

ARTERITE DE TAKAYASU: RELATO DE CASO

TAKAYASU ARTERY: CASE REPORT

JORGE GARCIA, ANA CLAUDIA PEREIRA LIMA; PROCÓPIO DE FREITAS; FERNANDO MARUM MAUAD; AUGUSTO CESAR SAAB BENEDETI; FRANCISCO MAUAD FILHO

RESUMO

A arterite de Takayasu é uma doença inflamatória crônica das artérias, de etiologia desconhecida. A fisiopatologia caracteriza-se por inflamação inicial e posterior oclusão das artérias, provocando claudicação até isquemia dos órgãos afetados, por falta de perfusão. Trata-se de uma doença grave. Com o tratamento precoce a sobrevivência de 10 a 15 anos ocorre em 80 a 90% dos casos.

PALAVRAS-CHAVE: AORTITE, ARTÉRIAS CARÓTIDAS, AUSÊNCIA DE PULSO, SÍNDROME DO ARCO AÓRTICO, OCLUSÃO.

ABSTRACT

Takayasu's arteritis is a chronic inflammatory disease of the arteries of unknown etiology. The pathophysiology is characterized by initial inflammation and subsequent occlusion of the arteries, causing claudication until ischemia of the affected organs, due to lack of perfusion. This is a serious illness. With early treatment, the survival of 10 to 15 years occurs in 80 to 90% of cases.

KEY WORDS: AORTITIS, CAROTID ARTERIES, PULSE SUSPENSION, AORTIC ARCH SYNDROME, OCCLUSION.

INTRODUÇÃO

Arterite de Takayasu é uma doença também conhecida como síndrome do arco aórtico, é definida como uma doença inflamatória crônica que acomete a aorta, e seus ramos principais. Tem uma incidência de 2 a 6 por 1000.000 de pessoas e acomete comumente mulheres jovens em 80 a 90% dos casos^{6,7}.

Embora a etiologia arterite de Takayasu seja desconhecida, ela pode ser considerada uma doença auto-imune, por atacar as defesas imunitárias do próprio organismo⁶.

Esta doença causa lesões em grandes, médias e pequenas artérias, com redução ou ausência de pulsos periféricos, dores musculares aos esforços físicos. Sinais e sintomas de insuficiência circulatória cerebral (acidente vascular cerebral) podem ocorrer se as artérias do sistema carotídeo estiverem estreitadas ou ocluídas².

Não existem exames laboratoriais que sirvam como marcador da doença por isso tem-se como critério diagnóstico: alteração da parede arterial, que pode ser avaliado e acompanhado por ultrassonografia vascular e arteriografia. O uso do Doppler colorido, Doppler espectral e Doppler de amplitude são importantes no diagnóstico de prováveis alterações hemodinâmicas locais e de perfusão. O padrão ouro no diagnóstico ainda é arteriografia.

Há dois padrões de apresentação clínica:

1) Pré-oclusiva: com sintomas de febre, mal-estar, de-

sânimo e emagrecimento.

2) Pós-oclusiva: depende das artérias acometidas, sendo frequente claudicação de membros superiores, isquemia cerebral, e em caso de acometimento da aorta abdominal ou bifurcação aorto-iliaca a claudicação pode ser dos membros inferiores⁷.

Faz diagnóstico diferencial com doença aterosclerótica, coarctação da aorta, doença de Beçhet, tromboangiite obliterante, arterite de células gigantes, doença de Kawasaki e sarcoidose^{2,7}.

Quando a doença é considerada ativa sugere-se como tratamento corticosteroides e antiagregante plaquetário. Os imunossupressores são reservados aos casos em que a retirada dos corticosteroides seja necessária⁶.

RELATO DE CASO

Paciente com 21 anos apresentando fraqueza motora, desmaio aos esforços, claudicação de membro superior esquerdo. Sem antecedentes familiares e atuais. Ao realizar ultrassonografia observaram-se estenose acentuada > 70%, espessamento parietal difuso notadamente no segmento proximal da carótida comum direita (Fig.1) artéria subclávia direita com estenose acentuada (Fig.2). Oclusão da artéria subclávia esquerda (Fig.3). Artéria vertebral esquerda com fluxo invertido (Fig. 4). Artéria braquial com fluxo "tardus parvus" (Fig.5). Fez uso de corticóide por três anos.

