

Tratamento de angina mesentérica em pacientes com arterite de Takayasu

Luana Thayse Barros de Lima¹, Georges Basile Christopoulos², Virgínia Moreira Braga¹, Maria Eliza M. Nemézio¹, Ana Paula M.M. Souza¹, Ana Clara C. Rêgo¹

RESUMO

A arterite de Takayasu (AT) é uma doença inflamatória crônica do tecido conectivo, idiopática, que acomete preferencialmente a aorta e seus ramos. A terapêutica utilizada baseia-se sobretudo no uso de corticosteroides e imunossupressores. É relatado o caso de uma paciente, 33 anos, com mal-estar, febre, mialgia, cefaleia intensa, pulsátil, holocraniana, resistente a analgésicos, hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, claudicação no membro inferior direito e dor abdominal de forte intensidade, a qual piorava após a alimentação. A angiotomografia revelou aneurisma da aorta ascendente, estenose da artéria ilíaca comum direita, estenose das artérias renais e estenose da artéria mesentérica superior, fato que embasou o diagnóstico de angina mesentérica e a conduta intervencionista através da angioplastia transluminal percutânea múltipla com a colocação de *stents*.

Palavras-chave: arterite de Takayasu, angioplastia transluminal percutânea, dor abdominal.

[Rev Bras Reumatol 2011;51(2):188-195] ©Elsevier Editora Ltda.

INTRODUÇÃO

A arterite de Takayasu (AT) é uma doença inflamatória crônica do tecido conectivo, por vezes focal, idiopática, que acomete preferencialmente a aorta e seus ramos. Com distribuição universal, apresenta incidência maior em asiáticos e mulheres até a quarta década de vida.¹ Os achados vasculares típicos incluem diminuição ou ausência de pulsos; diferença na aferição da pressão arterial em membros superiores; claudicação; hipertensão arterial sistêmica (HAS) de difícil controle; dor na área das artérias acometidas, além de sopros nas áreas de inflamação crônica ou estenose dos vasos de grande e médio calibres. Histopatologicamente caracteriza-se por uma inflamação granulomatosa que cursa com atrofia da camada média arterial e hipertrofia da camada íntima. Geralmente manifesta-se por lesões estenóticas de instalação abrupta. A ocorrência de aneurismas é relatada menos frequentemente. As manifestações clínicas são variadas e dependentes do local de acometimento. A incidência de angina mesentérica é rara.²

A terapêutica utilizada baseia-se sobretudo no uso de corticosteroides e imunossupressores, visto que alguns estudos observacionais relatam resposta de pacientes com AT ao uso

de corticosteroides, metotrexato (MTX), azatioprina (AZA) e ciclofosfamida.¹ As perspectivas medicamentosas em AT admitem maiores esperanças com a introdução da terapia biológica, apesar do pequeno número de pacientes já tratados.

A terapia medicamentosa freia a progressão da doença, mas as lesões vasculares já estabelecidas não respondem adequadamente, representando, portanto, um desafio propedêutico. Nesse contexto, a angioplastia transluminal percutânea com *stents* representa uma estratégia terapêutica de grande valia, apesar da reincidência de estenoses.³

RELATO DE CASO

Paciente 33 anos, sexo feminino, com mal-estar, febre, mialgia, cefaleia intensa, pulsátil, holocraniana e resistente a analgésicos, hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, claudicação em membro inferior direito e dor abdominal de forte intensidade, a qual piorava após a alimentação. O nível pressórico aferido no membro superior direito foi 180 × 60 mmHg, enquanto no membro superior esquerdo foi 100 × 60 mmHg. Apresentava sopro sistólico no foco

Recebido em 28/1/2010. Aprovado após revisão em 24/1/2011. Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse.

Universidade Federal de Alagoas – UFAL.

1. Estudante de Medicina da UFAL

2. Médico-reumatologista da UFAL

Correspondência para: Luana Thayse Barros de Lima. Universidade Federal de Alagoas. Av. Brasil, 271, Poço, Maceió, Alagoas, Brasil. CEP: 57000-000. E-mail: luana_thayse@hotmail.com.



Figura 1
Tomografia computadorizada multislice. (A) Aneurisma da aorta ascendente, estenose da artéria ilíaca direita e estenose das artérias renais. (B) Estenose da artéria renal direita.

aórtico e no território da artéria braquial esquerda, sem outras alterações ao exame físico; amilase, lipase, exame parasitológico de fezes, radiografia de tórax e ultrassonografia de abdome sem alterações significativas. O ecocardiograma exibiu dilatação aneurismática da aorta ascendente. A angiotomografia revelou aneurisma da aorta ascendente, estenose da artéria ilíaca comum direita, estenose das artérias renais e estenose da artéria mesentérica superior. Com o objetivo de controlar a doença foi introduzida a prednisona na dose de 1 mg/kg/dia.

