



P238 - Arteritis de Takayasu: descripción de una serie de pacientes

M.P. Bernabeu González, P. Vela Casasempere, M.A. Collado y A. Martínez Sanchís

Hospital General Universitario de Alicante.

Resumen

Objetivos: Describir las características clínicas y el desenlace de una serie de pacientes con arteritis de Takayasu (TAK) seguidos y tratados en nuestro centro desde enero 2003 hasta diciembre 2019.

Métodos: Es un estudio descriptivo, retrospectivo observacional. Criterios de inclusión: pacientes diagnosticados de TAK mayores de 18 años en seguimiento con al menos 1 visita en 2019. Criterios de exclusión: pérdida de seguimiento o imposibilidad para recoger datos de la historia electrónica. Se recogieron variables asociadas al individuo, asociadas a la enfermedad en el momento del diagnóstico, asociadas al tratamiento, enfermedades asociadas, embarazos y complicaciones.

Resultados: Incluimos 12 pacientes con diagnóstico de arteritis de Takayasu cuyas características se muestran en la tabla 1. Once (91,66%) eran mujeres con una edad media de 44,91 años (26 a 67 años). El tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico osciló entre 2 y 108 meses (mediana 27 meses). Los síntomas más frecuentes fueron mareo (83,3%), malestar general (66,66%) y síndrome constitucional (66,66%). En el momento del diagnóstico, la media de PCR fue 5,77 mg/dl y de VSG 75,33 mm. La tabla 2 muestra las pruebas de imagen, distribución del territorio afectado y clasificación angiográfica. Se realizó angioRNM al 100%, siendo la segunda prueba en frecuencia el PET-TC (91,66%). 11 pacientes fueron tratados con glucocorticoides al inicio, dosis media de prednisona 44,09 mg/día (rango 30-60 mg/día), durante 42,18 meses (4-116 meses). Ocho pacientes (66,66%) fueron tratados al menos con 1 FAME sintético, 50% con MTX, seguido de MMF (25%) y AZA (25%). Un 91,66% recibió fármacos biológicos, 72,6% lo iniciaron en los 2 primeros meses tras el diagnóstico. El primero fue INF en 5 pacientes (41,66%), TCZ en 4 (33,3%), ADA en 1 (8,33%) y RTX en 1 (8,33%). Seis pacientes mantuvieron el mismo biológico durante el seguimiento, mientras que 5 lo suspendieron (2 por ineficacia, 1 por efectos adversos, 1 decisión personal de la paciente y 1 por deseo de gestación). 4 pacientes recibieron un segundo fármaco biológico: 2 TCZ, 1 INF y 1 ADA, En 3 casos TCZ fue la tercera línea de tratamiento. Sólo 1 paciente precisó un cuarto fármaco (GOL). La PCR media en la última valoración fue 0,19 mg/dl, y la VSG media 23,08 mm^{1ª} h. Los controles de angioRNM (realizados en 7 pacientes, 58,3%) muestran estabilidad en el 100%. Hubo 3 embarazos en una única paciente: un ectópico y 2 partos a término. Únicamente 1 paciente tenía otra enfermedad autoinmune (Crohn). Ningún caso mostró progresión de la enfermedad. No hubo ningún exitus.

Tabla 1. Características de los pacientes

Sexo	Varón 1 (8,3%) Mujer 11 (91,6%)
Edad al Dx (años)	Media 46,91 (26-67)
Tiempo desde síntomas hasta Dx (meses)	Mediana 27 (2-108)
	Mareo 10 (83,6%) Malestar general 8 (66,6%) Síndrome constitucional 8 (66,6%) Cefalea 7 (58,3%) Síncope 4 (33,3%)
Manifestaciones clínicas	Ausencia de pulsos 4 (33,3%) Claudicación 4 (33,3%) Fiebre/febrícula 3 (25%) Artralgias 3 (25%) Dolor torácico 2 (16,6%) Soplos 2 (16,6%) Diferencias de T.A. 2 (16,6%)
Reactantes de fase aguda	PCR media 5,77 mg/dl(0,18 -12,89) VSG 75,83 mm1 ^a hora (15-118)

Tabla 2. Pruebas de imagen/afectación

Prueba de imagen	Angio-RNM 12 (100%) PET-TC 11 (91,6%) Ecografía 3 (25%) Arteriografía 2(16,6%) Angio-TC 2(16,6%) Tipo I 3 (25%) IIa 1(8,3%) IIb 1(8,3%) III1 (8,3%) IV 0 V 6 (50%)
Clasificación angiográfica	

	Subclavia 8 (66,6%)
	Carótida 7 (58,3%)
	Aorta abdominal 5 (41,6%)
	Renales 5 (41,6%)
	Vertebrales 5 (41,6%)
	Aorta torácica 4 (33,3%)
	Mesentérica sup 4 (33,3%)
	Aorta descendente 4 (33,3%)
Territorio vascular afectado	Axilares 3 (25%)
	Tronco celiaco 3 (25%)
	Tronco braquiocefálico 3 (25%)
	Iliaca 2 (16,6%)
	Aorta ascendente 1 (8,3%)
	Tronco innominado 1 (8,3%)
	Femorales 1 (8,3%)
	Arco aórtico 1 (8,3%)
	Pulmonar 1 (8,3%)

Conclusiones: Es imprescindible una alta sospecha para hacer un diagnóstico precoz. La combinación de síntomas del paciente, los diferentes hallazgos en la exploración física, las alteraciones de parámetros analíticos como los reactantes de fase aguda y las pruebas de imagen apropiadas (como angio-RNM y PET-TAC), permiten establecer un diagnóstico temprano y certero. La buena evolución en nuestra serie creemos se debe a tres factores: al diagnóstico precoz de la enfermedad, a la estrecha monitorización, y a la instauración temprana de tratamiento inmunosupresor asociado a GC, especialmente al uso de fármacos biológicos, consiguiendo controlar la actividad inflamatoria y evitando por tanto la progresión del daño vascular.