

## Arterite de Takayasu – Discussão de três casos clínicos<sup>#</sup>

Takayasu Arteritis – Discussion of three  
clinical cases

Rita Reis\*, Susana Costa\*\*, Francisco Pa-  
rente\*\*\*, Borges Alexandrino<sup>†</sup>, JJ Alves de  
Moura<sup>‡§</sup>

### Resumo

Os autores descrevem e discutem três casos clínicos de arterite de Takayasu diagnosticados no Serviço de Medicina II dos HUC, salientando o facto desta patologia ter diferentes quadros clínicos de apresentação em relação com os seus diferentes tipos.

Os autores apresentam este tema pelo facto de se tratar de uma entidade rara, com uma clínica inicial pouco específica e cujo diagnóstico precoce é de grande importância pela mortalidade e morbidade inerentes. Destacam a evolução dos critérios de diagnóstico, a qual tem contribuído para diagnosticar mais casos e de modo mais precoce.

**Palavras chave:** Arterite de Takayasu.

### Abstract

The authors describe and discuss three clinical cases of Takayasu's arteritis diagnosed in a General Medicine Service, highlighting the fact that this pathology has different clinical presentations which corresponds to the different types of this pathology.

*The authors present these cases because Takayasu arteritis is a rare disease, with a non-specific initial clinical presentation, in which early diagnosis is of great importance because of the inherent morbidity and mortality. They outline the evolution of the diagnostic criteria, which has contributed to the diagnosis of more cases, many of which at an earlier stage.*

**Key words:** Takayasu's Arteritis.

### Introdução

A arterite de Takayasu (AT) é uma doença inflamatória, crónica, das grandes e médias artérias. Esta envolve particularmente a aorta e os seus ramos principais, sendo a artéria pulmonar também frequentemente atingida, provocando lesões nestes vasos, quer estenóticas quer ectasiantes, predominando a oclusão.<sup>1,2,3</sup>

Esta arteriopatia de etiologia desconhecida é rara, sendo mais prevalente em jovens do sexo feminino. Apesar de ser mais comum no Oriente, pode atingir indivíduos de outras raças e de outras áreas geográficas.<sup>2</sup>

A história natural desta doença é variável, não existindo sinais patognomónicos, sendo a clínica inicial pouco específica, incluindo sintomas gerais e locais.<sup>1,2</sup> A forma de apresentação desta entidade depende da severidade e localização das lesões arteriais, incluindo sintomas neurológicos transitórios, acidente vascular cerebral, enfarte do miocárdio, claudicação dos membros, sintomas abdominais, hipertensão arterial, entre outros.<sup>4</sup> Esta clínica, pouco específica e variada, leva a que em muitos casos esta entidade não seja diagnosticada durante um longo período de tempo, implicando atrasos no diagnóstico e, consequentemente, aumento da morbidade e mortalidade por AT.<sup>1</sup>

Assim, a AT é uma arteriopatia cujo diagnóstico é difícil, sendo necessário um elevado grau de suspeição para que esta hipótese seja colocada.<sup>1,4</sup>

Os critérios de diagnóstico desta doença,<sup>5,6,7</sup> têm evoluído no sentido de contribuírem para um diagnóstico mais precoce, mas também para modificar a ideia de que esta é uma patologia restrita da população oriental;<sup>1</sup> destas modificações destaca-se a remoção do critério idade (< 40 anos) como obrigatório.<sup>1,7</sup>

Dentro deste contexto, os autores apresentam três casos em que estabeleceram o diagnóstico de AT, dois dos quais em idade superior a 40 anos e envolvendo localização vascular e clínica diversa.

### Caso clínico 1

Doente do sexo feminino, raça caucasiana, 17 anos, solteira, estudante, natural e residente em Leiria. Enviada do Hospital Distrital da Figueira da Foz por hipertensão arterial (165/110 mmHg) e retinopatia a esclerecer. Recorreu

\* Interna do Internato Complementar de Medicina Interna  
\*\* Interna do Internato Complementar de Cardiologia – Estágio de Medicina

\*\*\* Assistente Graduado de Medicina Interna

<sup>†</sup> Chefe de Serviço de Medicina Interna

<sup>‡§</sup> Director do Serviço de Medicina II e Professor da Faculdade de Medicina de Coimbra

<sup>#</sup>Trabalho apresentado no 9º Congresso Nacional de Medicina Interna, Funchal, 2003. Trabalho premiado com Menção Honrosa.

