

Enfermedad de takayasu a propósito de un caso

Autor: Talía Aguiar Simón, Marilin Fonseca Williams

6to año de medicina.

Tutor: Amel Alfonso Simón.

Especialista: angiología y cirugía vascular

Resumen

La Arteritis de Takayasu es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta las arterias elásticas de gran calibre, fundamentalmente la aorta y sus ramas principales (aortitis) y de forma especial los troncos supra-aórticos (carótidas comunes, tronco braquiocefálico y subclavia izquierda) por lo que su sintomatología dependen de la localización de las arterias afectadas y es una de las causas de fiebre de origen desconocido. La enfermedad se presenta habitualmente en la segunda y tercera década de la vida, es más frecuente sexo femenino y en la región de Asia. Se presenta caso de paciente femenina de 23 años de edad con antecedentes de Síndrome de Turner e hipotiroidismo que es diagnosticada con esta patología.

Palabras clave: arteritis, takayasu, aorta.

Introducción

La Arteritis de Takayasu (ATK), también conocida como enfermedad sin pulso, es una patología inflamatoria crónica que afecta a las arterias elásticas de gran calibre, fundamentalmente la aorta y sus ramas principales, y de forma especial los troncos supraaórticos (carótidas comunes, tronco braquiocefálico y subclavias), que provoca engrosamiento de la pared vascular, fibrosis, estenosis y formación de trombos. (1) Con frecuencia también pueden verse implicadas arterias de mediano calibre y otros territorios arteriales diferentes (vertebrales, pulmonares, coronarias, renales, iliofemorales, mesentéricas y tronco celíaco). El proceso inflamatorio es crónico y destructivo, y en su evolución, ocasiona estenosis arteriales, oclusiones, aneurismas e isquemia. Es más frecuente en mujeres jóvenes y, aparentemente, predomina en personas de origen asiático. La enfermedad se presenta habitualmente en la

segunda y tercera década de la vida. Su sintomatología es muy variada dependiendo de la localización de las arterias afectadas, pero la estenosis de los grandes vasos supraaórticos ocasiona las manifestaciones más frecuentes.

(2)

Se describe dos fases de la enfermedad; en la fase aguda o primera fase se puede encontrar, como manifestaciones clínicas predominantes la presencia de síntomas generales, ausencia de pulso, nódulos en miembros inferiores y angiodinia, pérdida de peso involuntaria, dolores musculares y articulares, entre otras. La segunda fase o estadio crónico de la enfermedad estará dominada por la presencia de complicaciones y manifestaciones clínicas que estarán en dependencia de la rama vascular de la aorta que este afectada. Por eso podemos encontrar trastornos visuales, cefalea, trastornos cardiovasculares y neurológicos fundamentalmente. (1,3)

Criterios diagnósticos de la Arteritis de Takayasu (Asociación norteamericana de reumatología)

- ✓ Edad de comienzo de la enfermedad igual o menor de 40 años. Desarrollo de los síntomas o hallazgos relacionados con Arteritis de Takayasu a la edad de 40 años o menos.
- ✓ Claudicación de extremidades. Desarrollo y empeoramiento de la fatiga y malestar en los músculos de una o más extremidades con la actividad, especialmente de extremidades superiores.
- ✓ Disminución del pulso de arteria braquial. Disminución de pulsación de una o ambas arterias braquiales.
- ✓ Presión arterial diferencial mayor de 10 mm Hg. Presión diferencial mayor de 10 mm Hg en la sistólica entre ambos brazos.
- ✓ Soplo sobre arterias subclavia o aorta. Soplo audible a la auscultación sobre una o las dos arterias subclavias o la aorta abdominal.
- ✓ Arteriografía anormal. Estrechamiento u oclusión arteriográfica de toda la aorta sus ramas primarias o grandes arterias en la zona proximal de extremidades superiores e inferiores, no debida a arterioesclerosis, displasia fibromuscular o causas similares; cambios habitualmente focales o segmentarios. Para etiquetar a un paciente de Arteritis de Takayasu deben estar presentes al menos 3 de estos 6 criterios. (4)

