

VASCULITE DE GRANDES VASOS

Em Doente com Febre de Origem Indeterminada*

Joana MESQUITA, S. PEREIRA

RESUMO

A febre de origem indeterminada (FOI) permanece um desafio diagnóstico. Recentemente, a tomografia por emissão de positrões com ^{18}F -fluordesoxiglucose (FDG-PET) revelou ser útil no seu diagnóstico.

As autoras apresentam o caso de uma mulher de 64 anos, portadora de prótese mecânica aórtica, admitida por febre, astenia e emagrecimento com dois meses de evolução. Não tinha alterações ao exame físico. Analiticamente, tinha anemia microcítica, sem leucocitose, proteína C reactiva e velocidade de sedimentação elevadas. Os estudos microbiológicos, imunológicos e imagiológicos (radiografia de tórax, ecografia abdominopélvica, ecocardiograma transesofágico e ecodoppler das artérias temporais) não revelaram alterações. Realizou PET, que mostrou hipermetabolismo de ^{18}F -FDG nas paredes da aorta e grandes ramos. Iniciou tratamento com prednisolona com boa resposta. Este exame, embora não seja um método sensível para o diagnóstico da arterite temporal, tem uma acuidade diagnóstica elevada na vasculite de grandes vasos, nomeadamente quando os vasos envolvidos não são acessíveis a biópsia.

SUMMARY

LARGE VESSEL VASCULITIS In a Patient with Fever of Unknown Origin

Fever of unknown origin (FUO) is a challenging diagnosis. Recently, ^{18}F -fluorodeoxyglucose positron-emission tomography (FDG-PET) has emerged as an useful exam to its diagnosis.

The authors present a case of a 64-years-old woman with an aortic mechanical valve that was admitted to the internal medicine department because of fever, weakness and weight loss of 2 months duration. Her physical examination was unremarkable. Laboratory findings showed microcytic anemia, no leukocytosis, and elevated C-reactive protein and erythrocyte sedimentation rate. Microbiology, immunology and imagiologic studies were normal. A FDG-PET was performed, which showed ^{18}F -FDG uptake in aorta and its branches arterial wall. Treatment with corticosteroids was started with good response. This exam, although not sensitive for temporal arteritis when only smaller vessels are involved, permits the diagnosis of large vessel vasculitis with involvement of arteries that can not be biopsied.

J.M., S.P.: Serviço de Medicina Interna. Hospital de São João. Porto

© 2009 CELOM

* Apresentado na forma de poster no 14.º Congresso Nacional de Medicina Interna e 1.º Congresso Ibérico de Medicina Interna em Março de 2008.

INTRODUÇÃO

A febre de origem indeterminada (FOI) é um desafio diagnóstico e a proporção de doentes que permanecem sem diagnóstico definitivo pode aproximar-se de 50%^{1,2}. Recentemente, a tomografia por emissão de positrões com ¹⁸F-fluordesoxiglucose (FDG-PET) demonstrou a sua utilidade no algoritmo diagnóstico da FOI^{1,3}. Apresenta-se um caso de uma provável arterite de células gigantes (ACG), em que este exame permitiu o seu diagnóstico, ao detectar o envolvimento de grandes vasos.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 64 anos, admitida no departamento de Medicina Interna por febre, fraqueza muscular, astenia, anorexia e perda de peso com cerca de dois meses de evolução. Tinha prótese mecânica aórtica há três anos e estava hipocoagulada desde então. Referia contacto com cães, gatos e pássaros. Negava viagens recentes, contacto com pessoas doentes ou comportamentos de risco. À admissão, tinha bom estado geral, temperatura auricular de 37,3 °C, pressão arterial de 142/66 mmHg, frequência cardíaca de 86 batimentos por minuto e frequência respiratória de 20 ciclos por minuto. Os pulsos periféricos eram palpáveis e não havia diferença na pressão arterial em ambos os membros superiores. Não tinha dor ou alteração da pulsatilidade à palpação das artérias temporais. Sem outras alterações relevantes ao exame físico, nomeadamente diminuição da força muscular, alterações da sensibilidade ou dos reflexos osteo-tendinosos.

Analiticamente, tinha anemia microcítica de 9,4 g/dl, saturação de transferrina diminuída (5,3%), sem leucocitose, proteína C reactiva (PCR) de 141,7 mg/L e velocidade de sedimentação de 108 mm/1.^a hora. A endoscopia digestiva alta revelou gastrite crónica e a colonoscopia foi normal. Sem alterações na função renal, sedimento urinário, função hepática ou tiroideia. A radiografia torácica não revelou alterações pleuroparenquimatosas pulmonares ou do mediastino. Todas as hemoculturas e uroculturas

foram negativas. Não se identificaram micobactérias no lavado gástrico. Não foi realizada Prova de Mantoux. As serologias para vírus da imunodeficiência humana, hepatite B, hepatite C, vírus de Epstein Barr, Citomegalovirus, febre Q, doença de Lyme, Chlamydia psittaci foram negativas, bem como os testes imunológicos que incluíram factor reumatóide, anticorpos antinucleares e anticorpos anticitoplasma de neutrófilo. A ecografia abdomino-pélvica não apresentava alterações relevantes, o ecocardiograma transesofágico não mostrava vegetações e o eco-doppler das artérias carótidas e temporais era normal. Realizou-se então a FDG-PET que mostrou hipermetabolismo de ¹⁸F-FDG nas paredes das artérias carótidas internas, subclávias e da aorta torácica e abdominal, indicando vasculite de grandes vasos (figura 1).

