



# Arteritis de Takayasu de evolución fulminante por enfermedad multivascular en adulto

Takayasu arteritis with fulminant evolution due to multivascular disease in an adult

José Gregorio Arellano Aguilar,\* Gregorio Arellano Gutiérrez,<sup>†</sup> José Aguirre Trigueros,<sup>§</sup> Jorge Mora Constantino,<sup>¶</sup> Juan Francisco Hasslacher Arellano,<sup>||</sup> Luis Gerardo Domínguez Carrillo\*\*

**Citar como:** Arellano AJG, Arellano GG, Aguirre TJ, Mora CJ, Hasslacher AJF, Domínguez CLG. Arteritis de Takayasu de evolución fulminante por enfermedad multivascular en adulto. Acta Med GA. 2023; 21 (2): 164-166. <https://dx.doi.org/10.35366/110265>

## Resumen

**Introducción:** la arteritis de Takayasu es una inflamación granulomatosa de la aorta y sus principales ramas son de etiología desconocida, afecta con mayor frecuencia a mujeres en edad fértil. **Caso clínico:** paciente femenino de 47 años con diagnóstico de arteritis de Takayasu, la cual debutó con dolor articular a nivel de ambas caderas, lo que le imposibilitó la ambulación siete días después, con hemiplejía izquierda, y que en un lapso de cinco días presentó obstrucción de múltiples arterias, incluyendo carótidas, cerebral media, braquiales, radiales y tibiales, por lo que requirió amputación a nivel de antebrazo derecho, con una evolución tórpida en el postoperatorio y con múltiples obstrucciones arteriales. Después de esto, falleció. **Conclusión:** la presentación fulminante de la arteritis de Takayasu se ha reportado en la niñez, pero su descripción en adultos es excepcional.

**Palabras clave:** arteritis de Takayasu, obstrucción arterial, arteritis de grandes vasos.

## Abstract

**Introduction:** Takayasu arteritis is a granulomatous inflammation of the aorta and its main branches of unknown etiology that most often affects women of childbearing age. **Case report:** a female of 47 years old, in whom the diagnosis of Takayasu arteritis was reached, debuted with joint pain at the level of both hips, making it impossible to walk; after seven days, she presented left hemiplegia and a period of five days, presented obstruction of multiple arteries, including carotid, middle cerebral, brachial, radial, and tibial, requiring amputation at the level of the right forearm, with a torpid evolution in the postoperative period with multiple arterial obstructions. Passing away. **Conclusion:** fulminant presentation of Takayasu arteritis has been reported in childhood; its description in adults is exceptional.

**Keywords:** Takayasu arteritis, arterial obstruction, large vessel arteritis.

## INTRODUCCIÓN

La arteritis de Takayasu<sup>1</sup> (AT) es una inflamación granulomatosa de la aorta y sus principales ramas, además afecta principalmente a mujeres. Si bien la mortalidad es baja y la

supervivencia durante 10 años es elevada, la evolución puede ser fulminante principalmente en niños, ya que en este grupo alcanza 33%, pero en adultos es extraordinaria. Debido a que presenciamos un caso excepcional en un adulto, en el que la evolución fue fulminante, efectuamos este trabajo.

\* Médico internista. División de Medicina del Hospital Angeles León. León, Guanajuato, México.

<sup>†</sup> Angiólogo. Departamento de Angiología, Cirugía Vasculare y Endovascular. Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Cardiología No. 34, IMSS. Monterrey, Nuevo León, México.

<sup>§</sup> Patólogo. Departamento de Patología del Hospital Angeles León. León, Guanajuato, México.

<sup>¶</sup> Radiólogo. Departamento de Imagenología del Hospital Angeles León. León, Guanajuato, México.

<sup>||</sup> Neurocirujano. División de Cirugía del Hospital Angeles León. León, Guanajuato, México.

\*\* Especialista en Medicina de Rehabilitación. Catedrático de la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato. México.

### Correspondencia:

Dr. José Gregorio Arellano Aguilar  
Correo electrónico: gregareag@gmail.com

Aceptado: 07-06-2022.

