Arterite de Takayasu – Relato de caso

Takayasu's arteritis – Case report

ALEXANDRE MITSUO MORITA – Doutorando em Medicina Interna do HNSC.
GUILHERME F. GAZZONI – Médico – residente em Medicina Interna do HNSC.
NICOLAS SILVA LAZARETTI – Médico – residente em Medicina Interna do HNSC.
LEONARDO G. ZANATA – Médico – residente em Medicina Interna do HNSC.
JOSÉ LUIZ MÖLLER FLÔRES SOARES – Médico preceptor do Serviço de Residência em Medicina Interna do HNSC.

Hospital Nossa Senhora Conceição – Porto Alegre – RS.

✉ Endereço para correspondência:
Alexandre Mitsuo Morita
Fernando Cortez 404, apto. 402
91350-270 – Porto Alegre, RS – Brasil
Fone: (51) 3345-1380 / (51) 8132-0161
thiersch@terra.com.br

RESUMO

Os autores apresentam a investigação e o tratamento de um caso de arterite de Takayasu numa paciente de 22 anos que se internou com sintomas constitucionais de febre, perda de peso, astenia, cansaço, dispnéia e cefaléia e cujo exame físico na internação revelou ausência de pulsos radiais e braquiais em ambos os braços, fato que impossibilitou a medida de pressão arterial nos membros superiores. Foi escolhido como método diagnóstico a angiorressonância magnética da aorta torácica e seus principais ramos, a qual demonstrou estenose das artérias subclávias e axilares bilaterais.

Este relato de caso visa a apresentar os aspectos clínicos da doença, assim como sua investigação diagnóstica e resposta ao tratamento.

UNITERMOS: Arterite de Takayasu, Estenose de Artérias Subclávias e Axilares.

ABSTRACT

The authors describe the investigation and treatment of Takayasu´s arteritis in a 22 years old female presenting with fever, weight loss, asthenia, fatigue, breathlessness and headache. Initial physical examination showed bilateral absence of radial and braquial pulses, which made it impossible to measure blood pressure in arms. Magnetic resonance angiography of the thoracic aorta and its branches was choosen as diagnostic exam. It showed bilateral axilary and subclavian stenosis. This article intends to demonstrate, by presenting this case, the clinical aspects of the disease, possible studies for investigation and usual response to treatment.

KEY-WORDS: *Takayasu's Arteritis, Axylary and Subclavian Stenosis.*

INTRODUÇÃO

A arterite de Takayasu é uma doença inflamatória crônica de etiologia desconhecida que acomete a aorta e seus ramos, tanto torácicos como abdominais. Sua velocidade de evolução é variável até o estágio esclerótico tardio, podendo, também, se apresentar na forma de aneurisma, o que é infreqüente. É uma patologia rara que acomete por volta de 2 a 3 para cada 1 milhão de pessoas entre a 2ª e 4ª década de vida, tendo predominância entre as mulheres (9:1), sendo que as de origem asiática são mais acometidas. As manifestações clínicas dessa doença na fase inicial se apresentam como cansaço, astenia, febre e perda de peso. À medida que a doença progride, as manifestações são claudicação em membros devido ao comprometimento vascular, assim como o surgimento de sopros à ausculta dos vasos comprometidos, podendo também surgir sintomas como artralgias, mialgias, borramento e perda de visão, dispnéia, cefaléia, eritema nodoso, entre outros.

RELATO DE CASO

Paciente T.M.L.M., 22 anos, branca, feminina, procurou atendimento no serviço de Medicina Interna do Hospital Nossa Senhora Conceição com sinais e sintomas de cansaço, astenia, febre moderada, perda de peso, cefaléia, dispnéia, dor no pescoço e no tórax há 2 meses. No exame físico, apresentava dor difusa e inespecífica na palpação do pescoço, mucosas hipocoradas, ausência de pulsos radiais e braquiais bilateralmente, com impossibilidade de medida da pressão arterial em ambos os braços; o restante do exame físico era normal. Os exames laboratoriais demonstraram anemia (hemoglobina: 9,6 e hematácrito: 31,1) hipocrômica e microcítica, 9.200 leucócitos com 68,8% de neutrófilos, VSG de 135mm e proteína C reativa de 100mg/l.