Com base nestes achados iniciou-se tratamento com 1 mg/Kg/dia de prednisolona, com posterior redução gradual da dose. Desde então a doente tem estado sem febre, aumentou de peso e resolveu os restantes sintomas constitucionais. Analiticamente, três semanas depois tinha subida da hemoglobina para 10,9 g/dL e diminuição da PCR (8,8 mg/L).

DISCUSSÃO

As doenças inflamatórias não infecciosas permanecem uma causa prevalente de FOI, uma vez que as infecções e neoplasias estão a ser diagnosticadas mais precocemente com a utilização de novos métodos de diagnóstico¹. Em particular, a vasculite de grandes vasos, incluindo a ACG e arterite Takayasu^{3,4} são frequentemente subdiagnosticadas⁵.

Nesta doente, a apresentação clínica, com sintomas constitucionais e marcadores inflamatórios elevados, aponta para uma doença inflamatória como a vasculite⁴. Contudo, a ausência de achados clínicos, nomeadamente cefaleias, diminuição da acuidade visual, dor à palpação da artéria temporal, diminuição dos pulsos periféricos^{4,5} e a normalidade do doppler da artéria temporal não levantaram, inicialmente, a possibilidade de ACG. Após o resulta-



Fig.1 – Tomografia por Emissão de Positrões após a administração de ¹⁸F-fluordesoxiglucose

do da FDG-PET e atendendo à idade da doente, a ACG, sem envolvimento temporal, parece ser o diagnóstico mais provável. De facto, o envolvimento da aorta e dos seus ramos (carótida interna, subclávia e axilar), embora subdiagnosticado, é frequente e pode ocorrer sem envolvimento das artérias cranianas^{3,5}.

A biópsia da artéria temporal permite o diagnóstico definitivo da ACG⁴, contudo, pela inexistência de alterações no exame objectivo, pelo resultado normal do ecodoppler temporal e atendendo à baixa acuidade diagnóstica das biópsias cegas quando a ACG envolve os grandes vasos⁵, decidiu-se não a realizar. Como se demonstra neste caso, o diagnóstico de ACG em vasos não acessíveis à biópsia, como a aorta e seus ramos, pode ser feito por meios imagiológicos seleccionados, como a FDG-PET^{3,5}. Ao revelar maior eficácia na detecção de um maior número de lesões vasculares e de forma mais precoce, comparativamente à angiografia clássica, a PET pode ter vantagens como exame imagiológico de primeira linha⁶.

A PET demonstrou contribuir para o diagnóstico de 25-69% dos casos de FOI^{1,2}. É sensível e altamente específico para o diagnóstico de arterite de grandes vasos em doentes sem tratamento dirigido, com elevação dos marcadores inflamatórios^{1,3,5}. Apesar de não ser útil para a avaliação das artérias temporais ou outros vasos cranianos, devido à elevada captação de ¹⁸F-FDG pelo cérebro⁵ e pela baixa sensibilidade quando apenas estão envolvidos

vasos de pequeno calibre^{2,3} permite o diagnóstico de ACG atípica, com envolvimento único da aorta e dos seus ramos^{2,3,5}, como neste caso.

Os glucocorticoides são o tratamento de primeira linha na ACG^{4,5} e foram iniciados, com boa resposta clínica e analítica.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

1. BLEEKER-ROVERS CP, VOS FJ, DE KLEIJN EM et al: A prospective multicenter study on fever of unknown origin. *Medicine (Baltimore)* 2007;86:26-38
2. Meller J, Sahlmann C-O, Scheel AK: 18F-FDG PET and PET/CT in fever of unknown origin. *J Nucl Med* 2007;48:35-45
3. ROZIN AP, BAR-SHALOM R, STRIZEVSKY A, JACOB G: Fever due to aortitis. *Clinical Rheumatol* 2007;26: 265-7
4. WEYAND CM, GORONZY JJ: Medium- and large-vessel vasculitis. *N Engl J Med* 2003;349:160-9
5. BONGARTZ T, MATTESON EL: Large-vessel involvement in giant cell arteritis. *Curr Opin Rheumatol* 2006;18:10-7
6. MELLER J, STRUTZ F, SIEFKER U et al: Early diagnosis and follow-up of aortitis with [(18)F]FDG. PET and MRI. *2003;30:730-6*



Hospital de São João. Porto