Os achados da tomografia computadorizada multislice incluíam aneurisma de aorta ascendente, estenose de artéria ilíaca comum direita e estenose de artérias renais (Figuras 1A e 1B).

Frente aos achados angiotomográficos, associados às repercussões clínicas, a angioplastia transluminal percutânea foi realizada, com colocação de stents na artéria ilíaca comum direita, em ambas as artérias renais e na artéria mesentérica superior. A angiografia pré-angioplastia demonstrou estenose de tronco celiaco e artéria mesentérica superior (Figura 2A), além de estenose de artéria ilíaca comum direita. O controle final demonstrou a melhora da vascularização após a colocação dos stents (Figura 2B).



Figura 2
Angiografia. (A) Angiografia pré-angioplastia transluminal. (B) Controle final pós-angioplastia transluminal.

DISCUSSÃO

O achado angiotomográfico de estenose de artéria mesentérica superior, associado ao quadro algico abdominal persistente, embasou a conduta intervencionista através da angioplastia transluminal percutânea com a colocação de *stent*. Embora haja evidências na literatura de reestenose,³ a revascularização percutânea representa uma alternativa consistente e com melhor prognóstico quando a doença estiver clinicamente controlada. O acompanhamento clínico deve estender-se por período prolongado, principalmente em função do pequeno número de casos relatados.³

A aterosclerose é a causa mais comum de isquemia mesentérica;² as trombofilias e vasculites primárias constituem causas menos frequentes.⁴ O acometimento desse vaso em portadores de arterite de Takayasu representa, por si, um fator de mal prognóstico, uma vez que pode cursar de forma fulminante e refratária ao tratamento clínico ou cirúrgico.² Constituem consequências temíveis da isquemia mesentérica o infarto mesentérico, a sepse e a morte.^{2,4}

Embora seja pouco frequente, é importante pensar em angina mesentérica em todo paciente com arterite de Takayasu que evolua com dor abdominal, principalmente que piora após as refeições.⁴ A angiografia é um método de imagem direto que permite avaliar o comprometimento dos vasos.⁵ Entretanto a angiotomografia mostra ser uma alternativa diagnóstica não invasiva. O tratamento ideal é a corticoterapia em doses plenas e, perante estenose com acentuada redução do fluxo, deve-se proceder à colocação de *stents*, sob a precaução de realizar o tratamento cirúrgico preferencialmente no período de inatividade da doença, quando o emprego da técnica está associado a resultados mais favoráveis.⁶

Estudos recentes ressaltam a angioplastia percutânea como um método eficaz e duradouro no tratamento de estenoses

desencadeadas por vasculites primárias^{7,8} – o índice de reestenoses varia de 20% a 44%.^{3,7} No entanto tal complicação pode ser abordada com uma nova intervenção endovascular sem complicações significativas.⁷ A técnica aberta de revascularização também é uma possibilidade terapêutica com bons resultados a longo prazo.⁸

REFERENCES

REFERÊNCIAS

1. Souza AWS, Neves RMS, Oliveira KR, Sato EI. Tratamento da arterite de Takayasu. *Rev Bras Reumatol* 2006; 46:2-7.
2. Simon S, Schittko G, Bösenberg H, Holl-Ulrich K, Schwarz-Eywill M. Fulminant course of a Takayasu's arteritis and rare mesenteric arterial manifestation. *Zeitschrift für Rheumatologie* 2006; 65(6):520-2.
3. Almeida GT, Barbosa BML, Biatto JFP, Casaroto E, Loures MAAR. Tratamento coadjuvante da arterite de Takayasu através de angioplastia transluminal percutânea com *stents*: relato de caso e revisão de literatura. *Rev Bras Reumatol* 2008; 48:118-21.
4. Cornejo R, Gatica H, Segovia E, Cortés C. Intestinal necrosis as clinical presentation of Takayasu arteritis. *Revista Médica do Chile* 2002; 130(10):1159-64.
5. Tumelero RT, Teixeira JCC, Duda NT, Tognon AP, Rossato M. Tratamento percutâneo multivaso da arterite de Takayasu. *Arq Bras Cardiol* 2006; 87(5):182-8.
6. Gelape CL, Alvarenga FC, Figueroa CCS, Ribeiro ALP. Tratamento de estenose de tronco de coronária esquerda na arterite de Takayasu. *Rev Bras Reumatol* 2007; 47:390-3.
7. Rits Y, Oderich GS, Bower TC, Miller DV, Cooper L, Ricotta JJ 2nd et al. Interventions for mesenteric vasculitis. *J Vasc Surg* 2010; 51(2):392-400.
8. Numano F. Differences in clinical presentation and outcome in different countries for Takayasu's arteritis. *Curr Opin Rheumatol* 1997; 9:12-5.
9. Lee BB, Laredo J, Neville R, Villavicencio JL. Endovascular management of takayasu arteritis: is it a durable option? *Vascular* 2009; 17(3):138-46.