A paciente foi submetida com sucesso a toracotomia mediana para correção da dissecação, através de interposição de prótese de dacron em substituição à aorta.



Figura.1. Artéria carótida comum direita com espessamento parietal difuso crônico (hiperecótico).



Figura.2. Artéria subclávia direita com estenose acentuada ao Doppler de amplitude.

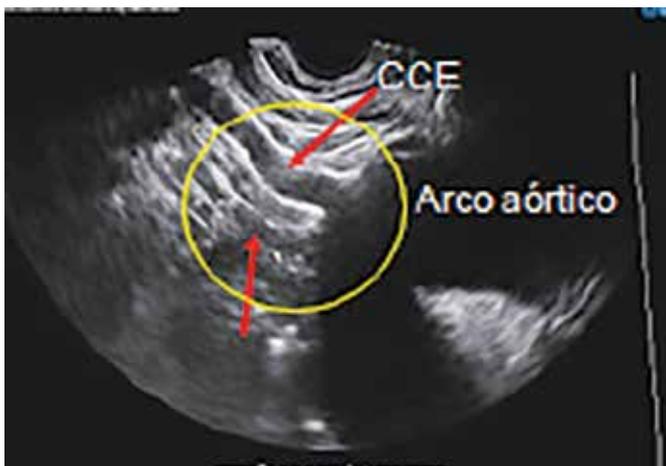


Figura 3. Artéria subclávia esquerda ocluída em modo B.



Figura.4. Artéria vertebral esquerda com fluxo invertido ao Doppler espectral por estenose proximal da artéria subclávia.



Figura.5. Artéria braquial esquerda com fluxo "tardus parvus" proximal a origem da vertebral.

DISCUSSÃO

A arterite de Takayasu do ponto de vista anatomopatológico é uma arterite granulomatosa caracterizada por infiltrado inflamatório linfoplasmocitário e presença de células gigantes, envolvendo inicialmente a camada média onde pode provocar necrose da parede arterial e progredir com acometimento de toda a sua extensão^{1,7}. Na fase tardia o infiltrado tende a desaparecer e ser substituído por fibrose, que é mais intensa na camada adventícia da artéria por proliferação da camada íntima que predispõe a trombose^{1,7}.

O American College of Rheumatology relata que para diagnosticar a arterite de Takayasu é necessário desenvolver três dos seis critérios, listados abaixo, para distinguir de outras formas de vasculites⁶.

- 1- Início antes dos 40 anos de idade.
- 2- Pulso fraco da artéria braquial.
- 3- Diferença de 10mmHg na pressão arterial entre os membros.
- 4- Sinais de lesão da aorta por um método diagnóstico.
- 5- Fraqueza muscular/ claudicação em um dos membros.
- 6- Sopros subclávio.

CONCLUSÃO

O exame ultrassonográfico é importante para a detecção das alterações parietais e sua extensão e também no diagnóstico precoce da arterite de Takayasu auxiliando no prognóstico e planejamento para tratamentos desses pacientes. Embora invasivo, a angiografia é o padrão-ouro para o diagnóstico da arterite de Takayasu^{1,2,4}.

REFERÊNCIA:

1. Engelhorn AL, Engelhorn CA, Morais Filho D, Barros FS; Coelho, NA. Guia Prático de Ultrassonografia Vascular. 3ª eds. Rio de Janeiro: Di Livros, 2016.
2. Freitas P, Garcia J, Mauad FM, Mauad Filho F, Nogueira, CCM. Ultrassonografia vascular sistematização de exames. Ribeirão Preto, SP: FATESA/EURP, 2018
3. Molnár LJ, Cerri, GG. Ultrassonografia vascular. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.
4. Romualdo AP. Doppler sem Segredos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
5. ZwiebeL W, Pellerito, JS. Introdução à ultrassonografia vascular. 5ª eds. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
6. www.hmsportugal.wordpress.com. O que é arterite de Takayasu. Acesso em: 07 dez 2018.
7. Kerr GS; Hallahan CW, Giordano J, Leavitt RY, Rottem G. Takayasu arteritis. Ann. Inter. Med.1994, 120: 919-29.