

ARTERITE DE TAKAYASU

Alfredo Ribeiro Monteiro Filho*

Paciente do sexo feminino, 16 anos, solteira, sem filho, branca, natural e procedente de Porto Feliz (SP). Sem nada referir anteriormente, apresentou, há seis meses, falta de ar aos mínimos esforços, perda de apetite, diminuição no peso e “fraqueza” (sic). Refere tratamento para “anemia” (sic), com melhoras no estado geral, persistindo a falta de ar. Inchaço nas pernas, com dificuldade para dormir no último mês devido à falta de ar, que se acentuou há uma semana, com tosse seca e disparos no coração. Refere também cefaléia ocasional e “balanço” (sic) no pescoço no último mês. Nega precordialgia, refere empachamento pós-prandial, diminuição do apetite e dor abdominal difusa não relacionada à alimentação. Diurese espontânea, cor e odor sem alterações, com discreta diminuição do volume. Nega sangramento genital ou alterações menstruais.

Antecedentes familiares: mãe depressiva há cinco anos.

Antecedentes pessoais: parto normal, doenças próprias da infância, vacinação regular.

Hábitos e vícios: alimentação apropriada e sem vícios.

Exame Físico Geral: dispnéia inspiratória, frequência respiratória 38 incursões por minuto, palidez cutâneo-mucosa, cianose central, afebril, anictérica, fáceis assindrômica, sem lesões de pele. Emagrecida, hidratada, sem linfadenomegalias; estase jugular pulsátil a 45 graus. Edema moderado em membros inferiores e região sacral.

Cabeça e pescoço: tireóide de tamanho e consistência normais. Sopro sistólico nas carótidas, bilateralmente.

Neurológico: consciente, orientada, sem alterações motoras ou sinais meningorradiculares.

Cardiovascular: íctus no quinto espaço, na linha hemiclavicular. Bulhas ritmicas e e normofonéticas; presença de quarta bulha, com sopro sistólico, em área mitral, suave. FC: 130 bpm, PA 190/120 mmHg. Pulsos arteriais simétricos, sem sinais de trombose venosa profunda.

Respiratório: tiragem intercostal bilateral, murmúrio vesicular normal, com estertores crepitantes até terço médio, bilateralmente.

Abdômen: plano, flácido, indolor à palpação superficial e profunda; fígado a quatro centímetros da reborda costal direita, borda romba e dolorosa; sem ascite, ruídos hidro-aéreos presentes; baço não palpável ou percutível; questiona-se sopro abdominal.

A paciente foi internada com as hipóteses diagnósticas de: 1 - insuficiência cardíaca congestiva classe funcional III/IV (NYHA), 2 - hipertensão arterial sistêmica, 3 - anemia, 4 - vasculite. Evoluiu com diminuição do edema, da dispnéia e controle adequado da frequência cardíaca.

Exames subsidiários: eletrocardiograma com sobrecarga das câmaras esquerdas. Raios X de tórax com cardiomegalia global e sinais de congestão pulmonar. Ecocardiograma, com septo de 09 milímetros, parede posterior 08 milímetros, diâmetro diastólico final 64 milímetros, diâmetro sistólico final 53 milímetros, átrio esquerdo 45 milímetros, aorta 28 milímetros, com átrio direito e ventrículo direito normais e sem alterações pericárdicas. Frações da ejeção 34%.

No hemograma apresentava anemia, sem alterações da série branca. A função tireoidiana estava normal e a pesquisa de células LE negativa. Proteína C reativa, velocidade de hemossedimentação e mucoproteína sérica elevadas. Proteinúria.

Recebeu alta após cinco dias de internação, sendo encaminhada para angiorrressonância da aorta torácica abdominal e artérias renais. Na aorta torácica, em sua porção ascendente, apresentava espessamento discreto. Seu maior diâmetro era de 24 milímetros na raiz e 30 milímetros ao nível do tronco da pulmonar. No arco aórtico, diâmetro maior 25 milímetros proximal, 22 milímetros na porção média e 15 milímetros na distal, com estreitamento difuso da aorta descendente. Após a porção distal do arco aórtico, presença de espessamento parietal que se prolonga e acentua até a porção abdominal da aorta, com estreitamento difuso de sua luz, medindo no maior diâmetro 11 milímetros, na porção supra-renal 12 milímetros e na emergência das artérias supra-renais 10 milímetros. A artéria renal direita é afilada com lesão estenótica importante no 1/3 proximal, assim como a esquerda, com lesão segmentar severa no 1/3 proximal. As artérias ilíacas comuns apresentavam lesões obstrutivas.

A paciente foi encaminhada para tratamento reumatológico com diagnóstico de arterite de Takayasu, realizando angioplastia de artérias renais.

REVISÃO

Inicialmente descrita por um oftalmologista japonês, Takayasu (1908), que observou em paciente oriental jovem, “ateromatose artério-venosa”, acompanhada de aneurismas na retina. A doença acomete mais o sexo feminino na proporção de 4:1, em pacientes jovens (terceira década de vida). Suas manifestações clínicas são decorrentes do processo inflamatório obstrutivo do arco aórtico e seus ramos principais, podendo ocasionar síncope, hemiplegia transitória, convulsões, afasia, distúrbios visuais, claudicação de membros inferiores, insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência renal e ruptura de aneurisma.

A arterite de Takayasu é uma vasculite necrotizante caracterizada pela presença de infiltrado linfo-monocitário e granulomas acometendo grandes vasos.¹ A etiologia é desconhecida, sendo a auto-imunidade o mecanismo mais provável.² O mecanismo imunológico envolvido em sua etiopatogênese ainda é desconhecido. Os achados de linfócito T CD8 na parede dos vasos sugere o envolvimento da imunidade celular, enquanto a presença de anticorpos antiaorta e anticolágeno indicariam a atuação da imunidade humoral. Embora essa controvérsia ainda persista, os achados mais constantes na literatura apontam para um envolvimento principal da imunidade celular.¹

Do ponto de vista clínico, costuma acometer mulheres jovens, brancas, com preferência pelos ramos supra-aórticos, levando à insuficiência cérebro-vascular. Uma das características clínicas mais específicas é a ausência de pulso dos ramos acometidos. A aorta abdominal também pode ser envolvida, sendo seus sintomas dependentes da localização da região. Seu curso é polifásico, sendo seu diagnóstico baseado nos achados da fase oclusiva.³

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Satomi E, Teodoro WR, Velosa APP, Prizon CC, Levy Neto M, Yoshinari N. Anticorpos anti matrix celular e anti aorta em pacientes com arterite de Takayasu. Rev Bras Reumatol. 2003; 45:149-52.
2. Paz Filho GJ, Allage MF, Naka E, Paiva ES. Vasculite necrotizante cutânea em paciente com arterite de Takayasu. Rev Bras Reumatol. 2002; 42:264-7.
3. Kerr GS. Takayasu's arterites. Rheum Dis North Am. 1995; 21:1041-95.

Unimed 35 anos.
Isso tudo, foi você quem fez.

Em 4 de junho de 1971, um sonho uniu a medicina e começou a sair do papel. Hoje, 35 anos depois, a realidade construída por mais de 700 médicos foi muito além do que se imaginou. Uma realização que se tornou referência em tecnologia, qualidade, carinho e responsabilidade. 35 anos Unimed Sorocaba. Isso tudo, foi você quem fez.

www.unimedSORCABA.com.br

Unimed 35 ANOS
SORCABA