



<http://www.elsevier.es/semergen>

482/559 - ARTERITIS DE TAKAYASU: A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Infante Peralta, M. García García, O. Ferreras González y M. Solís González

Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario San Agustín. Avilés. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 66 años. NAMC. Exfumadora de 1,5 paquete/años. No HTA. Dislipemia. Fibromialgia y depresión a tratamiento. Ansiedad. Acude a su médico refiriendo disnea subjetiva y opresión centrotorácica de dos semanas de evolución hasta hacerse de reposo. No ortopnea. Anteriormente, quejas por astenia de predominio vespertino y artralgias/algias, más en espalda y hombros últimamente. Además, claudicación intermitente. Pérdida ponderal de 3-4 kg en últimos 6 meses involuntariamente. No cefaleas ni claudicación mandibular.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientada y colaboradora. Taquipnea en reposo sin trabajo respiratorio. Ansiosa. Arterias temporales no dolorosas. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: normal. Extremidades: dolor a la palpación de gemelos. No flogosis. Pulsos periféricos débiles.

Orientación diagnóstica: Se deriva a Urgencias del Hospital de referencia para descartar compromiso vascular periférico. Se realiza bioquímica y hemograma, normales. D-dímero elevado (1.115 ng/mL). AngioTAC: engrosamiento concéntrico de la pared de la aorta toracoabdominal y del origen de troncos supraórticos. No tromboembolismo pulmonar. Ingresa para estudios. En AngioTAC hecho durante el ingreso: afectación de porción proximal-media de las arterias subclavias, eje ilíaco y femorales. Velocidad de sedimentación globular elevada (135 mm). Ecocardiograma y fondo de ojo, normales. Se inicia corticoterapia a dosis alta por sospecha de arteritis de grandes vasos, probable arteritis de Takayasu (AT).

Diagnóstico diferencial: Vasculitis sistémica, arteritis de células gigantes.

Comentario final: La AT es poco frecuente. El 80-90% afecta a mujeres jóvenes de entre 10-40 años. La clínica suele ser inespecífica como fatiga, pérdida de peso y fiebre inicialmente. Posteriormente podemos encontrar síntomas de oclusión vascular como claudicación de miembros, frialdad de extremidades o angor pectoris. Afectación respiratoria hasta en un 50% de los casos, agregando esto morbilidad adicional. No existen pruebas específicas para el diagnóstico, por lo que es fundamental una buena historia clínica. En nuestro caso, el motivo de derivación a Urgencias se basó en los signos de alarma detectados en la anamnesis que obligaban a descartar patología aguda.

Bibliografía

1. Wang X, Dang A, Chen B, et al. Takayasu arteritis associated pulmonary hypertension. *J Rheumatol.* 2015;42:495-503.
2. Flores P, González N, Astudillo C. Arteritis de Takayasu con estenosis severa de ramas pulmonares principales. *Rev Chil Cardiol.* 2017;36:46-52.

Palabras clave: Arteritis. Takayasu. Vasculitis.