[www.medigraphic.com/actamedica](http://www.medigraphic.com/actamedica)



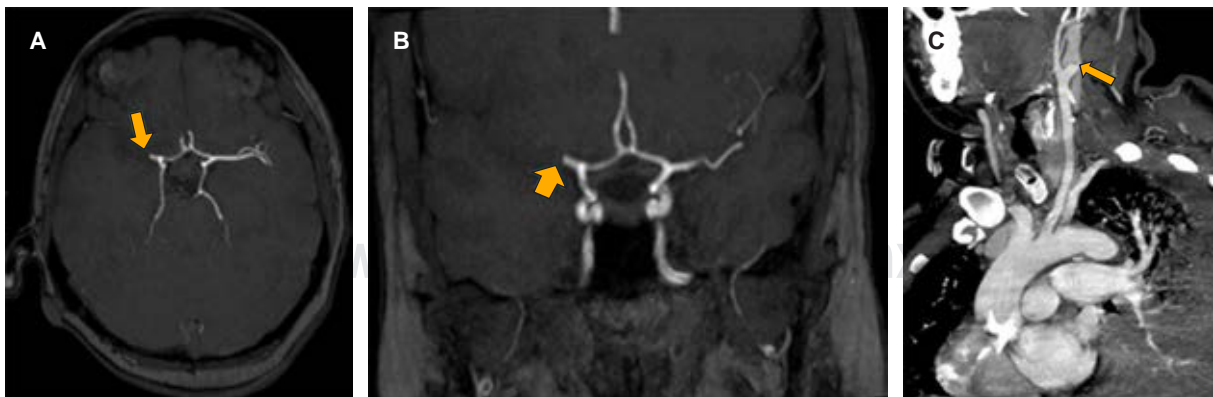
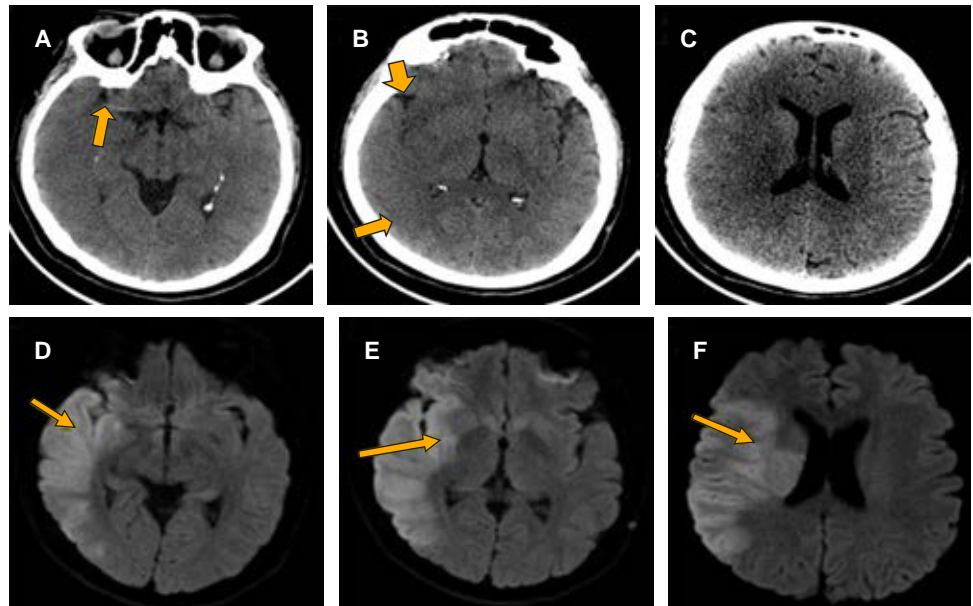
**CASO CLÍNICO**

