

# Arteritis de Takayasu

## en el Hospital Escuela, Tegucigalpa

*Takayasu's Arteritis in the Hospital Escuela, Tegucigalpa*

Dr. Francisco J. Godoy O.,\* Dra. Ingrid Urbina,\* Dra. Iris Durón†

**RESUMEN.** En nuestro país no hay ninguna publicación hasta el momento de la Arteritis de Takayasu. En este primer reporte se hace una descripción de las características demográficas, clínicas, angiográficas y de laboratorio, de 5 pacientes hondureños. Se presentó en pacientes jóvenes con promedio de edad 22 años (rango 6-37 años), 3 mujeres y 2 varones. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron hipertensión renovascular,<sup>3</sup> soplo abdominal,<sup>3</sup> accidente cerebro vascular.<sup>2</sup> La mayoría de los casos fueron diagnosticados con manifestaciones avanzadas de lesión vascular como consecuencia de un retraso en el diagnóstico en estadios iniciales y la falta de sospecha de las fases de actividad inflamatoria. No se pudo hacer una comparación epidemiológica de los vasos afectados con otras razas y países, dado los pocos casos de nuestra serie pero serán la base para estudios posteriores con la colaboración de otros hospitales regionales del país.

**Palabras Clave:** *Arteritis de Takayasu, Vasculitis*

**ABSTRACT.** This is the first publication on Takayasu's Arteritis in Honduras. Here we describe the demographic, clinical, angiographic and laboratory characteristics of five Honduran patients. The cases

were among young patients, average age of 22 years (range 6-37 old years), three women and two men, the most frequent clinical manifestations were renovascular hypertension,<sup>3</sup> murmur abdominal,<sup>3</sup> stroke.<sup>2</sup> Most of the cases were diagnosed in an advanced stage of the disease due to the lacking of identification of the initial phases with inflammatory activity. It is of our interest to carry out an epidemiological analysis of the affected blood vessels and making comparisons with other races and countries when we have more cases with the collaboration of other regional hospitals of Honduras.

**Keywords:** *Takayasu's Arteritis, Vasculitis*

### INTRODUCCIÓN

La Arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis crónica que afecta la aorta y sus ramas principales, arteria pulmonar y arterias coronarias causando numerosas condiciones clínicas como: isquemia ocular, cerebral, insuficiencia cardíaca, insuficiencia aórtica e hipertensión renovascular. Afecta predominantemente a las mujeres jóvenes con una relación femenino: masculino de 9:1. La mayoría de los pacientes presenta esta enfermedad entre los 15-25 años de edad, aunque ha sido informada tan tempranamente como a los 3 años de edad.<sup>1</sup> La causa de la enfermedad de Takayasu es desconocida; no obstante anomalías inmunológicas inespecíficas tales como hipergammaglobulinemia o autoanticuerpos son frecuentemente encontrados en pacientes con AT.

\* Departamento de Medicina Interna, Hospital Escuela.

† Departamento de Radiología, Hospital Escuela.

Dirigir correspondencia a: F. Godoy correo electrónico: fjgochoa@ns.hondunet.net

Asociaciones ocasionales con otras enfermedades autoinmunes también han sido descritas. El examen histológico de las lesiones vasculares muestra inflamación granulomatosa y linfocitos T citotóxicos.<sup>2-3</sup>

Una predisposición genética ha sido sospechada en AT basada en su distribución étnica y geográfica y existen ocasionales incidencias familiares incluyendo gemelos homocigotos.<sup>2</sup> Los intentos para relacionarlos con genes HLA clase II han conducido a asociaciones débiles y variables nada concluyentes. Una asociación más consistente con antígenos clase I ha sido demostrada. La susceptibilidad a la enfermedad parece estar asociada con HLA-B5 en la India y con una de sus variantes B-52 en Japón y Corea. Un estudio reciente demostro que B-39.2 es independiente.

El tipo de lesión patológica más común que afectó el lumen de la arteria fue, la obstructiva encontrada en 5/5 (100%) (ver cuadro 1). La distribución angiográfica de acuerdo a la clasificación de Numano se describe en el (cuadro 2). Los exámenes de laboratorio mostraron leucocitosis, velocidad de eritrosedimentación, proteína C reactiva elevada en 2 (40%), alteraciones de las pruebas

de la función renal en 3 (60%), ninguno tuvo hipocomplementemia, ANA y FR positivos.

En cuanto al tratamiento recibido en el momento del diagnóstico ninguno estaba tomando esteroides, inmunosupresores, pero sí 2 (60%) tomaban antihipertensivos y 2 (40%) antiagregantes plaquetarios.

## DISCUSIÓN

En Honduras la Arteritis de Takayasu es una vasculitis rara, se presenta en pacientes jóvenes en la segunda o tercera década de la vida incluso en niños como fue 1 caso diagnosticado a los 6 años de edad, la distribución por sexo mostró una relación femenino / masculino de 3:2 aunque no se pueden hacer comparaciones con otras series.

