

Arteritis de Takayasu: Abordaje multi-imagen de una vasculitis típica

Takayasu's Arteritis: Multi-modality Imaging Approach of a Typical Vasculitis

JUAN M. GALVAN¹, ESTEBAN G. JEANMAIRE¹, NEBIL LARRAÑAGA¹

Presentamos en el siguiente trabajo el aporte de nuestra especialidad en el diagnóstico de la enfermedad de Takayasu. Una paciente de 35 años acude al servicio de emergencia por cervicalgia, parestesias en dedos y palma de la mano con cambios de coloración rojo-violácea izquierda. Al examen físico presenta palidez cutánea en el brazo izquierdo, pulso axilar, braquial débilmente palpable, y ausencia de pulso radial. Se destaca en los exámenes de laboratorio: hematocrito 22%, velocidad de eritrosedimentación elevada (>120 mm/h) y proteína C reactiva aumentada.

Se solicitó angiotomografía computada (angio TC) por sospecha de un síndrome del opérculo torácico, y se visualizó engrosamiento parietal del cayado aórtico, de ambas carótidas, de la aorta descendente torácica y abdominal, subclavia izquierda, lo que llevó a pensar como primer diagnóstico en vasculitis de Takayasu tipo V. (Figura 1)

Esta patología debe sospecharse en una mujer joven que presenta disminución de las pulsaciones arteriales, desigualdad de la presión arterial y soplos arteriales (1)

La vasculitis de Takayasu se clasifica según criterios angiográficos aplicables a TC y resonancia magnética (RM) (2)

TIPO I: Presenta compromiso del cayado aórtico, tronco braquiocefálico, carótidas y arterias subclavias.

TIPO II: A- Compromete la aorta ascendente, cayado aórtico y sus ramas; B- afecta además la aorta torácica descendente y sus ramas.

TIPO III: Hay compromiso de la aorta torácica descendente, aorta abdominal y/o arterias renales. La aorta ascendente y el arco aórtico y sus ramas no están involucrados.

TIPO IV Afecta la aorta abdominal y/o arterias renales.

TIPO V Afectación generalizada. Combinación de los tipos IIB y IV. Este el tipo más común. (1)

Los cambios histológicos que sufren los vasos afectados varían desde infiltrados en la adventicia por células mononucleares, hasta una intensa inflamación de la media y pueden llegar a la necrosis focal de la misma.

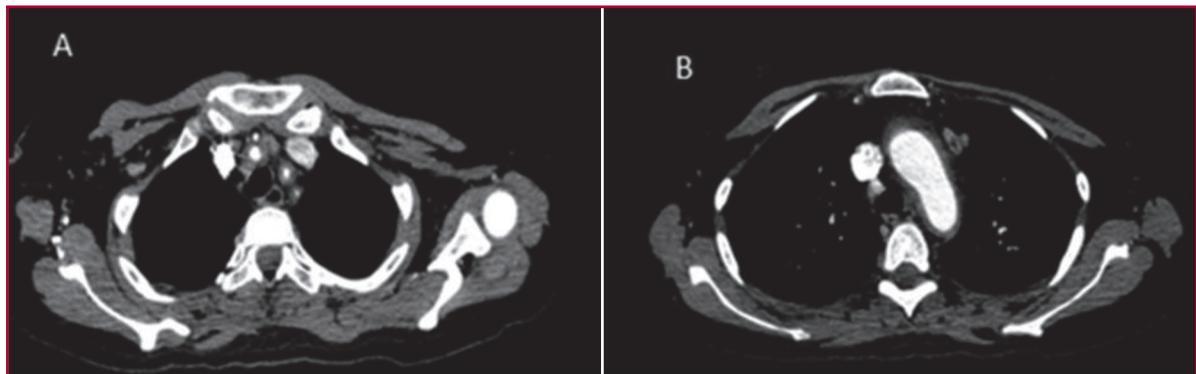


Fig. 1. A. Angio TC, corte axial. Se visualiza engrosamiento parietal a nivel del nacimiento de la subclavia izquierdo, carótida izquierda y tronco braquiocefálico derecho. **B.** Angio TC, corte axial. Muestra engrosamiento parietal del cayado aórtico.

