posteriormente se le diagnostica enfermedad de Takayasu. Las diferentes técnicas de imagen para realizar el diagnóstico son descritas e interpretadas en este reporte.

Abstract

Takayasu arteritis is a vasculitis which affects women mainly between the 2nd and 3rd decade of life. Currently, the tools that are the most important to diagnose Takayasu arteritis are computed tomography (CT), magnetic resonance angiography (MRA), and ultrasound. This report presents the case of a patient with a chronic history of asthenia, hypertension that was never studied by a secondary cause, febrile sensation of nocturnal predominance, lipothymias, and blurred vision. She is later diagnosed with Takayasu's Disease. The different imaging techniques to make the diagnosis are described and interpreted in this report.

Palabras clave

Enfermedad de Takayasu; vasculitis; arteritis de grandes vasos; Takayasu.

Key words

Takayasu's arteritis; vasculitis; large vessel arteritis; Takayasu.

Caso Clínico

Se presentó una paciente femenina de 22 años, estudiante de secundaria, vecina de Escazú, diestra, conocida por hipertensión arterial posterior a la gestación diagnosticada desde hace tres años. La cual toma como tratamiento enalapril 5mg/día vía oral e hidroclorotiazida 25 mg/día, sin antecedentes quirúrgicos y los antecedentes ginecoobstétricos G1 P1 A0 C1. En antecedentes personales no patológicos niega etilismo, consumir tabaco, consumir drogas, transfusiones previas o alergias.

La paciente consultó al EBAIS, con historia de dos años de evolución de cuadros de lipotimias, por lo que desde el EBAIS la refieren al Hospital San Juan de Dios para realizarle un ultrasonido de cuello debido al aumento de volumen del cuello, por adenopatías cervicales, cifras tensionales altas de la presión arterial (presión arterial mayor en miembro superior derecho que el miembro superior izquierdo) y episodios de dolor en tórax, específicamente durante la inspiración.

En el ultrasonido de cuello se documentó oclusión de arteria carótida derecha, con estenosis de la arteria carótida izquierda y de la arteria subclavia, asociada con importante engrosamiento de los complejos miointimales, de probable causa inflamatoria. Se complementó el estudio con angio TC de cuello y tórax a solicitud del servicio de radiología para valorar extensión de la enfermedad, donde se documentó arteria carótida común izquierda con oclusión en 1/3 medio y distal, arteria subclavia izquierda con oclusión completa y escasa recanalización distal, arteria carótida común derecha con estenosis aproximadamente del 75%, así como engrosamiento difuso del complejo miointimal de la aorta torácica, con diagnóstico por imágenes de arteritis de Takayasu.

La paciente ingresó al servicio de reumatología para completar estudios y fue valorada por múltiples servicios, incluyendo cardiología, oftalmología, oncología médica y vascular periférico.

La paciente ingresó asintomática, con los siguientes signos vitales: PA 176/76 mmHg (105) en miembro superior derecho y 134/79 mmHg (98) en miembro superior izquierdo, FC 99 latidos por minuto, temperatura 37.2°C y saturación de oxígeno de 99%.

Ante el examen físico se documentó una paciente consciente, alerta y orientada, con pupilas isocóricas, normorreactivas, movimientos extraoculares conservados, movimientos de la mímica facial simétricos, sensibilidad facial conservada, movimientos de la lengua conservados, pares craneales conservados, cuello cilíndrico con adenopatía izquierda submandibular de consistencia móvil, elástica y pequeña; ruidos cardíacos rítmicos con soplo sistólico, principalmente en foco aórtico grado III-IV que se irradia a cuello con thrill derecho y ausencia de pulso radial; campos pulmonares limpios; abdomen blando y depresible, sin datos de irritación peritoneal; sin datos de focalización neurológica, movilidad 5/5 en las 4 extremidades, sin cianosis y sin frialdad distal; sin edemas podálicos; peso de 54 kg y talla de 166 cm.

Ante el interrogatorio, la paciente refirió que desde hace un año y medio inició con malestar general, astenia, asocia sensación de mareos, visión borrosa, sensación febril nocturna, parestesias en ambas manos, dolor en el dorso del tórax opresivo al inspirar y tos con esputo hialino de un mes de evolución. Negó cefalea, caída de cabello, pérdida de peso, lesiones en la piel o claudicación intermitente.

Los estudios de laboratorio arrojaron los siguientes resultados: VES 137, PCR 19.2, hemoglobina 11.6, hematocrito 34, pruebas de función renal normales, prueba de función hepática con patrón colestásico, alfa feto proteína 0.97.