La mayoría de los pacientes fueron diagnosticados durante fases avanzadas de la enfermedad, ninguno de los pacientes refirió síntomas constitucionales, fiebre, sudores nocturnos, artralgias, indicativos de fases activas.

La ausencia de pulsos en miembros superiores ha sido un signo importante en el diagnóstico de esta enfermedad, pero en nuestra serie se presentó únicamente en 1 paciente. La auscultación de soplos carotídeos en el cuello o región subclavia fue encontrado en 2 pacientes, aunque este signo también es importante indicador de la enfermedad, su ausencia no la excluye.

La hipertensión renovascular presentada en 2 pacientes se debió a involucramiento de las arterias renales. Otros mecanismos podrían explicar la hipertensión significativamente asociado con AT en Japón.<sup>4</sup>

La incidencia de la enfermedad en los Estados Unidos es de 2.6 casos/millón de personas/año. Parece ser que la AT ocurre mucho más frecuente en países asiáticos e hispánicos aunque la exacta tasa de incidencia en estos países es desconocida.<sup>2,5</sup>

El presente reporte incluye 5 casos, donde se describen las características demográficas, clínicas, angiográficas y de laboratorio que serán la base para la inclusión de nuevos casos provenientes de otros hospitales regionales.

**Cuadro 1**

**Características Clínicas en 5 pacientes Hondureños con Arteritis de Takayasu**

| Características Clínicas           | n (%)   |
|------------------------------------|---------|
| Hipertensión Arterial Renovascular | 3 (60%) |
| Soplo Abdominal                    | 3 (60%) |
| Accidente Cerebro Vascular         | 2 (40%) |
| Soplo Carotídeo                    | 2 (40%) |
| Cefalea                            | 2 (40%) |
| Insuficiencia Cardíaca             | 2 (40%) |
| Ausencia de pulsos                 | 1 25%   |

**Cuadro No. 2**

**Frecuencia de dilatación, obstrucción o afectación mixta en 5 pacientes Hondureños con Arteritis de Takayasu.**

| Tipo de lesión | Frecuencia (%) |
|----------------|----------------|
| Aneurisma      | 3 (60%)        |
| Obstrucción    | 3 (100%)       |
| Patrón mixto   | 3 (60%)        |
| Total          | 5 (100%)       |

**CASOS CLINICOS**

Los 5 pacientes que se describen a continuación fueron atendidos en el Hospital-Escuela de la ciudad de Tegucigalpa donde se les hizo el diagnóstico en el período de octubre 1998-enero 2000 y se analizó las características demográficas, clínicas, angiográficas y de laboratorio. Todos los pacientes incluidos en este estudio reunieron los criterios dados por la ACR<sup>7</sup> (American College of Rheumatology). Se practicó Aortografía con técnica de Seldinger vía transfemoral más Ecografía Doppler a color de arterias carótidas y renales. Los hallazgos angiográficos fueron agrupados de acuerdo a la clasificación del Dr. Numano.<sup>6</sup>

Un predominio de la raza mestiza fue observado en un 100% de los casos. La edad promedio en la presentación fue de 22 años de edad, el rango fue de 6 a 37 años. Según el sexo se presentó en 3 mujeres (60% ) y 2 varones (40%).

Las manifestaciones más frecuentes fueron: hipertensión arterial renovascular 3 (60%), soplo abdominal 3 (60%), accidente cerebro vascular isquémico 2 (40%), soplo carotídeo 2 (40%), cefalea 2 (40%), insuficiencia cardíaca congestiva 2 (40%), anomalías del pulso 1 (25%) (ver cuadro 3).

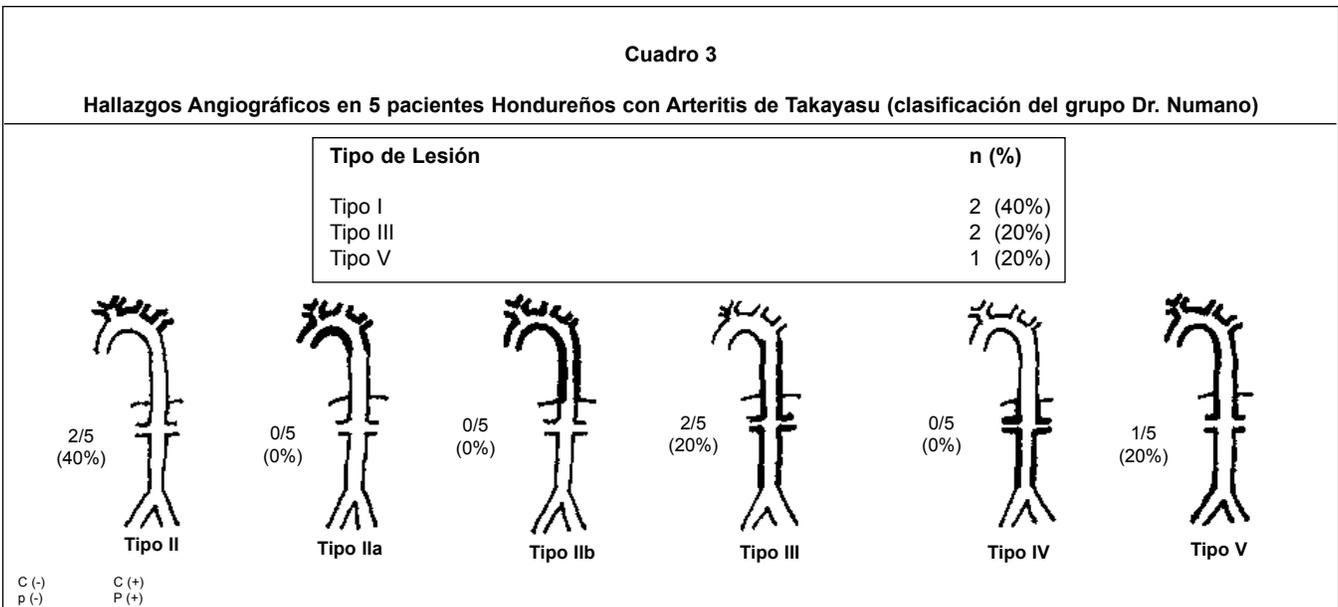
Es de hacer notar que los pacientes que debutaron con accidente cerebro vascular no refirieron ningún síntoma previo (alteraciones visuales, claudicación miembros sistémica, como son obliteración del lumen aórtico, disfunción de baroreceptores en la arteria carotídea y aorta. disminución de la elasticidad de las paredes arteriales).<sup>5</sup>

