

Dor precordial em jovem portadora de arterite de Takayasu: relato de caso

Typical chest pain in a young woman with Takayasu's arteritis: case report

Aline Costa Calixto¹, Amanda Ferreira dos Santos¹, Anielle Karine Martins Vieira¹, Bruna Assis Chaves¹, Carla Maia Ligeiro¹, Carolina Batista e Silva¹, Érica Carla Lage de Oliveira¹, Gabriela Mazzarolo Marcondes Vieira¹, Luciana Cristina dos Santos Silva²

RESUMO

Este artigo objetiva alertar para a relação entre arterite de Takayasu e síndrome coronariana aguda, por meio de relato de caso de paciente feminino, de 27 anos de idade.

Palavras-chave: Arterite de Takayasu/diagnóstico; Arterite de Takayasu/terapia; Dor No Peito; Vasculite.

ABSTRACT

This article aims to call attention to the relationship between Takayasu's arteritis and acute coronary syndrome, through a case report of a 27-years-old woman patient.

Key words: *Takayasu's arteritis/diagnosis; Takayasu's arteritis/therapy; Chest PAIN; Vasculitis.*

INTRODUÇÃO

A arterite de Takayasu (AT) é uma vasculite granulomatosa transmural progressiva, de etiologia desconhecida, que acomete a aorta, seus principais ramos e a artéria pulmonar. Provoca estenoses e, raramente, dilatações, fístulas, aneurismas, comunicações arteriais e circulação colateral.^{1,2} Incide principalmente em mulheres (9:1), com idade média de 23 anos e de descendência asiática ou oriental.¹

Pode produzir lesões cardiocirculatórias graves, em especial, a isquemia miocárdica.³ Este artigo relata a associação entre AT e dor precordial típica de coronariopatia.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, com 27 anos de idade, feoderma, portadora de AT há seis anos, admitida no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, com precordialgia moderada, em queimação, iniciada em repouso, há dois dias, irradiada para membro superior esquerdo, e parestesia. Há duas semanas, apresentou 30 min de precordialgia em queimação após esforço, que melhorou em repouso.

História progressiva de acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico há 11 meses.

Instituição:
Hospital das Clínicas da UFMG

Endereço para correspondência:
Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Departamento de Clínica Médica

Av. Professor Alfredo Balena 190, sala 246
Santa Efigênia
CEP: 30130-100
Belo Horizonte, MG, Brasil
Email: cmligeiro@gmail.com

Ao exame físico, as medidas de pressão arterial nos membros superiores foram de 90/50 mmHg e 120/50 à esquerda e à direita, respectivamente; pulsos radiais menos intensos à esquerda; presença de sopros carotídeo e abdominal.

O ECG não evidenciou alterações e a dosagem de troponina foi menor que 0,01 (VR: < 0,01). Novo ECG, duas horas após, tampouco mostrou sinais de isquemia aguda. A tomografia computadorizada (TC) contrastada do tórax evidenciou aorta ascendente com 39 mm de diâmetro e extensa calcificação em sua parede, sem sinais de dissecação (Fig. 1).

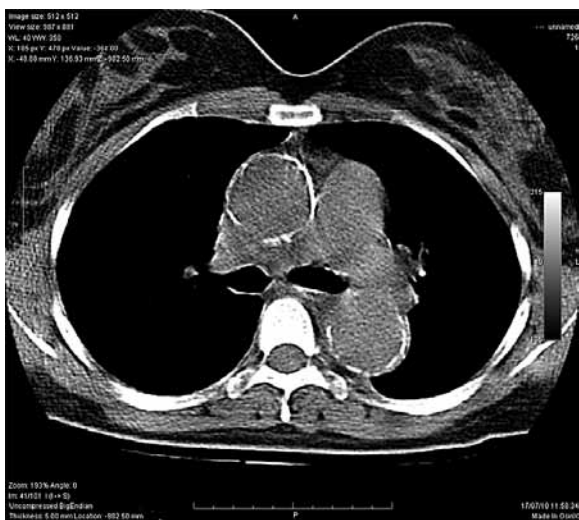


Figura 1 - TC de tórax mostrando aorta ascendente dilatada e com extensa calcificação de parede.

O Ecocardiograma transtorácico mostrou dilatação de raiz de aorta de 42 mm na região dos anéis de Valsalva. O teste ergométrico na urgência não evidenciou alterações clínicas nem eletrocardiográficas, apesar de evidenciar redução da capacidade funcional cardíaca.

Recebeu alta hospitalar após quatro dias assintomática, continuando sob controle ambulatorial.

DISCUSSÃO

A AT pode levar à ausência ou à diminuição dos pulsos periféricos, claudicação, hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, cefaleia, retinopatia, síndrome do arco aórtico, tromboarteriopatia e convulsões. Não obstante, pode ser assintomática em até 10% dos casos.⁴ A taxa de sobrevida em 10 anos após o diagnóstico é de 90%⁵, entretanto, sua morbidade é elevada.

A dor precordial apresentada pela paciente, apesar de não confirmada causa isquêmica, apresentou-se tipicamente como síndrome coronariana aguda. Por tratar-se de portadora de AT e pela história progressiva de AVE isquêmico, a hipótese diagnóstica de infarto agudo do miocárdio representou alerta diagnóstico, devendo compor a vigilância em sua abordagem para intervenção adequada e oportuna sempre que necessária.

CONCLUSÃO

A AT, haja vista sua elevada morbidade, deve ser sempre aventada como hipótese diagnóstica diante de paciente feminina, jovem, com sintomatologia de isquemia miocárdica.

REFERÊNCIAS

1. Kumar SR, Subramanyan R, Mandalam KR. Aneurismal form of aortaarteritis (Takayasu's disease): analysis of thirty cases. *Clin Radial* 1990 (Nov);42(5):342-7.
2. Vecili PR, Pamplona D, Cesena FHY, Luz PL. Angina instável devida a comunicação entre artéria coronária e artéria pulmonar direita em paciente com arterite de Takayasu. *Arq Bras de Cardiol*. 1997; 69(2):129-32.
3. Barros R, Correia J, Pedroso S, Correia C, Tavares J, Reis A, Rocha N. Arterite de Takayasu: clínica, terapêutica importância do triplex carotídeo. *Med Intern*. 2003; 10(4):193-8.
4. Cakar N, Yalcinkaya F, Duzova A, Caliskan S, Sirin A, Oner A, et al. Takayasu arteritis in children. *J Rheumatol*. 2008; 35(5):913-9.
5. Castellanos AZ, Campos LA, Liphaus BL, Marino JC, Kiss MH, Silva CA. Takayasu's arteritis. *An Pediatr (Barc)*. 2003; 58(3):211-6.