



Caso clínico

Arteritis de Takayasu en el recién nacido, un diagnóstico que sospechar



Gabriel Vega-Cornejo* y Jigal Meza-Beltrán

Servicio de Reumatología Pediátrica, Hospital General de Occidente, Guadalajara, México

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de febrero de 2014

Aceptado el 6 de junio de 2014

On-line el 16 de diciembre de 2014

Palabras clave:

Takayasu

Neonato

Infección

Vasculitis

R E S U M E N

La arteritis de Takayasu es una vasculitis de grandes vasos, afecta principalmente a la aorta, a sus ramas principales, incluyendo las arterias renales, coronarias y pulmonares. Se reporta un caso de recién nacido hospitalizado desde su nacimiento por proceso séptico, en el cual se encuentran aneurismas a nivel de aorta descendente y abdominal. El paciente cursa con disminución de pulsos distales, predominio en extremidad inferior izquierda, discrepancia mayor a 10 mmHg en toma de TA en 4 extremidades, así como cambios angiográficos en aorta integrándose el diagnóstico de arteritis de Takayasu.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Takayasu's arteritis in the newborn: A diagnosis to suspect

A B S T R A C T

Takayasu Arteritis is a vasculitis that affects the aorta, and its large branches, including renal, coronary and pulmonary arteries. This is a case report of a newborn who had early onset sepsis, vascular imaging reported aneurysms in the thoracic and abdominal aorta, with decreased distal pulses, a blood pressure difference >10 mmHg and angiographic changes, integrating the diagnose of Takayasu's Arteritis.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Takayasu's arteritis

Neonate

Infection

Vasculitis

Introducción

La arteritis de Takayasu es una vasculitis de grandes vasos, afecta principalmente a la aorta, a sus ramas principales y a las arterias pulmonares. Puede presentar estenosis segmentaria, oclusión, dilatación, o la formación de aneurismas durante el curso de la enfermedad¹. Se calcula una incidencia de 2,6/1.000.000 casos por año en Norteamérica, sin embargo no se cuenta con información sobre incidencia de AT en edad pediátrica⁵.

Todas las grandes arterias pueden ser afectadas, pero los vasos implicados con mayor frecuencia son la aorta, subclavia y carótida (60-90%). Presenta diversos signos y síntomas tales como afectación del estado general, artralgias, claudicación, aturdimiento, soplos, pulsos ausentes o disminuidos y la pérdida de la presión arterial².

Observación clínica

Hospitalizado a su nacimiento por sospecha de trisomía 21, hipoglucemias sintomáticas, apneas, neumonía intrauterina y choque séptico. Durante su estancia intrahospitalaria se realiza diagnóstico de ductus arterioso persistente (DAP) con repercusión hemodinámica y bacteriemia por *Enterobacter Cloacae*.

Durante la realización del primer ecocardiograma doppler se observa dilatación de aorta descendente, corroborado en estudio ecocardiográfico posquirúrgico de reparación de DAP, con aneurisma en arco aórtico posterior a la arteria subclavia así como presencia de trombo de 4x3 cm en la desembocadura de vena cava superior; se realiza angiotomografía en la cual se observa aneurisma a nivel aórtico, probable coartación aórtica, además de aneurisma en aorta abdominal (fig. 1). Al momento del diagnóstico se encuentra con recuento leucocitario y plaquetario normal, anemia, hipocomplementemia a expensas de C3, PCR positiva y factor VIII aumentado.

Al realizar abordaje diagnóstico se busca etiología infecciosa la cual pueda predisponer al estado inflamatorio causante de dicha

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gvc81@hotmail.com (G. Vega-Cornejo).



Figura 1. Se observa la presencia de aneurismas a nivel de aorta descendente y abdominal.

vasculitis; Tomando Ac anti Rubeola, Toxoplasma, CMV, Herpes tipo 1 y 2, Aspergillus Fumigatus IgE, Candida Albicans IgA, IgG e IgM, Anti Ag Capside del virus Epstein-Barr IgG e IgM, Hepatitis B, Hepatitis C y VIH, siendo todos ellos negativos.

Se inicia manejo con inmunoglobulina 2 gr/Kg/do, prednisona 2 mg/Kg/día, además de anticoagulación con enoxaparina y mantenimiento con warfarina 0,3 mg/Kg/día debido a la presencia de trombo en lesión previamente mencionada, y a factores protrombóticos y un alto riesgo cardiovascular, no se inicia manejo con ciclofosfamida por la edad del paciente así como por la condición infecciosa en el momento del diagnóstico.

