



ARTERITE DE TAKAYASU EM PACIENTE ADOLESCENTE: RELATO DE CASO

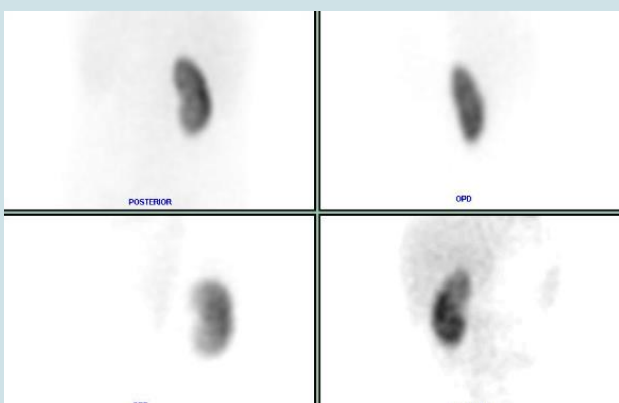
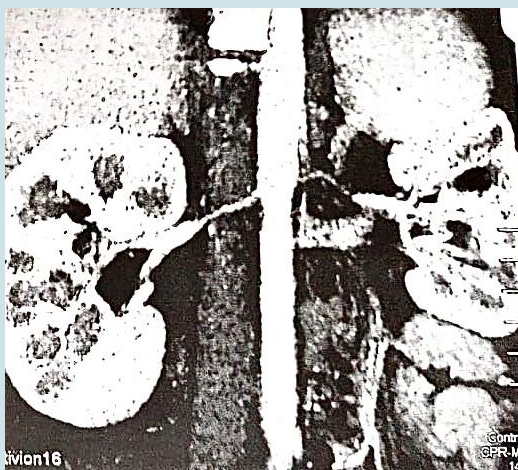
BRUNNA PINTO E FRÓES; ANA CARMEN QUARESMA MENDONÇA; GLÁUCIA FERNANDA PLACIDONIO DOS SANTOS; MARIANA AFFONSO VASCONCELOS; MARIANA GUERRA DUARTE ROSA DE LIMA; PAULA GREGO DA GAMA FERREIRA; ISIS CRISTINA MORÁVIA RIBEIRO ESTEVES; TAINÁ CARVALHO SILVA E OLIVEIRA; NATHÁLIA DIDONE POPPI
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

INTRODUÇÃO:

A Arterite de Takayasu (AT) é uma vasculite da aorta e dos seus ramos principais, podendo em alguns casos comprometer a artéria pulmonar^{1,2}. Sua incidência global é de 2 casos por milhão de pessoas por ano, sendo o pico de incidência entre 10-14 anos e 20-24 anos¹. O gênero mais afetado são as mulheres. Apesar de raro em crianças, é a principal causa de vasculite de grandes vasos nesta faixa etária¹. Este trabalho é um relato de caso de AT com acometimento vascular grave em adolescente.

RELATO DE CASO:

J.O.C, 14 anos, sexo feminino. Iniciou com artralgia em tomazelo direito aos 11 anos. Na ocasião, diagnosticada osteomielite e prescrita antibioticoterapia prolongada. Aos 13 anos, apresentou edema de membros inferiores e dispneia aos esforços, sendo diagnosticada insuficiência cardíaca e hipocinesia miocárdica difusa e iniciado tratamento com inibidor da enzima conversora da angiotensina (IECA) e betabloqueador. Após 6 meses, apresentou parada cardiorrespiratória no domicílio. Transferida ao CTI, onde observou-se diminuição de pulsos, comprometimento renal (CICr=10ml/min/1,73m²), hipercalemia (K=8,0) e hipertensão arterial. Suspenso IECA e iniciada hemodiálise.



Durante implante de cateter para diálise foi notada alteração na ecogenicidade das carótidas. Angiotomografia identificou oclusão de carótidas, subclávias e artérias renais. Propedêutica renal evidenciou aumento de ecogenicidades corticais, alteração na diferenciação corticomedular, exclusão funcional à esquerda e rim direito vicariante. Recebeu pulsoterapia com metilprednisolona. Evoluiu com recuperação parcial da função renal (CICr = 64ml/min/1,73m²) e melhora pressórica, porém manteve necessidade de vários anti-hipertensivos: anlodipina, carvedilol e hidralazina.

DISCUSSÃO:

A AT é uma vasculite de grandes vasos, de etiologia desconhecida, que afeta principalmente aorta e ramos principais. A inflamação desencadeia estreitamento, oclusão e/ou dilatação das artérias envolvidas. Inicialmente os sinais são inespecíficos, com posterior surgimento de sintomas relacionados aos danos vasculares. A hipertensão renovascular surge por comprometimento da artéria renal e seu controle pode demandar múltiplos anti-hipertensivos. O uso de IECA deve ser cauteloso, pelo risco de diminuir função renal. O IECA é amplamente utilizado no tratamento de HAS, no caso relatado, essa medicação foi responsável pela piora da função renal da paciente, consequente hipercalemia e parada cardiorrespiratória. O relato de caso serve como uma alerta da importância de exame físico detalhado e propedêutica em casos de acometimento sistêmico, associado a quadro de artralgia e HAS, evitando-se assim uso de medicações que possam contribuir negativamente na evolução do quadro do paciente. A base do tratamento da AT são os glicocorticóides. Em casos específicos outros imunossuppressores estão indicados, além de intervenções cirúrgica endovasculares. No caso da paciente, foram usados pulsoterapia com metilprednisolona e metotrexate.

CONCLUSÃO:

A AT é pouco frequente e seu diagnóstico depende de exame físico detalhado e exames de imagem. Sua pronta identificação e tratamento podem definir o prognóstico em longo prazo.

REFERÊNCIAS:

1. Russo, RAG, Katsicas, MM: Takayasu Arteritis. *Frontiers of Pediatrics*. (2018) 6: 265.
2. Di Santo, M, Stelmszewski, EV, Villa A. Takayasu Arteritis in *Paediatrics. Cardiology in Young*. (2018) 28:354-361.