Foi escolhido o exame de angiorressonância como método diagnóstico do caso, o qual revelou estenose significativa de artérias subclávias e axilares (Figuras 1 e 2). Com o diagnóstico estabelecido, foi iniciado tratamento com prednisona 60 mg por dia, tendo a paciente melhorado clinicamente em 48 horas. Os exames laboratoriais de controle após início do tratamento demonstraram queda dos níveis de proteína C reativa para 5mg/l, e do VSG para 85 mm, com surgimento de leucocitose, causada provavelmente pelo uso do corticosteróide.

DISCUSSÃO

Os últimos estudos sobre a arterite de Takayasu têm sugerido uma associação imunogenética como a causa da doença, tendo envolvimento dos antí-

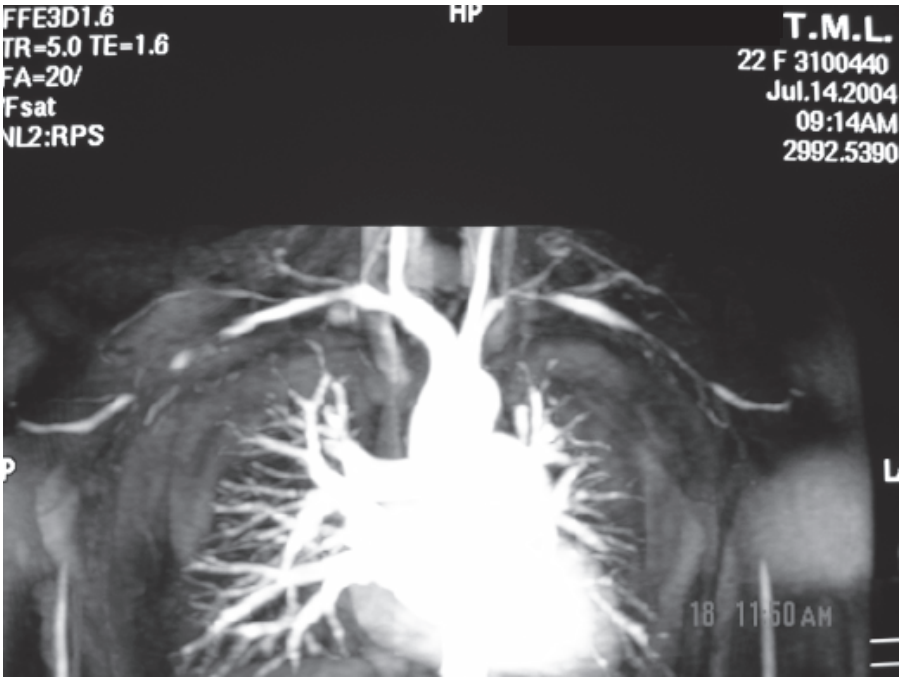


Figura 1.

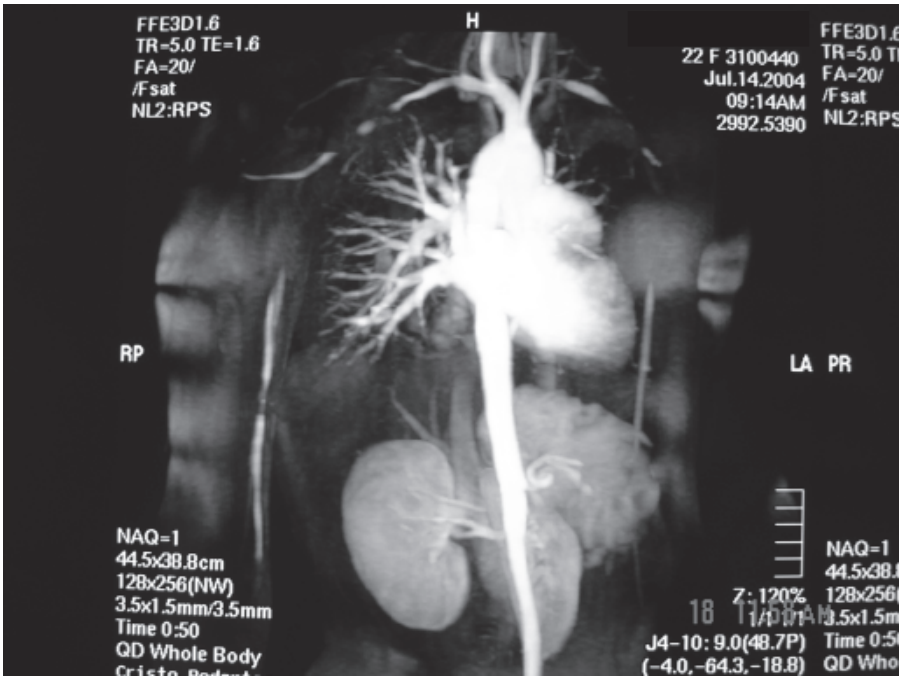


Figura 2.