Inició tratamiento con prednisona y ácido acetilsalicílico.

Discusión y análisis de caso

La enfermedad de Takayasu (ET) se define como una enfermedad inflamatoria y estenótica con una predilección sobre el arco aórtico y sus ramas de mediano y gran calibre.^(1,2) La ET se presenta en mayor porcentaje en el sexo femenino y tiene una incidencia principalmente entre la 2a y 3a década de vida.⁽³⁾

Takayasu fue descrita por primera vez en mujeres japonesas y la mayoría de los estudios confirman que es una enfermedad que predomina en asiáticos; sin embargo, en estudios recientes se ha visto que esta enfermedad puede estar presente en cualquier etnia. Actualmente, se desconoce la etiología y por qué afecta a mujeres predominantemente.⁽⁴⁾

El grado arterial está estrechamente vinculado con el pronóstico, por lo cual su prevención es el objetivo principal de la terapia. Las características de la ET son: la lesión arterial con remodelación posterior, la predisposición a la estenosis arterial y/o dilatación arterial.⁽⁵⁾

El Colegio Americano de Reumatología utiliza seis criterios diagnósticos para definir la ET:⁽⁶⁾

1. Edad de comienzo menor a los 40 años.
2. Claudicación de las extremidades superiores.
3. Disminución del pulso braquial.
4. Diferencia de presión mayor a 10mmHg en presión sistólica entre ambos miembros superiores.
5. Soplo sobre las arterias subclavias o la aorta audible a la auscultación.
6. Anormalidades en la arteriografía: estrechamiento u oclusión de la arteria entera, sus ramas proximales o grandes arterias, en la zona proximal de las extremidades superiores o inferiores, no debida a aterosclerosis, displasia fibromuscular o causas similares.

Se requieren al menos 3 criterios de los mencionados para establecer el diagnóstico. La presencia de 3 o más criterios tiene una sensibilidad de un 90.5% y una especificidad de un 97.8%.⁽²⁾ En el caso de esta paciente, cumple con 5 de los 6 criterios diagnósticos para arteritis de Takayasu.

■ Hallazgos por imágenes

Las técnicas de imagen son herramientas muy significativas para realizar el diagnóstico y seguimiento de la arteritis de Takayasu.

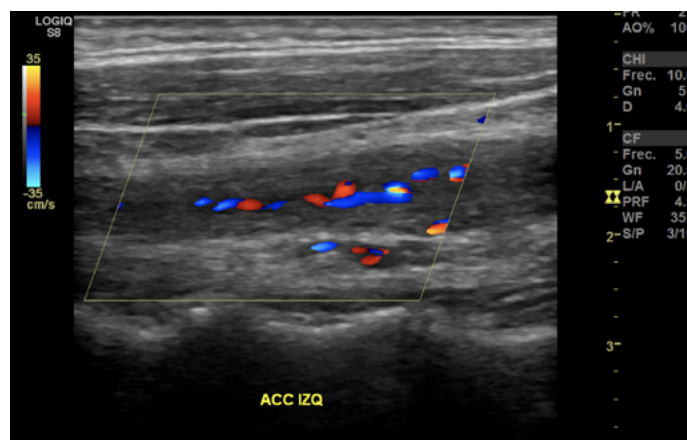
Los métodos más sensibles y específicos son la angiotomografía computarizada (angio-TC) y la angioresonancia magnética (angio-RM).^(4,7)

En el ultrasonido se puede identificar un engrosamiento circunferencial difuso y homogéneo de los complejos miointimales de los vasos afectados, oclusiones y dilataciones vasculares, así como elevación de la velocidad del flujo distal a la zona de estenosis en un paciente con ET.⁽⁸⁾ Por su parte, la angiografía por TC es útil para el diagnóstico en la fase temprana de la enfermedad, ya que permite evaluar el grosor de la pared en lugar del simple diámetro luminal. Dentro de los hallazgos de la angiografía

TC están: la estenosis, oclusiones, aneurismas y engrosamiento mural de la pared arterial concéntrica que afecta la aorta y sus ramas, las arterias pulmonares y en ocasiones las arterias coronarias.^(8,9)

