

Fiebre y claudicación intermitente en mujer de 37 años

J. Vicente, M.T. Gomis, S. Escrivá, R.I. Benítez, J. Calvo, C. Campos, M.I. González-Cruz y A. Herrera

Sección de Reumatología y metabolismo óseo. Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Caso clínico

Mujer de 36 años, ex fumadora de 10 cigarrillos día (había dejado de fumar 2 meses atrás), sin otros antecedentes de interés. Desde hacía 10 años presentaba episodios autolimitados de fiebre que remitían con antitérmicos sin haberse objetivado la causa. En el último año refiere dolor en un principio en miembro inferior izquierdo, haciéndose bilateral en el último mes, que aparecía al recorrer distancias cada vez más cortas y que mejoraba con el reposo (estadio IIb, clasificación de La Fontaine). Consultó a nuestro servicio por fiebre vespertina en torno a 38 °C. La exploración física evidenciaba adenopatías inguinales de pequeño tamaño. Los miembros inferiores no presentaban alteraciones a la inspección. En el miembro inferior izquierdo los pulsos estaban conservados. El pulso femoral derecho era palpable, aunque débil, con ausencia en niveles más inferiores. No presentaba cianosis ni signos tróficos. La exploración neurológica era normal. Las maniobras de Lassegue y Bragard eran negativas. Se realizó hemograma y bioquímica estándar en los que sólo era destacable un incremento de la velocidad de sedimentación globular (85 mm), sin otras alteraciones de interés. Para filiar el origen de la fiebre prolongada se realizaron serologías para *Brucella*, *Rickettsia*, *Coxiella*, *Borrelia*, virus de Epstein Barr, citomegalovirus (CMV), hepatitis B, C y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que resultaron negativas. No se realizó serología luética. Los autoanticuerpos, hemocultivos y urinocultivo resultaron negativos. La radiología de tórax no mostró alteraciones. La eco-Doppler de miembros inferiores detectó alteración de pulsos arteriales a nivel de iliaca externa derecha, femoral común y superficial y poplíteas, con pérdida de morfología de onda de pulso y disminución de velocidad máxima sistólica, sugiriendo lesiones múltiples estenosantes de



Figura 1. Arteriografía aorta abdominal: disminución del calibre de aorta descendente desde L3 al 50% y estenosis del 90% de ambas ilíacas en su origen.

grandes vasos. Se realizó arteriografía, que evidenció una disminución del calibre de la aorta descendente desde L3 al 50% y estenosis del 90% de ambas ilíacas en su origen, siendo permeables el resto (fig. 1). Con la sospecha de arteritis de Takayasu se inició corticoterapia (1 mg/kg/día) y se intervino quirúrgicamente realizándose bypass aortofemoral. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica objetivó trombosis, ulceración y engrosamiento colágeno acelular de la íntima e infiltrados granulomatosos de la media. Tras la intervención la paciente mostró mejoría clínica evidente. Posteriormente, la paciente permaneció asintomática con tratamiento de mantenimiento con deflazacort 45 mg/día reduciendo paulatinamente la dosis hasta 30 mg/día, a lo que se añadió azatioprina 100 mg y antiagregación con ticlopidina 250 mg/día. En sucesivos controles mediante tomografía computarizada (TC), se objetivó afectación

Correspondencia: Dr. J. Calvo.
Sección de Reumatología y metabolismo óseo.
Servicio de Medicina Interna.
Hospital General Universitario de Valencia.
Avda. Tres Cruces, s/n. 46014 Valencia. España.
Correo electrónico: calvocatala@reuma-osteoporosis.com

Manuscrito recibido el 30-6-2004 y aceptado el 20-1-2005.

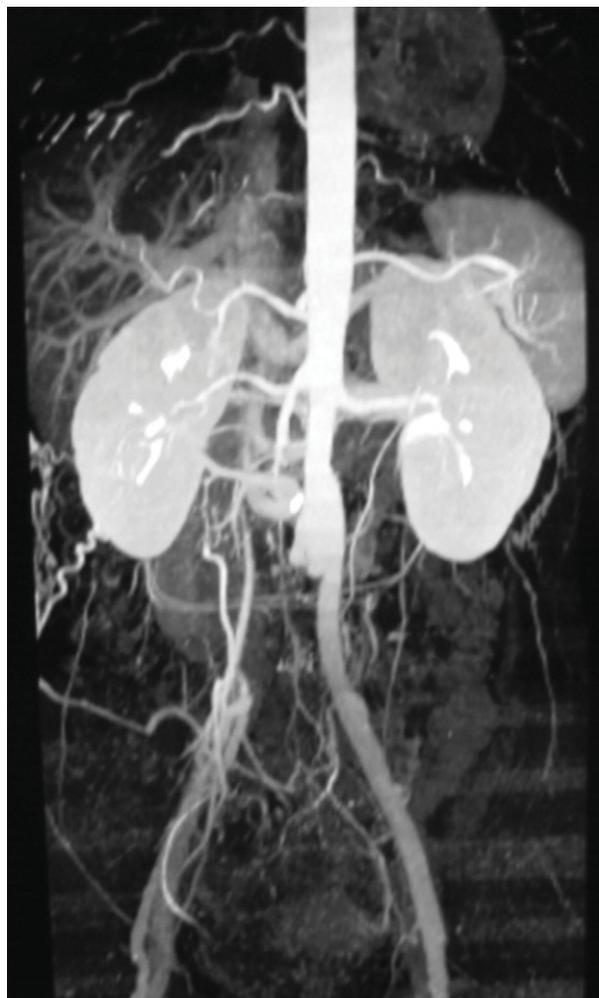


Figura 2. Foto portada. Angio-TC aorta abdominal: obstrucción completa de arteria ilíaca derecha con signos de circulación colateral a partir de arterias de pared abdominal y retrosumáticas.