La resonancia magnética (RM) permite diagnosticar engrosamiento de las paredes afectadas y su realce tras la administración del contraste que indica actividad; además permite la detección del edema mural y de los tejidos blandos adyacentes sugestivos de inflamación. No obstante, aún no está claro si edema pared del vaso se correlaciona significativamente con la actividad de la enfermedad (3). (Figura 2)

Otra ventaja de la RM es que no emite radiación ionizante y el medio de contraste que se utiliza rara vez causa reacciones anafilácticas y nefrotoxicidad (4). Además tiene igual o mayor sensibilidad que la angiografía digital en la detección de lesiones en la aorta y sus ramas principales.

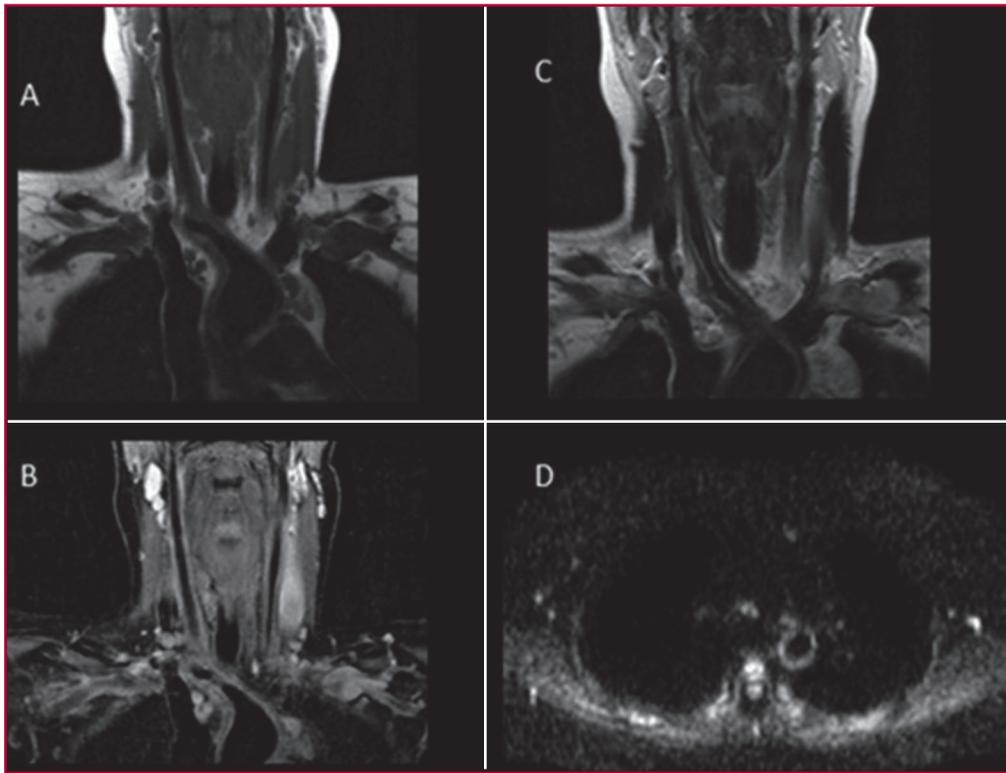


Fig. 2. Imágenes RM. **A.** Corte coronal en secuencia T1. **B.** Corte coronal en secuencia STIR. **C.** Corte coronal en secuencia T2. **D.** Corte axial en Difusión. Se observa aumento del espesor de la pared del cayado aórtico y de ambas arteria subclavias y carótidas primitivas en secuencia T1 y T2 (**A** y **C**), observando edema mural y de partes blandas perivasculares en secuencias STIR y T2 (**B** y **C**), y aumento de la señal en difusión (**D**) en aorta torácica, hallazgos sugestivos de inflamación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kumar V, Abbas A, Fausto N, Aster J. En: Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional. - 8ª. Ed - Barcelona: Elsevier, 2010.
2. Longo D, Kasper D, Jameson J, Fauci A, Hauser S, Loscalzo J. Principios de Medicina Interna de Harrison. - 18º Ed. - México: Mc Graw Hill-Interamericana, 2012
3. Natri MV, Baptista LP, Baroni RH, Blasbalg R, de Avila LF, Leite CC, et al. Gadolinium enhanced Three-dimensional MR Angiography of Takayasu Arteritis. Radiographics 2004;24:773-86. <https://doi.org/10.1148/rg.243035096>.
4. Zhu FP, Luo S, Wang ZJ, Jin ZY, Zhang LJ, Lu GM. Takayasu arteritis: imaging spectrum at multidetector CT angiography. Br J Radiol 2012;85:e1282-92. <https://doi.org/10.1259/bjr/25536451>