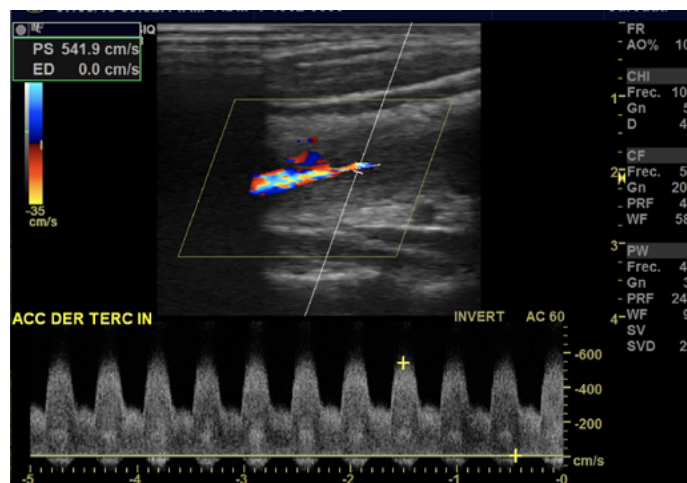
En fases más tardías de la enfermedad, se pueden observar incluso calcificaciones vasculares extensas, las cuales suelen ser transmurales y se observan en un 27% de los pacientes.⁽⁹⁾

Figura 1. Corte longitudinal de arteria carótida común (ACC) izquierda, que demuestra importante engrosamiento miointimal con flujo filiforme al Doppler color.



Fuente: Hospital San Juan de Dios, 2016.

Figura 2. Arteria carótida común derecha con elevación de las velocidades pico sistólicas en la zona de estenosis hasta en 541 cm/s; lo normal es menos de 125 cm/s.



Fuente: Hospital San Juan de Dios, 2016.

Figura 3. Angio TC con reconstrucción multiplanar de la aorta torácica que evidencia el engrosamiento miointimal difuso.



Fuente: Hospital San Juan de Dios, 2016.

Conclusiones

La enfermedad de Takayasu (ET) se define como una enfermedad inflamatoria y estenótica con una predilección sobre el arco aórtico y sus ramas de mediano y gran calibre. Se presenta en mayor porcentaje en el sexo femenino y tiene una incidencia principalmente entre la 2a y 3a década de vida.

En todo paciente joven con diagnóstico de hipertensión arterial, es importante completar los estudios por causas secundarias, con el fin de descartar enfermedades que requieren tratamiento. La arteritis de Takayasu debe ser considerada como parte del diagnóstico diferencial en toda causa secundaria de hipertensión arterial.

Como técnicas diagnósticas en fases tempranas de la enfermedad se encuentran la angioresonancia magnética, la angiotomografía y el ultrasonido.

Referencias bibliográficas

1. Kasper D Fauci A Hauser S Longo D, et al. *Harrison Principles of Internal Medicine*. Mc Graw Hill Companies, Inc. 19th Edition, 2015; 2189.
2. Watts R Al-Taiar A Mooney J Scott D y MacGregor A. *The epidemiology of Takayasu arteritis in the UK*. Rheumatology, 2009;48 (8):1008–1011. doi:https://doi.org/10.1093/rheumatology/kep153.
3. Arnaud L *Enfermedad de Takayasu*. EMC - Tratado de Medicina 2016; 20(1):1-6 [Artículo E – 5-0350]. doi:10.1016/s1636-5410(16)76381.
4. Seyahi E. *Takayasu arteritis*. Current Opinion in Rheumatology, 2017;29(1): 51-56. doi: 10.1097/bor.0000000000000343.
5. Tombetti E Mason JC. *Application of imaging techniques for Takayasu arteritis*. Presse Med. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2017.03.022. 2017.
6. Arend W Michel B Bloch D, et al. *The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Takayasu arteritis*. Arthritis Rheum. 1990;33 (8): 1129-34.
7. Keenan N Mason J Maceira A, et al. *Integrated cardiac and vascular assessment in Takayasu arteritis by cardiovascular magnetic resonance*. Arthritis & Rheumatism. 2009;50 (11): 3501-3509. doi: 10.1002/art.24911.
8. Gotway M Araoz P Macedo T et al. *Imaging findings in Takayasu arteritis*. American Journal of Roentgenology. 2005; 184: 1945-1950. doi: 10.2214/ajr.184.6.01841945.
9. Zhu F Luo S Wang Z, et al. *Takayasu arteritis: Imaging spectrum at multidetector CT angiography*. BJR, 2012; 85 (1020): e1282- e1292. doi: 10.1259/bjr/25536451.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no existió ningún conflicto de interés en el presente reporte.