Serviço de Medicina II dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Recebido para publicação a 29.01.04

Aceite para publicação a 25.04.04

a este Hospital por diminuição progressiva da acuidade visual, principalmente à direita, que culminou em perda momentânea da visão à direita, cefaleias pulsáteis intensas, astenia, anorexia e perda ponderal (6 Kg em 1 mês). Apresentava anemia normocítica (Hb 9,7 g/dL; VGM 83,2 fL), velocidade de sedimentação superior a 105 mm na 1ª hora, e a ecografia e tomografia axial computadorizada abdominais revelaram rim direito aumentado de volume. Face à gravidade da situação a doente foi transferida para os Hospitais da Universidade de Coimbra e internada no Serviço de Medicina II.

Os antecedentes pessoais e familiares eram irrelevantes. Ao exame objectivo salientava-se uma tensão arterial no membro superior direito de 165/111 mmHg, e no membro superior esquerdo de 156/106 mmHg. A frequência cardíaca era de 100 ppm, rítmica. A auscultação dos vasos do pescoço e cardio-pulmonar não apresentava alterações. Na avaliação dos pulsos periféricos os pulsos umerais e radiais eram bilaterais e simétricos, mas os femurais, poplíteos, tibiais posteriores e pediosos, apesar de bilaterais e simétricos, eram de menor intensidade. No abdómen, foi detectado na auscultação sopro sistodiastólico ao nível do flanco esquerdo. Não apresentava edemas dos membros inferiores. No exame oftalmológico verificou-se a existência de “retinopatia grau IV com derrame macular e estrela macular, exsudados algodonosos e cruzamentos arteriovenosos patológicos, sendo estas alterações mais evidentes à direita”.

Analiticamente, destaque para anemia normocítica, creatinemia de 1,2 mg/dl e albuminemia de 2,7 g/dl. A velocidade de sedimentação era de 105 mm na 1ª hora. Sumária de urina sem alterações. O ecodoppler das artérias renais revelou rim esquerdo de menores dimensões e alterações hemodinâmicas significativas em ambas as artérias renais. O ecocardiograma não apresentava alterações e a angiografia fluoresceínica confirmou a retinopatia hipertensiva. Solicitada panaortografia, esta evidenciou estenose da aorta infra-renal, estenose do tronco superior a 50%, oclusão osteal da mesentérica superior recanalizada através da arcada de Riolan, estenose cerrada do ostium da artéria mesentérica inferior, estenose do 1/3 proximal da artéria renal direita em 75%, oclusão da artéria renal esquerda recanalizada no 1/3 médio, redução das dimensões do rim esquerdo e deficiente vascularização (*Fig. 1*).

Estabelecido o diagnóstico foi sujeita a terapêutica cirúrgica, sendo efectuado bypass aortorenal bilateral com veia safena interna autóloga invertida e bypass ilíaca direita mesentérica superior com veia safena interna autóloga invertida. A evolução tem sido favorável, após um ano de seguimento.

## Caso clínico 2

Doente do sexo feminino, raça caucasiana, 59 anos de idade, casada, doméstica, natural e residente em Alcobaça.

A doente apresentava um quadro clínico, com evolução de quatro meses, caracterizado por úlceras dolorosas no dorso do pé esquerdo, de difícil cicatrização e claudicação intermitente do membro inferior homolateral.

Os antecedentes pessoais eram irrelevantes. Ao exame físico salientava-se o facto da tensão arterial ser imensurável em ambos os membros superiores; a auscultação cardíaca era rítmica sem sopros; a frequência cardíaca era de 78 ppm, rítmica; era audível um sopro ao nível de ambas as carótidas; os pulsos umerais, radiais, poplíteos, tibiais posteriores e pediosos estavam ausentes bilateralmente. O pé esquerdo estava frio e edemaciado, com úlceras de bordos bem demarcados e fundo necrótico ao nível do dorso.

Com auxílio do doppler foi possível determinar a tensão arterial sistólica nos membros superiores (direito: 100 mmHg; esquerdo: 80 mmHg) e no membro inferior direito (160 mmHg). No membro inferior esquerdo não foi possível a sua medição.

No exame oftalmológico não foram detectadas alterações compatíveis com retinopatia de Takayasu ou hipertensiva.

