

Achados de Angio-TC Aórtica Típicos de Arterite de Takayasu

Typical Findings of Takayasu Arteritis in Aortic Angio-CT



Cândida Sofia LOURENÇO, Susana Patricia BASSO, Maria Assunção DIONISIO
Acta Med Port 2012 Jul-Aug;25(4):257-257



Fig. 1 – Oclusão de segmento longo da aorta abdominal infrarenal que se estende bilateralmente à bifurcação das artérias ilíacas; à direita a oclusão continua-se pela artéria ilíaca comum; à esquerda a oclusão continua-se pelas artérias ilíacas comum e externa.

Fig. 2 – Oclusão total do lumen da aorta por material hipodenso endoluminal com realce parietal circunferencial (seta); coexiste opacificação de várias pequenas arteríolas parietais (cabeça de seta).

Fig. 3 – Ampla rede de colaterais arteriais que fazem o aporte de sangue aos membros inferiores, nomeadamente pelo componente visceral (artérias mesentéricas e plexo hemorroidário) e pelo componente parietal (artérias epigástricas, intercostais, lombares, sagradas, ileolombares, glúteas, pudendas e circunflexas).

Mulher jovem caucasiana, com 21 anos de idade, com queixas de claudicação nos membros inferiores, agravada com o esforço apresentando pulsos periféricos ténues e exame neurológico normal. No estudo laboratorial inicial de referir discreta elevação da velocidade de sedimentação. Estudo de autoimunidade realizado posteriormente sem alterações. Realizou angio-TC abdominal que revelou oclusão de segmento longo da aorta abdominal infrarenal estendendo-se bilateralmente às artérias ilíaca comuns e continuando-se à esquerda pela artéria ilíaca externa, havendo conteúdo endoluminal hipodenso e realce parietal

circunferencial difuso. Coexiste marcada colateralização arterial. Perante os achados angiográficos típicos impôs-se como primeiro diagnóstico o de arterite de Takayasu tipo II em fase tardia com isquémia vascular dos membros inferiores e a doente iniciou corticoterapia. Manteve-se clinicamente estável, com diminuição dos sintomas constitucionais e dos valores de velocidade de sedimentação até à cirurgia. Durante a cirurgia de revascularização electiva efectuaram-se biópsias vasculares que confirmaram o diagnóstico, havendo melhoria das queixas de claudicação.

REFERÊNCIAS

1. Restrepo CS, Ocazonez D, Suri R, Vargas D. Aortitis: imaging spectrum of the infectious and inflammatory conditions of the Aorta. *RadioGraphics* 2011;31:435-451.
2. Kaufman J, Lee M. *Vascular and Interventional Radiology: the Requisites*; United States of America. Mosby- Elsevier 2004.
3. Kerr GS, Hallahan CW, Giordano J, Leavitt RY, Fauci AS, Rottem M, et al. Takayasu Arteritis *Ann Intern Med* 1994;120:919-929.
4. Watts R, Scott D. Large vessel vasculitis. In *Oxford Text Book of Rheumatology*. P.J.Maddison, Isenberg DA, Woo P, Glass DN. Oxford Medical Publications, Oxford New York Tokyo. Oxford University Press 1998.
5. Souza A, Neves R, Oliveira K, Sato E. Tratamento da Arterite de Takayasu. *Rev Bras Reumatol* 2006;46(supl.1):2-7.

C.S.M., S.P.B., M.A.D.: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Hospital Geral. Coimbra. Portugal.

Recebido: 19 de Março de 2012 - Aceite: 05 de Julho de 2012 | Copyright © Ordem dos Médicos 2012