Se describe el aumento de citoquinas proinflamatorias, de los reactantes de fase aguda, presencia de anemia normocítica normocrómica, trombocitosis y leucocitosis como los hallazgos de laboratorio que más comúnmente presenta los pacientes. Desde el punto de vista imagenológico el examen de mayor valor es la realización de una panaortografía. Este estudio es señalado como método ideal para el diagnóstico de la enfermedad. La arteriografía, el eco doppler, la resonancia magnética y la tomografía axial computarizada también muestran elementos de interés a considerar en el diagnóstico de la enfermedad. (5)

Las manifestaciones clínicas que generan, así como las principales alteraciones hematológicas y funcionales que se producen durante el curso de la enfermedad, son los responsables de la afectación de la percepción de calidad de vida de estos pacientes. Se considera a las enfermedades reumáticas como uno de los grupos de afecciones que más limitan la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes, al mismo tiempo que generan distintos grados de discapacidad. Se reporta que tanto la esfera física como psíquica tienen gran afectación en estos pacientes. El grado de afectación de la CVRS dependerá de la edad del paciente, la actividad de la enfermedad y la presencia de complicaciones. (5-7)

Clasificación angiográfica (Conferencia sobre enfermedad de Takayasu, 1994)

Tipo I.	Vasos supraaórticos.
Tipo IIa.	Aorta ascendente, arco aórtico y troncos supraaórticos.
Tipo IIb	Aorta ascendente, arco aórtico, troncos supraaórticos, aorta torácica descendente.
Tipo III.	Aorta torácica descendente, aorta abdominal y/o arterias renales.
Tipo IV.	Aorta abdominal y/o arterias renales.
Tipo V.	Combinación de IIb y IV.

Epidemiología

Presenta una distribución mundial, aunque parece ser más frecuente en Asia (sobre todo en Japón, Corea, India, China, Tailandia y Singapur), en los países del Norte de África, entre los judíos Sefarditas de Israel, en Sudáfrica y en algunos países de América del Sur y Central (México, Brasil, Puerto Rico y Perú). En Japón aparecen 150 casos nuevos cada año para una población aproximada de 125 millones. Afecta preferentemente a mujeres jóvenes y adolescentes, entre los 15 y 35 años, con una edad media de 25. La relación de frecuencia mujer/hombre es de 9/1, así que, el predominio femenino es mucho mayor.(6)

Etiopatogenia

La etiopatogenia de la enfermedad es desconocida, pero se han postulado factores genéticos, inmunológicos (sobre todo de tipo celular), hormonales, infecciosos y alteraciones de la coagulación. En poblaciones asiáticas, sobre todo de Japón, la ATK se ha asociado con los antígenos de histocompatibilidad HLA-A31, -B52 (B*5201), -B39 (B*3901 y B*3902), -DR2 y los alelos -DRB1*1502, -DRB5*0102, -DQA1*0103, -DQB1*0601 y -DPB1*0901. (3)

Caso Clínico:

Motivo de consulta: hipertensión arterial.

HEA: Paciente femenina de 23 años de edad, con antecedentes patológicos personales de Síndrome de Turner e hipotiroidismo, para lo cual ha llevado tratamiento con Levotiroxina y anticonceptivos orales (Ethinor) en el seguimiento por endocrinología. Hace dos años comenzó con cifras de tensión arterial elevadas para lo cual fue valorada por Cardiología donde al examen físico constatan ausencia de pulsos periféricos en el miembro superior derecho y por consiguiente ausencia de tensión arterial e indicándole para la presión Hidroclorotiazida.

APP: Síndrome de Turner

Hipotiroidismo (tratado con levotiroxina)

APF: no refiere.

Examen físico: constatan ausencia de pulsos periféricos en el miembro superior derecho y por consiguiente ausencia de tensión arterial. También se constató soplo supraóptico en región izquierda del cuello.