Dos exames complementares analíticos salientava-se velocidade de sedimentação de 44 mm à 1ª hora. O ecocardiograma não apresentava alterações.

A angiografia revelou estenoses múltiplas nas artérias ilíacas e femurais, oclusão da femural superficial esquerda com quase nula recanalização para os troncos distais, estenoses acentuadas da poplíteia direita, estenoses graves das subclávias com deficiente leito distal à direita. (*Fig. 2*)

Foi instituída corticoterapia (prednisolona). Posteriormente ocorreu agravamento clínico com o estabelecimento de uma trombose da artéria femural esquerda, pelo que foi efectuada tromboendartectomia femural e simpatectomia lombar esquerda. Passados dois meses foi reinternada para realização de simpatectomia lombar direita.

Dois anos após o primeiro internamento fez amputação por agravamento da isquemia do membro inferior esquerdo.

Após 5 anos passou a ser seguida no Hospital de Alcobaça, mantendo prednisolona numa dose de 7,5 mg/dia.

## Caso clínico 3

Doente do sexo feminino, raça caucasiana, 51 anos, casada, natural e residente no Entroncamento. Foi internada no Serviço de Cirurgia Vasculard por lhe ter sido detectado sopro ao nível das artérias carótidas.

Dois anos antes do internamento iniciou quadro clínico com cefaleias frontais, intolerância ao ortostatismo, vertigens, palpitações, dispneia para médios esforços.

Dos antecedentes pessoais destacava-se a existência de dislipidemia (colesterol total 314 mg/dl e triglicéridos 218 mg/dl) e, dos antecedentes familiares, a morte da mãe por acidente vascular cerebral.

Ao exame físico a tensão arterial não era mensurável no membro superior direito e apresentava no membro supe-

rior esquerdo 135/80 mmHg; na auscultação cardíaca era audível um sopro pandiastólico II/VI no foco tricúspide com irradiação ao apex e foco aórtico; a frequência cardíaca era de 80 ppm rítmico; ausência de pulsos umerais, radiais, femurais, poplíteos, tibiais posteriores e pediosos bilateralmente; Eram audíveis sopros bilateralmente ao nível das artérias carótidas, subclávias e femurais e, ainda, ao nível da aorta supra e infraumbilical. No exame oftalmológico não foram detectadas alterações compatíveis com retinopatia de Takayasu ou hipertensiva.

Dos exames complementares analíticos destacava-se velocidade de sedimentação de 29 mm à 1ª hora.

O ecodoppler das carótidas e vertebrais traduziu estenose ao nível destes segmentos arteriais. O ecodoppler dos membros superiores revelou oclusão de ambas as artérias subclávias e uma tensão arterial sistólica de 80 mmHg à direita e de 90 mmHg à esquerda. O ecodoppler dos membros inferiores mostrou a oclusão das ilíacas bilateralmente.

O ecocardiograma revelou ligeira disfunção diastólica e ligeira insuficiência aórtica e o cintigrama de perfusão do miocárdio era compatível com isquemia anterolateral.

Realizou angiografia, que confirmou a existência de oclusão total de ambas as subclávias e da vertebral direita; estenose importante de ambas as bifurcações carótídeas, ectasia significativa da artéria vertebral esquerda, estenose muito significativa da artéria carótida interna direita, estenose filiforme da aorta abdominal acima das artérias renais estendendo-se às ilíacas, estenose das artérias ilíacas primitivas direita e esquerda; artérias renais mal visualizadas, com rins revascularizados. (*Figs. 3 e 4*)

Efectuou corticoterapia (prednisolona 1mg/kg/dia). A doente mantém seguimento em consulta externa, estando medicada com 5 mg de prednisolona.

## Discussão

Os casos clínicos descritos ilustram bem a diversidade de apresentação da AT, aqui desde uma hipertensão arterial secundária, a quadros de claudicação intermitente com úlcera do membro inferior ou polisintomático com vertigens, palpitações e dispneia. Assim, para que o diagnóstico seja efectuado numa fase precoce evitando a morbilidade e mortalidade inerentes à AT, torna-se necessário colocar esta suspeita e efectuar uma correcta avaliação clínica dos territórios vasculares, secundada por exames complementares, destacando a angiografia.