Femenino de 42 años que 20 días antes presentó poliartralgias y dolor inguinal bilateral, lo que le dificultó la ambulación, fue trasladada a urgencias somnolienta y desorientada. Los resultados de la exploración física fueron: paciente con Glasgow de 10, hemiplejía izquierda, ausencia de pulso braquial y radial izquierdo, con soplo supraclavicular izquierdo, presión arterial (PA) en brazo izquierdo inaudible, en el derecho 140/80. Los exámenes de laboratorio mostraron: PCR (proteína C reactiva) 64 mg/L; VSG 45 mm/h; TGO, TGP, GGT, anti-DNA, FR, AN-CAS, ANA, anti-SSA y anti-SSB negativos tiempo TP, TPT; citometría hemática, glucosa, urea, creatinina y examen

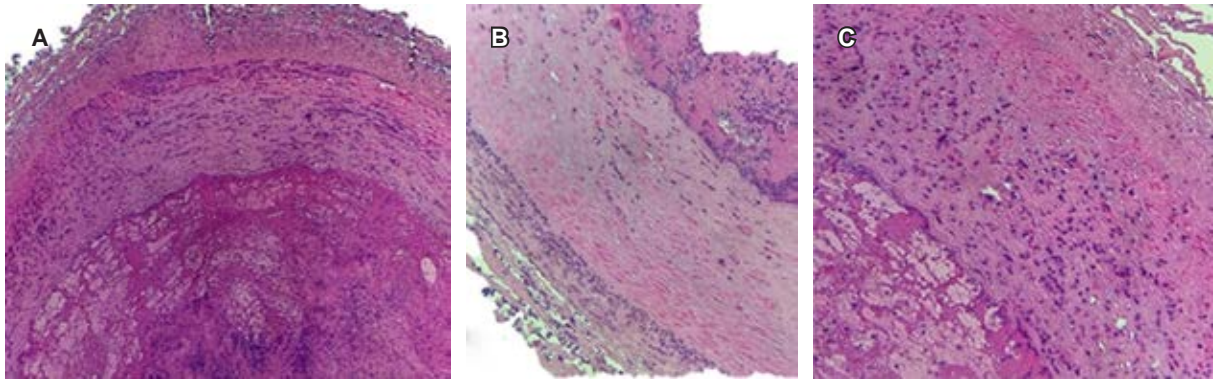
general de orina normales. La tomografía computarizada (TC) de cráneo mostró un infarto isquémico en el territorio de la arteria cerebral media derecha (*Figura 1A-C*); 24 horas después, en una nueva TC, hubo presencia de un infarto isquémico del hemisferio izquierdo y hemorrágico del derecho (*Figura 1D-F*). Se efectuó cirugía de hemisferio derecho; 24 horas más tarde presentó cianosis en los dedos de la mano derecha y del pie izquierdo. El área de angiología reportó: ausencia bilateral de pulsos radial, braquial axilar, tibial derecho, poplíteo y tibial izquierdo. Hubo altas probabilidades de diagnóstico de AT, por lo que se indicaron cinco bolos de metilprednisolona y anticoagulante, además se pidieron estudios complementarios. La paciente presentó cianosis de mano y antebrazo derecho, luego de

**Figura 1:**

Imágenes axiales por tomografía computarizada que muestra: **A)** signo de la “arteria cerebral media derecha hiperdensa”; **B)** obliteración del valle de Silvio y surcos en la convexidad; **C)** hipodensidad difusa en cápsulas externa e interna; **D-F)** resonancia magnética en secuencia, difusión (DWI) que indica restricción en el territorio de la arteria cerebral media derecha.



**Figura 2:** Resonancia magnética en secuencia *time of flight* (TOF), **A)** axial y **B)** coronal, que ilustra oclusión de la arteria cerebral media derecha en segmento M1 proximal (flechas). **C)** Angiotomografía computarizada de cuello y vasos supraaórticos que muestra oclusión de la arteria carótida interna izquierda (flecha).