progresiva en arteria poplítea derecha. En la última revisión, tras 10 años de evolución sin manifestaciones clínicas, presentó mayor claudicación en la marcha (a los 100 m) y fiebre sin escalofríos, ni sintomatología sugerente de foco infeccioso alguno. La paciente refería pérdida de 2 kg en el mes previo. Se realizó TC toracoabdominal y vascular de aorta torácica y abdominal, no objetivándose patología en el primero. En la TC vascular no se detectaron lesiones en la aorta torácica en porción ascendente ni descendente, ni en troncos supraaórticos. La aorta abdominal fue normal hasta el nacimiento de las arterias renales. Por debajo de éstas se observó obstrucción completa de arteria ilíaca derecha con signos de circulación colateral a partir de arterias de pared abdominal y retrosumáticas. Sin otros hallazgos patológicos (fig. 2).

Diagnóstico

Arteritis de Takayasu.

Discusión

La arteritis de Takayasu es una vasculitis de células gigantes de etiología desconocida de curso crónico, que afecta a las arterias aorta y a sus ramas, coronarias y a las pulmonares. Se describió por primera vez en 1908 por el oftalmólogo japonés Mikito Takayasu. Se manifiesta como un cuadro constitucional con fiebre, astenia, sudoración nocturna y artralgias que se acompaña además de los síntomas secundarios a la afectación de los vasos: claudicación en miembros, disminución en los pulsos arteriales, síncope, amaurosis, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia de la válvula aórtica, hipertensión e insuficiencia cardíaca congestiva. La inespecificidad de las manifestaciones clínicas puede llevar al retraso en el diagnóstico en muchos casos. Se presenta más frecuentemente en mujeres jóvenes asiáticas¹. La localización más frecuentemente afectada es la arteria subclavia, seguida de la carótida, arteria abdominal y, menos frecuentemente, las arterias renales². En 1990, el American College of Rheumatology (ACR) propuso 6 criterios para la clasificación. Se precisa la presencia de 3 de éstos para confirmar la existencia de arteritis de Takayasu. Estos criterios se basan en la edad, la presencia de claudicación, el descenso en el pulso braquial, la diferencia de presión arterial entre ambos brazos, soplos en la arteria subclavia, carótida o aorta abdominal y anomalías arteriográficas. Es recomendable la realización de aortografía, de no existir contraindicación, para determinar la extensión de la enfermedad³. Sin embargo, actualmente la angio-TC y la IRM han mostrado utilidad tanto para el diagnóstico como para el seguimiento. Al ser menos cruentas se preferirían a la arteriografía, aunque también están contraindicadas en situación de insuficiencia renal, por la necesidad de administración de contraste intravenoso⁴. Inicialmente, se instaura tratamiento con corticoterapia⁵, una vez estabilizada la enfermedad se puede plantear la angioplastia en caso de afectación de los miembros y pequeños vasos⁶ o tratamiento quirúrgico con la realización de bypass⁷. En aquellos casos que no responden a los corticoides se han utilizado inmunosupresores como ciclofosfamida y metrotexato de eficacia no bien demostrada⁵. Un ensayo abierto reciente en el que se incluyeron 15 pacientes evaluaba la utilidad de infliximab y etanercept en pacientes con enfermedad activa pese a tratamiento con inmunosupresores y corticoides. En 10 pacientes se consiguió la remisión de la enfermedad y se pudo suspender la corticoterapia. Podría tratarse de una terapia alternativa futura en pacientes

no respondedores, de confirmarse estos hallazgos en ensayos clínicos aleatorizados y controlados⁸. Este caso ilustra la evolución de una paciente, 10 años después de tratamiento quirúrgico y médico.

Bibliografía

1. Numano F. Differences in clinical presentation and outcome in different countries for Takayasu's arteritis. *Curr Opin Rheumatol.* 1997;9:12-5.
2. Kerr GS, Hallahan CW, Giordano J, Leavitt RY, Fauci AS, Rottem M, et al. Takayasu's arteritis. *Ann Intern Med.* 1994;120:919-29.
3. Arend WP, Michel BA, Bloch DA. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Takayasu's arteritis. *Arthritis Rheum.* 1990;33:1129-34.
4. Kissin EY, Merkel PA. Diagnostic imaging in Takayasu arteritis. *Curr Opin Rheumatol.* 2004;16:31-7.
5. Hoffman GS. Treatment of resistant Takayasu's arteritis. *Rheum Dis Clin North Am.* 1995;21:73-80.
6. Tyagi S, Verma PK, Gambhir DS, Kaul UA, Saha R, Arora RI. Early and long-term results of subclavian angioplasty in aortoarteritis (Takayasu disease): comparison with atherosclerosis. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 1998;21:219-24.
7. Kart-Koseoglu H, Yucel AE, Tasdelen A, Boyvat F. Delayed diagnosis of Takayasu's arteritis: total abdominal aorta occlusion treated with axillo-bifemoral bypass. *J Rheumatol.* 2004;31:393-5.
8. Hoffman GS, Merkel PA, Brasington RD, Lenschow DJ, Liang P. Anti-Tumor Necrosis Factor therapy in patients with difficult to treat Takayasu Arteritis. *Arthritis Rheum.* 2004;50:2296-304.