Tendo em vista a formulação deste diagnóstico, foram surgindo ao longo dos anos diferentes critérios de inclusão para esta entidade. Os primeiros critérios de diagnóstico desta entidade foram propostos por Ishikawa em 1988,<sup>5</sup> apesar da primeira descrição desta patologia ter sido feita em 1908.<sup>8</sup>

Os critérios de Ishikawa (*Quadro I*) incluíam um critério obrigatório, idade < 40 anos, dois critérios major, lesão da porção média das artérias subclávias direita e esquerda, e

nove critérios minor (velocidade de sedimentação elevada, artéria carótida sensível à palpação, hipertensão arterial surgindo em idade inferior a 40 anos, regurgitação aórtica ou ectasia anuloaórtica, lesão da artéria pulmonar, lesão da porção média da artéria carótida comum esquerda, lesão do tronco braqueocefálico distal, lesão da artéria aorta torácica descendente e lesão da aorta abdominal. O diagnóstico era proposto na presença do critério obrigatório com dois major ou com um major e dois ou mais minor. Estes critérios basearam-se puramente na observação de doentes japoneses, ignorando variações geográficas e étnicas desta entidade. O critério etário constituía um factor limitante do diagnóstico de doentes com um quadro clínico sugestivo de AT, mas com idade igual ou superior a 40 anos.<sup>1,5</sup>

Os critérios do American College of Rheumatology (ACR) (*Quadro II*), propostos em 1990, preconizavam seis critérios de diagnóstico – idade <40 anos, claudicação das extremidades, diminuição do pulso da artéria braquial, diferença tensional sistólica superior a 10 mmHg entre os braços, sopro sobre as artérias subclávias ou aorta abdominal, anomalias angiográficas (estreitamento ou oclusão da aorta, seus ramos primários ou grandes artérias dos membros superiores ou inferiores). Para estabelecer o diagnóstico deveriam estar presentes pelo menos três dos seis critérios. Mantinha-se o critério etário, embora não obrigatório, e o envolvimento coronário e pulmonar não eram contemplados.<sup>1,6</sup>

Os critérios de Sharma (*Quadro III*) introduziram, em relação aos critérios de Ishikawa, um major referente aos sinais e sintomas característicos com pelo menos um mês de duração (incluindo claudicação das extremidades, ausência de pulso ou diferença de pulso nos membros, tensão arterial não mensurável ou diferenças de tensão arterial sistólica entre os membros superior a 10 mmHg, febre, dor cervical, amaurose transitória, visão turva, síncope, dispneia ou palpitações), em substituição da idade. A lesão das coronárias em indivíduos com menos de 30 anos foi introduzida como o décimo critério minor. Também nas definições, a idade deixou de ser considerada para definir o critério hipertensão arterial e ainda a ausência de lesão aorto-ilíaca do nono critério minor nos critérios de Ishikawa.<sup>1,5,7</sup> Demonstrou-se que a deleção do critério etário obrigatório e da limitação na definição de lesão da aorta abdominal (ausência de lesão da aorto-ilíaca), assim como a inclusão do envolvimento da artéria coronária não aumentavam a frequência de falsos positivos. O diagnóstico era proposto na presença de dois critérios major ou de um major e dois minor ou de quatro minor.<sup>1</sup>

Dos critérios para o diagnóstico da AT, os propostos por Sharma<sup>7</sup> foram aqueles que apresentaram uma maior sensibilidade (92,5% contra os 60,4% dos critérios de Ishikawa e os 77,4% dos do ACR), incluindo assim um maior número de doentes diagnosticados e mantendo a mesma especificidade diagnóstica (95%).<sup>1</sup> A evolução mencionada