genos leucocitários humanos HLA-A10, B5, Bw52, DR2 e DR4. O processo inicial da lesão vascular acomete principalmente a artéria subclávia; com a evolução da doença, outros ramos da aorta são comprometidos, podendo atingir artérias renais e provocar hipertensão arterial, muitas vezes não diagnosticada devido à ausência de pressão arterial nos braços e não verificação da pressão nos membros inferiores.

Os critérios de classificação da arterite de Takayasu, segundo o Colégio Americano de Reumatologia, levam em conta que ela tem sensibilidade de 90,5% e especificidade de 97,8%, sendo necessários, no mínimo, 3 dos seguintes critérios:

1 – idade ≤ 40 anos;

2 – claudicação de extremidades;

3 – diminuição de pulso da artéria braquial;

4 – diferença de pressão arterial ≥ 10 mmHg entre os braços;

5 – sopro sobre as artérias subclávias ou aorta;

6 – anormalidade na angiografia;

No presente relato não se optou pela realização de angiografia, pois, além de ser invasivo, não demonstra a espessura da parede da artéria; os achados da ressonância magnética realizada definiram o diagnóstico. Outros exames também são válidos no diagnóstico dessa doença, como tomografia computadorizada e ecocardiografia, sendo que esta última seria mais apropriada para analisar ramos da aorta ascendente.

Quanto ao tratamento, deve-se optar pelo uso de corticosteróide, nas doses de 45-60mg de prednisona por dia. À medida que houver melhora dos sintomas e dos parâmetros laboratoriais pode-se diminuir progressivamente a dose de prednisona. Há casos em que uma pequena dose por longo tempo se faz necessária; e outros, em que somente na exacerbação da doença se inicia novamente o uso de corticosteróide. Outras drogas podem ser usadas nos casos em que o tratamento não é efetivo, como metrotexate e ciclofosfamida. A angioplastia ou o *bypass* podem ser necessários quando houver estenose significativa irreversível ou quando os sintomas significativos de isquemia estão presentes.

A arterite de Takayasu é uma doença crônica que pode levar a complicações como insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial, entre outras. Tem em geral prognóstico favorável, com sobrevida em torno de 83% em 15 anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ROBERT L, CIROLLO JR. Takayasu Arteritis. E Medicine. May 3, 2002.
2. GOLDMAN L, BENNET CLAUDE J. In: Cecil – Tratado de Medicina Interna. Guanabara ed. 21. ed. 2001:395.
3. SATO EI, HATTA FS, LEVY-NETO M, FERNANDES S .Demographic, clinical, and angiographic data of patients with Takayasu's Arteritis in Brazil. The International Journal of Cardiology, Vol. 66,, pp 67-71, 1998.
4. GENE HG. Takayasu arteritis. In: Up To Date, Rose, BD ed. Up To Date, Wellesley, may, 2002.
5. CHOE YH, LEE WR. Magnetic resonance imaging diagnosis of Takayasu Arteritis, The International Journal of Cardiology, pp. 175-180,
6. The Johns Hopkins Vasculitis Center Website. Takayasu's Arteritis. 1998-2004. The Johns Hopkins University Division of Rheumatology.
7. WEYAND CM, GORONZY JJ. The New England Journal of Medicine. Medium– and Large-Vessel Vasculitis Vol. 349: 160-169. July 10, 2003, number 2.
8. NUMANO F,OKAWARA M, INOMATA H, KOBAYASHI Y. Takayasu's arteritis. *Lancet* 2000; 356: 1023-25.
9. KLIPPEL JH, DIEPPE PA. In: Rheumatology – Second Edition. 7:25.1-4.