**Figura 3:** Microfotografías. **A)** Arteria humeral con infiltrado inflamatorio mixto y afectación a la *vasa vasorum*, capa adventicia y media con ruptura de fibras musculares, la luz vascular con trombos necróticos. **B)** Reacción inflamatoria crónica agudizada alrededor de la pared arterial (*vasa vasorum*), destrucción de fibras elásticas en la capa media de la arteria radial derecha. **C)** Infiltrado inflamatorio en la capa media e íntima, así como necrosis de las fibras musculares en la arteria cubital derecha.

12 horas de iniciado el tratamiento. Se realizó amputación a nivel del antebrazo; seis horas después, la cianosis avanzó al brazo derecho y tobillo izquierdo. La angiotomografía mostró obstrucción bilateral de las arterias carótidas (*Figura 2*) y femorales, así como de la arteria cerebral media derecha (*Figura 3*). Los resultados histopatológicos en el miembro amputado corroboraron el diagnóstico de arteritis de Takayasu; así que se inició tratamiento con tocilizumab; sin embargo, la paciente falleció tres días después.

## DISCUSIÓN

El signo diagnóstico clave fue la ausencia de pulso en las arterias braquial y radial izquierda. La paciente presentó los seis criterios de la ACR (*American College of Rheumatology*):<sup>2</sup> a) edad de inicio  $\leq 40$  años; b) claudicación de extremidades; c) disminución del pulso arterial braquial (en este caso ausencia de pulso braquial y radial izquierdo); d) diferencia de presión  $> 10$  mm; e) soplo sobre las arterias subclavia o aorta; f) arteriografía anormal. La presencia de tres o más criterios tiene sensibilidad de 90.5% y especificidad de 97.8%.

En la mayoría de las series de AT, 90% de los pacientes sufren estenosis arteriales; además, el padecimiento puede manifestarse como una enfermedad heterogénea, aislada, atípica o catastrófica. Aproximadamente 10% de los pacientes con AT son asintomáticos y su diagnóstico se sugiere por hallazgos en la exploración física;<sup>3</sup> la enfermedad cerebrovascular sólo se reporta en 5 a 9% de los casos.<sup>1</sup>

En México, los reportes de Dabague y Reyes,<sup>4</sup> así como los de Soto y colaboradores,<sup>5</sup> suman 347 adultos

y 55 niños con un diagnóstico definitivo; se concluye el mismo patrón clínico en Asia (edad menor de 40 años, 80% en el género femenino, afección de aorta, así como arterias subclavias y carótidas), siendo los vasos más comúnmente afectados (60-90%). De los pacientes con la enfermedad activa 25% no responderá a los tratamientos existentes. Las tasas de supervivencia de cinco y 10 años, en pacientes con dos o más complicaciones, son de aproximadamente 69 y 36%, respectivamente.<sup>3</sup> Si bien la mortalidad es baja y la supervivencia de 10 años es elevada, la evolución puede ser fulminante<sup>2</sup> principalmente en niños, donde alcanza 33%; sin embargo, esto es extraordinario en adultos, pues sólo existen reportes aislados.

## REFERENCIAS

1. Alnabwani D, Patel P, Kata P, Patel V, Okere A, Cheriya P. The epidemiology and clinical manifestations of takayasu arteritis: a descriptive study of case reports. *Cureus*. 2021; 13 (9): e17998.
2. Arend WP, Michel BA, Bloch DA, Hunder GC, Calabrese LH, Edworthy SM et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Takayasu arteritis. *Arthritis Rheum*. 1990; 33 (8): 1129-1134.
3. Tombetti E, Mason JC. Takayasu arteritis: advanced understanding is leading to new horizons. *Rheumatology (Oxford)*. 2019; 58 (2): 206-219.
4. Dabague J, Reyes PA. Takayasu arteritis in Mexico: a 38-year clinical perspective through literature review. *Int J Cardiol*. 1996; 54 Suppl: S103-S109.
5. Soto ME, Espinola N, Flores-Suarez LF, Reyes PA. Takayasu arteritis: clinical features in 110 Mexican Mestizo patients and cardiovascular impact on survival and prognosis. *Clin Exp Rheumatol*. 2008; 26 (3 Suppl 49): S9-S15.