**Quadro I – Critérios de Ishikawa para o diagnóstico de Arterite de Takayasu. 1988<sup>5</sup>**

<b>Critérios</b>	<b>Definição</b>
<b>Critério obrigatório</b>	
Idade < 40 anos	Idade < a 40 anos quando do diagnóstico ou no início de sinais e sintomas característicos com um mês de duração na história do doente.
<b>Critérios major</b>	
1. Lesão na porção média da artéria subclávia esquerda	A estenose ou oclusão mais severa surge na porção média da distância compreendida entre o ponto situado a 1 cm proximalmente em relação ao orifício da artéria vertebral esquerda até ao ponto situado a 3 cm distalmente em relação ao orifício determinado pela angiografia.
2. Lesão na porção média da artéria subclávia direita	A estenose ou oclusão mais severa surge na porção média da distância compreendida entre o orifício da artéria vertebral direita até ao ponto situado a 3 cm distalmente em relação ao orifício determinado pela angiografia.
<b>Critérios minor</b>	
1. Velocidade de sedimentação elevada	VS persistentemente elevada e de forma inexplicada (> 20 mm/h) na altura do diagnóstico ou presença de evidência na história do doente.
2. Artéria carótida sensível à palpação	Sensibilidade à palpação da artéria carótida primitiva, uni ou bilateralmente, evidenciada pelo médico. Sensibilidade dos músculos do pescoço não é aceitável.
3. Hipertensão	Tensão arterial persistentemente > 140/90 mmHg na braquial ou > 160/90 mmHg na poplítea em idade < 40 anos. Ou presença de história em idade < 40 anos.
4. Regurgitação aórtica ou ectasia anuloaórtica	Por auscultação ou ecocardiograma com doppler ou angiografia. Por angiografia ou ecocardiograma bidimensional.
5. Lesão da artéria pulmonar	Oclusão ou equivalente da artéria lobar ou segmentar determinada por angiografia ou cintigrafia de perfusão; ou presença de estenose, aneurisma, irregularidade luminal ou qualquer combinação no tronco pulmonar ou numa ou ambas as artérias pulmonares determinada por angiografia.
6. Lesão na porção média da artéria carotídea primitiva esquerda	Presença de estenose ou oclusão mais severa na porção média dos 5 cm de comprimento compreendidos entre o ponto situado 2 cm distalmente em relação ao orifício determinado por angiografia.
7. Lesão do tronco braquiocefálico distal	Presença da estenose ou oclusão mais severa no terço distal determinada por angiografia.
8. Lesão da artéria torácica descendente	Estreitamento, dilatação ou aneurisma, irregularidade luminal ou qualquer combinação determinada por angiografia; tortuosidade sozinha não é aceitável.
9. Lesão da aorta abdominal	Estreitamento, dilatação ou aneurisma, irregularidade luminal ou qualquer combinação e ausência de lesão na região aortoiliaca nos 2 cm da aorta terminal e artérias ilíacas comuns bilateralmente determinada por angiografia; tortuosidade sozinha não é aceite.

**Quadro II – Critérios do American College of Rheumatology para o diagnóstico de Arterite de Takayasu. 1990<sup>6</sup>**

Critérios	Definição
1. Idade no início da doença em anos	Desenvolvimento de sintomas ou achados relacionados com arterite de Takayasu com idade < a 40 anos
2. Claudicação das extremidades	Desenvolvimento ou agravamento de fadiga ou desconforto muscular de uma ou mais extremidades quando em uso, especialmente nas extremidades superiores
3. Diminuição do pulso da artéria braquial	Diminuição da pulsação em uma ou ambas as artérias braquiais
4. Diferença da pressão arterial > 10 mmHg	Diferença > a 10 mmHg na tensão arterial sistólica em ambos os membros superiores
5. Sopros sobre as artérias subclávias ou aorta	Sopro audível na auscultação sobre uma ou ambas as artérias subclávias ou aorta abdominal
6. Anomalia na arteriografia	Estreitamento arteriográfico ou oclusão de toda a aorta, seus ramos principais ou grandes artérias nas extremidades superiores ou inferiores proximais, não devido a arteriosclerose, displasia fibromuscular ou causas similares: alterações usualmente focais ou segmentares

nestes critérios foi essencial para estabelecer o diagnóstico de AT nas nossas doentes.

O *caso clínico 1* pode ser classificado como uma AT tipo II (atingimento da aorta abdominal e seus ramos),<sup>9</sup> esse envolvimento determinou uma hipertensão renovascular que condicionou as queixas nesta doente de 17 anos. A presença de sopro abdominal levantou a suspeita de envolvimento vascular, levando à realização de exames complementares, incluindo a angiografia fundamental para o diagnóstico. Apesar de ser a única das três doentes com menos de 40 anos, só reunia três critérios minor de Ishikawa, pelo que não teria sido efectuado o diagnóstico de AT, nessa base, condicionando a abordagem deste caso. Este aspecto é particularmente grave quando se trata de uma jovem com uma complicação major (hipertensão arterial com diastólica  $\geq$  110 mmHg), doença com evolução rápida e velocidade de sedimentação elevada, factores que condicionam fortemente a sobrevida nesta patologia.<sup>3</sup> Considerando as propostas mais recentes (ACR e Sharma), foi efectuado o diagnóstico nesta doente, suportando o interesse prático do alargamento dos critérios de AT.