No se cuenta con seguimiento del paciente debido a conseguir derecho habiéndose de diferente institución por lo que es trasladado.

Discusión

La AT representa el 1,5% de las vasculitis en la infancia; el 2% de los casos se diagnostica antes de los 10 años de edad. El curso es variable, dependerá del grado de actividad, el tiempo del diagnóstico, la presentación y los síntomas asociados, así como la afectación a otros órganos. Se tienen múltiples recaídas a pesar del tratamiento. El proceso inflamatorio provoca trombosis en las arterias afectadas; aparición progresiva de estenosis, dilatación y aneurismas⁷.

Al realizar ecocardiogramas de control por la patología cardiaca de base, se nota la dilatación en aorta, siendo más evidente en la 3.^a semana de vida, debido a este hallazgo se decide la realización y confirmación en angio-TC (fig. 2).

Los criterios de clasificación de AT fueron establecidos por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) en 1990., aunque este criterio no tuvo demasiadas críticas con más del 90% de sensibilidad y especificidad. La falta de un grupo control con enfermedad aórtica aterosclerótica o congénita puede limitar su utilidad, sobre todo en las edades pediátricas³.

El paciente cursa con disminución de pulsos distales, predominio en extremidad inferior izquierda, discrepancia mayor a 10 mmHg en toma de TA en 4 extremidades, así como cambios angiográficos en aorta. Se integra el diagnóstico de arteritis de Takayasu según la ACR al presentar 4 criterios, los cuales representan una sensibilidad del 90,5% y especificidad del 97,8%⁴. En la clasificación radiológica propuesta en 1994 por ACR el paciente presenta lesión en arteria torácica y abdominal, siendo tipo III de



Figura 2. Arco aórtico descendente con presencia de aneurisma.

acuerdo a clasificación⁵. De acuerdo a los criterios para vasculitis en la infancia propuestos en 2005 por Ozen et al., en los cuales se incluye: cambios angiográficos (TAC o IRM convencional) de la aorta o sus ramas principales como criterio mayor, así como al menos uno de los siguientes criterios: pulsos periféricos arteriales disminuidos y/o claudicación de extremidades, diferencia en la toma de TA > 10 mmHg, dilatación en aorta o sus ramas principales e hipertensión, contando con el criterio mayor y 3 de los menores de acuerdo con dicha clasificación⁶.

Conclusiones

Si bien la AT no es una enfermedad común en la edad pediátrica, esta se deberá de tomar en cuenta con pacientes que presenten pulsos disminuidos, independientemente de su estado. A pesar de que en la AT no se reporta una relación directa con el proceso infeccioso con el curso, existe el patrón inflamatorio el cual puede predisponer al caso del paciente, se ha descrito previamente el hallazgo histopatológico de inflamación compuesta por células plasmáticas, linfocitos y eosinófilos en etapas tempranas de la enfermedad⁸. El diagnóstico temprano de dicha vasculitis, así como el inicio de terapia inmunosupresora temprana es de suma importancia para evitar complicaciones⁸. Se deberá de valorar la creación de criterios pediátricos e inclusive neonatales.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Mitsuaki I. Takayasu arteritis revisited: Current diagnosis and treatment. *Int Jour Card.* 2013;168:3–10.
2. Balbir-Gurman A, Braun-Moscovici Y. Takayasu arteritis: Diverse aspects of a rare disease. *IMAJ.* 2012;14:757–69.
3. Alibaz-Oner F, Sibel Z, Haner D. Advances in the diagnosis, assessment and outcome of Takayasu's arteritis. *Clin Rheum.* 2012;32:541–6.
4. Arend W, Michel B, Bloch D, Hunder G, Calabrese L, Edworthy S, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Takayasu arteritis. *Arth Rheum.* 1990;33:1129–34.
5. Schmidt J, Kermani T, Bacani K, Crowson C, Cooper L, Matteson E, et al. Diagnostic features, treatment, and outcomes of Takayasu arteritis in a US cohort of 126 patients. *May clin proc.* 2013;88:822–30.
6. Ozen S, Ruperto N, Dillon M, Barron K, Davin J, Kawasaki T, et al. EULAR/PRReS endorsed consensus criteria for the classification of childhood vasculitides. *Ann Rheum Dis.* 2006;65:936–41.
7. Mendiola K, Portillo AC, Galicia A, Antonio García JA, Maldonado M del R, Faugier E. Arteritis de Takayasu tipo III en un paciente pediátrico. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Reumatología Clínica.* 2012;8:216–9.
8. Singh N, Hughes M, Sebire N, Brogan P. Takayasu arteritis in infancy. *Rheumatology.* 2013;52:2095–7.