



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/109 - Arteritis de Takayasu y fiebre prolongada, a propósito de un caso

A. Nofan Maayah^a, V.E. Choquehuanca Núñez^b, M. García Aroca^c, K.P. Baldeón Cuenca^d, A. Pérez Martín^e, B. Coll Bas^a, M. Santos Gravalosa^a, J.S. Serrano Hernández^f, J.J. Parra Jordán^g y A. Asturias Saiz^h

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Santander. ^bMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico de Familia. CS Isabel II. Santander. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Dolores. Cartagena. ^eMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Besaya. Torrelavega. ^fMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Laredo. Laredo. ^gMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Sardinero. Santander. ^hMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dávila. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 50 años. Sin tratamientos habituales. Acude a nuestra consulta por cuadro de 23 días de evolución de fiebre hasta 39 °C, de predominio vespertino, que remite parcialmente con paracetamol, que le fue recetada previamente, acompañado de sudoración y escalofríos ocasionales. Niega otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física por aparatos, anodinos. Presenta febrícula de 37,3 °C con buen estado general, analítica: hemograma Hb 10,3 mg/dL. VSG 40. Bioquímica AST 38, LDH 102, PCR 12,4, resto normal. RX tórax: sin hallazgos. Se decide la derivación a centro hospitalario para estudio según protocolo de fiebre prolongada de origen desconocido. Se descarta de forma razonada un proceso infeccioso o tumoral. En pruebas de imágenes se realiza TAC toracoabdominal donde llama la atención una aorta abdominal con engrosamiento parietal, dando una imagen en anillos concéntricos que se extiende hasta la bifurcación. Ante la edad y sexo, clínica y hallazgos radiológicos descritos se recomienda descartar la posibilidad de arteritis de Takayasu en fase aguda. Se completa el estudio con PET donde se objetiva una vasculitis con intensa actividad metabólica que compromete a toda la arteria aorta y sus ramas en la bifurcación de las iliacas y en los troncos supraaórticos. Instaurándose tratamiento con Prednisona con remisión de la fiebre y mejoría de los síntomas, sin complicaciones.

Juicio clínico: Arteritis de Takayasu.

Diagnóstico diferencial: Procesos infecciosos, tumorales, collagenopatías/vasculitis (por ejemplo: enfermedad de Still del adulto, lupus eritematoso sistémico, panarteritis nodosa) y misceláneas (por ejemplo: fiebre por fármacos, hepatitis granulomatosa idiopática, sarcoidosis, enfermedad de Crohn, microembolias pulmonares, tiroiditis subaguda).

Comentario final: La arteritis de Takayasu es una vasculitis crónica de etiología desconocida. Afecta predominantemente a mujeres, en el 80 a 90% de los casos, con edades comprendidas entre los 10 y 40 años. Predomina en raza asiática. La incidencia es de 3 casos nuevos al año por millón de habitantes en Europa. En varios estudios se vio asociación con los HLA Bw 52 y HLA B39.2 lo cual sugiere una asociación inmunogénica. Nuestra paciente cumple los criterios de fiebre de origen desconocido, según clasificación

Durack y Street, 1991 de tipo clásico: temperatura > 38,3 °C, medida en varias ocasiones de duración > 3 semanas, en la que no se llega a ningún diagnóstico tras 3 visitas ambulatorias, lo cual ser derivada a centro hospitalario para estudio. Llegar a determinar el diagnóstico y decidir el tratamiento más adecuado supone, en muchas ocasiones, un inmenso reto, tanto para el médico de atención primaria como para el especialista hospitalario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Katsuyama T, Sada KE, Makino H. Current concept and epidemiology of systemic vasculitides. *Allergol Int.* 2014;63:505-13.
2. Furuta S, Cousins C, Chaudhry A, Jayne D. Clinical Features and Radiological Findings in Large Vessel Vasculitis: Are Takayasu Arteritis and Giant Cell Arteritis 2 Different Diseases or a Single Entity? *J Rheumatol.* 2014. pii: jrheum.140562.
3. Martínez Vázquez JM, Suárez Dono J. Fiebre de origen desconocido. En: Farreras P, Rozman C, eds. *Medicina Interna*, 15ª ed. Madrid: Ediciones Harcourt; 2000.