No *caso clínico 2* estamos perante uma AT tipo IV (cervicobraquial/periférico)<sup>9</sup>. Este tipo de envolvimento condicionou a forma de apresentação: úlceras do membro inferior esquerdo e claudicação, com ausência de pulsos dos membros superiores e inferiores, e tensão arterial não mensurável, bilateralmente. Nesta doente o factor idade limitava a formulação do diagnóstico pelos critérios propostos em 1988, devido à sua obrigatoriedade<sup>5</sup>. No entanto, pelos

critérios mais recentes, ACR (claudicação das extremidades, diminuição do pulso da artéria braquial e anomalias na arteriografia) e Sharma (lesão de ambas as subclávias e sintomas típicos), o diagnóstico é patente,<sup>6,7</sup> afastando outras etiologias, como a aterosclerótica.

Também o *caso clínico 3*, com envolvimento do tipo IV, teve uma apresentação clínica muito inespecífica; contudo, o exame físico veio sugerir envolvimento do território braquiocefálico, abdominal e membros inferiores. A idade e os antecedentes pessoais desta doente, nomeadamente a dislipidemia mista, podem ter sido os responsáveis pelo atraso no diagnóstico (2 anos), atribuindo-se o processo à aterosclerose, a qual também induz doença arterial oclusiva. Contudo, na doença aterosclerótica oclusiva a localização das lesões encontra-se preferencialmente confinada ao nível de pontos de bifurcação arterial, da aorta abdominal distal abaixo das artérias renais, particularmente a região aortoiliaca, e ao nível dos orifícios e segmentos proximais dos ramos do arco aórtico, o que não se verificou neste caso, que tinha um envolvimento mais abrangente.<sup>10,11</sup> Esta doente, com 51 anos, é mais um exemplo de que a idade não deve limitar o diagnóstico desta entidade, pois apresentava vários critérios do ACR e dos propostos por Sharma.

Assim, e perante estes casos, podemos concluir que a arterite de Takayasu é um diagnóstico a não esquecer face a um quadro clínico com envolvimento vascular, ainda que se trate de um doente com mais de 40 anos. Para o diagnóstico desta entidade com uma clínica tão variável e inespecífica tem sido de particular importância a criação

**Quadro III – Critérios de diagnóstico modificados para Arterite de Takayasu. Sharma et al. 1995<sup>7</sup>**

<b>Critérios</b>	<b>Definição</b>
<b>Critérios major</b>	
1. Lesão na porção média da artéria subclávia esquerda	A estenose ou oclusão mais severa surge na porção média da distância compreendida entre o ponto situado a 1 cm proximalmente em relação ao orifício da artéria vertebral até ao ponto situado a 3 cm distalmente em relação ao orifício determinado pela angiografia
2. Lesão na porção média da artéria subclávia direita	A estenose ou oclusão mais severa surge na porção média da distância compreendida entre o orifício da artéria vertebral direita até ao ponto situado a 3 cm distalmente em relação ao orifício determinado pela > angiografia
3. Sinais e sintomas característicos com pelo menos um mês de duração	Estes incluem claudicação dos membros, ausência de pulso ou diferença entre pulsos, tensão arterial não mensurável ou com uma diferença > a 10 mmHg na sistólica, febre, cervicalgia, amaurose transitória, visão turva, síncope, dispneia ou palpitações
<b>Critérios minor</b>	
1. Velocidade de sedimentação elevada	VS persistentemente elevada e de forma inexplicada (> 20 mm/h) na altura do diagnóstico ou presença da evidência na história do doente
2. Artéria carótida sensível à palpação	Sensibilidade à palpação das artérias, uni ou bilateralmente. Sensibilidade dos músculos do pescoço não é aceitável
3. Hipertensão	Tensão arterial persistentemente > 140/mmHg na braquial ou > 160/90 mmHg na poplítea
4. Regurgitação aórtica ou ectasia anuloaórtica	Por auscultação ou ecocardiograma com doppler ou angiografia Por angiografia ou ecocardiograma bidimensional
5. Lesão da artéria pulmonar	Oclusão ou equivalente da artéria lobar ou segmentar determinada por angiografia ou cintigrafia de perfusão, ou presença de estenose, aneurisma, irregularidade luminal ou qualquer combinação no tronco pulmonar ou numa ou ambas as artérias pulmonares determinada por angiografia
6. Lesão na porção média da artéria carótida primitiva esquerda	Presença de estenose ou oclusão mais severa na porção média dos 5 cm de comprimento compreendidos entre o ponto situado 2 cm distalmente em relação ao orifício determinado por angiografia
7. Lesão do tronco braquiocefálico distal	Presença da estenose ou oclusão mais severa no terço distal determinada por angiografia
8. Lesão da artéria torácica descendente	Estreitamento, dilatação ou aneurisma, irregularidade luminal ou qualquer combinação determinada por angiografia; tortuosidade sozinha não é aceitável
9. Lesão da aorta abdominal	Estreitamento, dilatação ou aneurisma, irregularidade luminal ou combinação com aneurisma
10. Lesão de artéria coronária	Documentada na angiografia em indivíduos com menos de 30 anos na ausência de factores de risco como hiperlipidemia ou diabetes mellitus

