

Arterite de Takayasu: Diagnóstico e Evolução para Complicação Grave

Takayasu Arteritis: From Diagnosis to a Life-Threatening Complication

Filipa Cordeiro, Sofia Silva Carvalho, Fernando Salvador, Alberto Ferreira, J. Ildio Moreira

Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro, Hospital de Vila Real, Portugal

Mulher de cor branca, 52 anos, foi internada com dor epigástrica intensa irradiando para as costas. O exame físico e o eletrocardiograma eram normais. Os exames laboratoriais mostraram leucocitose (11100 células/ μ l) e aumento dos níveis de proteína C-reativa (15,6 mg/dl). Devido à suspeita de síndrome aórtica aguda (SAA), ela foi submetida a tomografia computadorizada, que mostrou espessamento mural circunferencial da aorta com baixa atenuação (43 Unidades Hounsfield (HU)), havendo aumento da atenuação desse espessamento (73 HU) após administração de contraste (Figuras 1 A-C), sugestivo de aortite.¹ O ecocardiograma transesofágico também revelou aorta torácica espessada (Figura D). A ressonância magnética cardiovascular confirmou diagnóstico de aortite e excluiu o hematoma intramural (espessamento mural hipointenso em imagens ponderadas em T1 e hiperintenso em imagens ponderadas em T2)^{1,2} (Figuras E-F). Sorologias infecciosas foram negativas.

A paciente foi diagnosticada com Arterite de Takayasu (AT) na fase inflamatória inicial e iniciou o tratamento com altas doses de esteroides. Houve redução dos marcadores inflamatórios séricos e da inflamação da parede aórtica. A tomografia por emissão de pósitrons após quinze dias de

terapia mostrou uma captação discreta do traçador na aorta torácica (Figura G). Após seis semanas de tratamento, a paciente iniciou uma intensa dor dorsal. A angiotomografia mostrou dissecação aórtica tipo A (Figura H). Foi submetida a cirurgia cardíaca de emergência, que incluiu ressecção de aorta ascendente, substituição por enxerto artificial e obliteração da falsa luz distal. O período pós-operatório foi sem problemas.

A AT é uma vasculite rara, de grandes vasos, caracterizada por uma fase inflamatória seguida por uma fase sem pulso.^{3,4} O uso da imagem multimodal é útil para o diagnóstico, que pode ser um desafio devido às semelhanças com a SAA, e para seguimento.^{1,2} A dissecação aórtica é uma complicação excepcionalmente rara.⁵

Contribuição dos autores

Redação do manuscrito: Cordeiro F; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Cordeiro F, Carvalho SS, Salvador F, Ferreira A, Moreira JL.

Potencial conflito de interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação acadêmica

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

Palavras-chave

Arterite Takayasu/cirurgia; Aortite/fisiopatologia; Vasculite/fisiopatologia; Arterite de Takayasu/diagnóstico por imagem; Vasculite.

Correspondência: Filipa Cordeiro •

Rua da Pena, nº420. 4750-693, Barcelos, Braga – Portugal

E-mail: filipabritocordeiro@gmail.com

Artigo recebido em 21/12/2017, revisado em 15/06/2018, aceito em 23/07/2018

DOI: 10.5935/abc.20180195

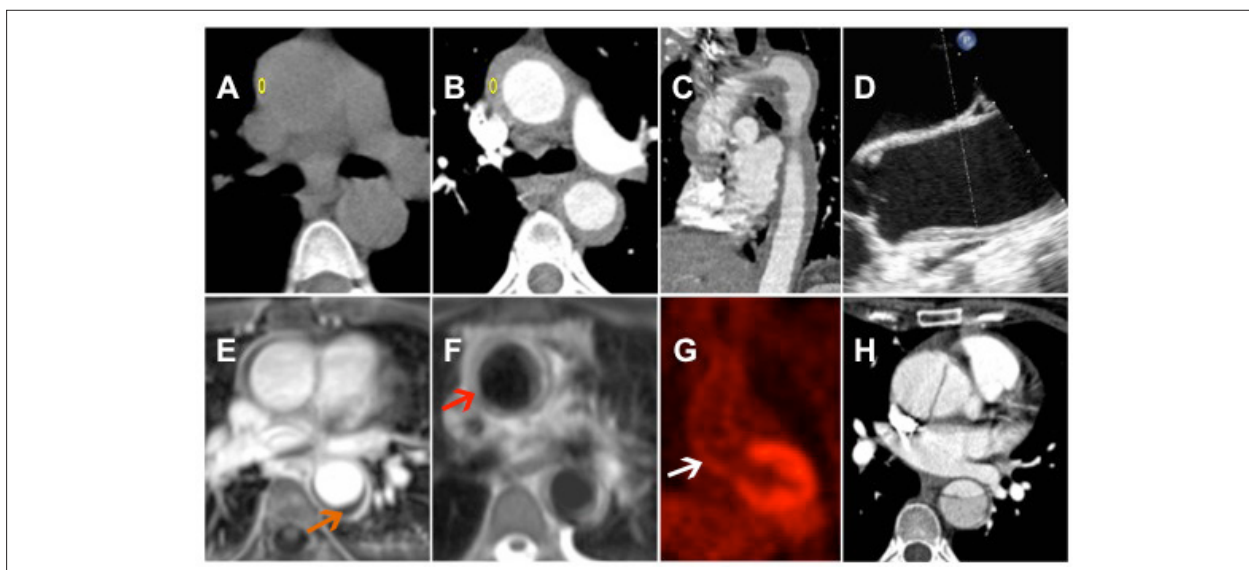


Figura 1 – A) Tomografia computadorizada sem contraste mostrando baixa atenuação do espessamento mural concêntrico da aorta torácica e abdominal (43 HU). B e C) Angiotomografia computadorizada revelando aumento da atenuação do espessamento mural da aorta torácica e abdominal (73 HU). D) Ecocardiograma transesofágico apresentando espessamento da aorta torácica após os seios de Valsalva. E e F) Ressonância magnética cardiovascular demonstrando que o espessamento mural foi hipointenso nas imagens ponderadas em T1 (E, seta laranja) e hiperintenso nas imagens ponderadas em T2 (F, seta vermelha), compatível com aortite. G) Tomografia por Emissão de pósitrons após quinze dias de terapia com esteroides, mostrando discreta captação do traçador na aorta torácica (seta branca). H) Angiotomografia computadorizada revelando dissecção aórtica tipo A seis semanas após o diagnóstico inicial de arterite de Takayasu.

Referências

1. Hartlage GR, Palios J, Barron BJ, Stillman AE, Bossone E, Clements SD, et al. Multimodality imaging of aortitis. *JACC Cardiovasc Imaging*. 2014;7(6): 605-19.
2. Restrepo CS, Ocazonez D, Suri R, Vargas D. Aortitis: imaging spectrum of the infectious and inflammatory conditions of the aorta. *Radiographics*. 2011; 31:435-51.
3. de Souza AW, de Carvalho JF. Diagnostic and classification criteria of Takayasu arteritis. *J Autoimmun*. 2014; 48-49: 79-83.
4. Gornik HL, Creager MA. Aortitis. *Circulation*. 2008; 117(23): 3039-51.
5. Tyagi S, Bansal A, Gupta MD, Girish MP. Endovascular management of acute aortic dissection in Takayasu Arteritis. *JACC Cardiovasc Interv*. 2018;11(12):e99-e101.