Exámenes Complementarios:

- ✓ Ecodoppler Arterial de miembros superiores y carotideo donde se informa que la arteria subclavia derecha tiene flujo monofásico casi plano, la subclavia izquierda se encontró buen flujo y trifásico aunque con aumento del pico sistólico, en el doppler carotideo se informó aumento significativo de la velocidad de flujo en ambas carótidas internas con presencia de doble pico sistólico y un engrosamiento del complejo intima media de ambas carótidas comunes de 1.4 mm en la derecha y de 2.2 mm a nivel del bulbo en la izquierda.
- ✓ Angioresonancia de los vasos del cuello donde se observa un afinamiento de la subclavia derecha en su segunda porción que llega incluso a perderse el flujo, además se diagnosticó una malformación congénita en los vasos del arco aórtico de donde sale un tronco común derecho y carótida común izquierda, así como la subclavia izquierda que se observa una estenosis en su origen. Figura 1



Figura 1: Angioresonancia vasos región supra aortica. Obsérvese afinamiento y oclusión arteria subclavia derecha y malformación vascular emergencia de la carótida común izquierda y estenosis origen de subclavia izquierda.

- ✓ Angiotomografía de la aorta torácica y abdominal observándose un afinamiento de la aorta torácica a nivel de D8 midiendo 7 mm de diámetro siendo normal el resto de la aorta abdominal. Figura 2 y 3



Figura 2: Angiotomografía. Obsérvese flujo arteria subclavia izquierda en comparación con la derecha.



Figura 3: Angiotomografía. Estenosis de la aorta torácica a nivel de vértebra D8

Discusión Diagnostica:

Con todos los datos expuestos anteriormente, teniendo en cuenta la presencia de ausencia de pulso, tensión arterial, los hallazgos imagenológicos y por ende el cumplimiento por parte de la paciente de todos los criterios norteamericanos de reumatología para esta enfermedad se discute el caso en colectivo, Endocrinología, Cardiología, Reumatología y Cirugía Vasculuar y se concluye que estábamos ante un caso de arteritis de takayasu para lo que comenzó tratamiento con esteroides orales y Metrotexate. La paciente ha mostrado una evolución favorable y se encuentra en seguimiento en consulta externa de la especialidad de angiología y reumatología.

Referencias bibliográficas

1. Zapata A, Arruda L, Lourdes B, César J, Kiss MHB, Almeida C. Arteritis de Takayasu. Anales de Pediatría. 2003;58(3):211-6. [Links]
2. Aranda-Paniora F, Schult Montoya S, Ponce Vilca P. Presentación de un caso de arteritis de Takayasu en un adolescente. An. Fac. med. [Internet]. 2016 [citado 2018 Ago 23];77(2):167-70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v77i2.11822> [Links]
3. Hernández-González C, López-Flores LA, Sánchez-González M, Vera-Lastra OL. Manifestaciones clínicas y angiográficas en pacientes sin diagnóstico previo de arteritis de Takayasu. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2015;53(1): S60-S65. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457744941010> [Links]
4. Criterios diagnosticos de la Sociedad Americana de reumatologia. Infomed 2020
5. Gómez Garza G, Solórzano Morales S, Higuera Ortiz V, Saldarriaga Rivera LM, Mora Tiscareño MA. Aneurisma carotídeo como presentación de Arteritis de Takayasu. Rev. Cubana de Reumatol. 2015; XVII (2). [Links]
5. Solis Cartas U, Prada Hernández D, Molinero Rodríguez C, de Armas Hernandez A, García González V, Hernández Yane A. Rasgos demográficos

en la osteoartritis de rodilla. Rev cubana de Reumatol [Internet]. 2014 [citado 2018 Ago 7];17(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/383> [Links]

6. Solís Cartas U, García González V, de Armas Hernández A. Rasgos demográficos en la osteoartritis de manos. Rev cubana de Reumatol [Internet]. 2014 [citado 2018 Ago 4];16(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/338> [Links]

7. Solís Cartas U, Torres Carballeira R, Milera Rodríguez J. Impacto de la artroscopía en la percepción de la calidad de vida de los pacientes con osteoartritis de rodilla. Rev cubana de Reumatol [Internet]. 2014 [citado 2018 Jul 23];16(2): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/335> [Links]