La insuficiencia Cardíaca es una característica común por afectación de vasos coronarios, por insuficiencia aórtica o por afectación directa del miocardio. Se presentó en 2 pacientes secundario a la hipertensión arterial severa.

En cuanto a la distribución angiográfica según la clasificación del Dr. Numano, no se puede hacer ninguna conclusión, pero cuando tengamos un mayor número de pacientes será interesante compararlo con otros países latinoamericanos y de otros continentes.

Nosotros podemos concluir que Honduras no está exenta de esta vasculitis y se presenta en forma silenciosa con manifestaciones clínicas diversas. Se requiere tener una mayor serie de pacientes para tratar de definir un perfil de la enfermedad en fases tempranas, que podría ser diferente a fases tardías.

AGRADECIMIENTO. A los estudiantes de la primera rotación CL-303/00 por su ayuda en la recolección de datos.



C: afectación de Arterias coronarias  
P: afectación de Arteria pulmonar

### REFERENCIAS

1. Hall S, Barr W, Lie Jt, Stanson AW, Kazmier FL, Hunder GG. Takayasu's Arteritis: A study of 32 North American patients. *Medicine* 1985;64: 89-99.
2. Kerr GS Takayasu's arteritis. *Curr Opin Rheumatol* 1994; 6:32-38.
3. Ishikawa K, Maetani S. Longterm outcome for 120 japanese patients with Takayasu's disease: clinical and stadistical analyses of related prognostic factors. *Circulation* 1995;90:1855-1860.
4. Kimura AI, Kitamura H, Date Y, Numano F. Comprehensive analisis of HLA genes in Takayasu's arteritis in Japan. *Int J Cardiol* 1996;54 (suppl): S61- S69.
5. Hoffman GS Takayau's arteritis: lessons from the American National Institutes of Health experience. *Int J Cardiol* 1996;54 (suppl): S99-S102.
6. Hata A, Noda M, Moriwaki R, Numano F: Angiografic finding of Takayasu's arteritis: New classification. *Int J Cardiol* 1996;54 (suppl):S155-S163.
7. Numano F. Differences in clinical presentation and outcome in different countries for Takayasu's arteritis. *Curr Opin Rheumatol* 1997;9:12-15
8. Sharma BK, Jain S, Sagar S Systemic manifestationes of Takayasu's arteritis, the expanding spectrum. *Int J Cardiol* 1996;54 (suppl):S149-S154.
9. Ared WP, Michel BA, Bloch DA, Hunder GG, Calabrese LH, Edworthy SM, Fauci AS, Leavitt RY, Lie JT, Lighfoot RW, *et al.*: The American College of rheumatology 1990 criteria for the classification of Takayasu's arteritis. *Arthritis Rheum* 1990;33:1129-1134.
10. Ask Upmark E. On pathogenesis of the hypertension in Takayasu's syndrome. *Acta Med Scand* 1961; 169:403-6.
11. Sharma BK, Jain S, Suri S, Numano F. Diagnostic criteria for Takayasu's arteritis. *Int J Cardiol* 1996;54 (suppl): S141-S147.
12. Kerr GS, Hallahan CW, Giordano J, Leavitt RY, Fauci AS, Rottem M, Hoofman GS. Takayasu's arteritis. *Ann Intern Med* 1994;120:919-929.
13. Lupi-Herrera E, Sánchez-Torres G, Marchushamer J, Mispireta J, Horwitz S, Vela JE. Takayasu's arteritis: clinical study of 107 cases. *Am Heart J* 1997;93:94-103.

---

---

DIOS NOS ENVÍA LOS MANJARES,  
Y EL DEMONIO LOS COCINEROS.

*THOMAS DELONEY*