e evolução de critérios de diagnóstico no sentido de um diagnóstico mais precoce, levando assim a uma terapêutica mais atempada. Este diagnóstico torna-se ainda mais pertinente quando é necessária uma atitude terapêutica mais agressiva, na existência de complicações major (retinopatia de Takayasu, hipertensão arterial secundária, regurgitação aórtica, aneurisma arterial), evolução progressiva da doença<sup>3</sup>, evitando assim a morbidade e mortalidade inerente a esta entidade.

Na intervenção, a corticoterapia constitui a principal terapêutica na fase aguda desta patologia. É normalmente iniciada na dose de 1 mg/Kg/dia de prednisolona e mantida nesta dose durante um a três meses, para depois se efectuar o desmame gradualmente durante seis a doze meses. A resposta é favorável em cerca de 50 a 60% dos doentes. Nos doentes refractários à corticoterapia é normalmente prescrito metotrexato ou ciclofosfamida; contudo, a eficácia destes fármacos necessita de mais estudos para ser confirmada. Não existem igualmente estudos que comprovem que a corticoterapia isolada possa aumentar a sobrevida. A terapêutica cirúrgica e a angioplastia são usadas nos doentes com lesões estenosantes sintomáticas limitadoras de fluxo na fase quiescente da doença. Estão associadas a um aumento da sobrevida e diminuição da mortalidade.<sup>2,4,9</sup>

## Bibliografia

1. Sharma BK, Jain S, Suri S, Numano F. Diagnostic criteria for Takayasu arteritis. *Int J of Cardiol* 1996; 54: S127-S133.
2. Fauci AS. The vasculitis syndromes. In: Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL, editors. *Harrison's principles of internal medicine* fifteenth edition. McGraw-Hill, 2001: 1956-1968.
3. Ishikawa K, Shunzo M. Long-term outcome for 120 Japanese patients with Takayasu's disease: clinical and statistical analyses of related prognostic factors. *Circulation* 1994; 90(4): 1855- 1860.
4. Creager M. Takayasu Arteritis. *Rev Cardiovasc Med* 2001; 2(4): 211-214.
5. Ishikawa K. Diagnostic approach and proposed criteria for the clinical diagnosis of Takayasu's arteriopathy. *J Am Coll Cardiol* 1988; 12: 964-972.
6. Arend WP, Michel BA, Bloch DA et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Takayasu's arteritis. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 1129-1134.
7. Sharma BK, Iliskovic NS, Singal PK. Takayasu arteritis may be under diagnosed in North America. *Can J Cardiol* 1995; 11: 311-316.
8. Takayasu M. A case with peculiar changes of the retinal central vessels. *Acta Soc Ophthal Jpn* 1908; 2: 554-555.
9. Sheikhzadeh A, Tettenborn I, Noohi F, Eftekhazadeh M, Schnabel A. Occlusive thromboartopathy (Takayasu disease): clinical and angiographic features and a brief review of literature. *Angiology* 2002; 53(1): 29-40.
10. Dzau VJ, Creager MA. Diseases of the aorta. In: Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL, editors. *Harrison's principles of internal medicine* fifteenth edition. McGraw-Hill 2001: 1430-1434.
11. Creager MA, Dzau VJ. Vascular diseases of the extremities. In: Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL, editors. *Harrison's principles of internal medicine* fifteenth edition. McGraw-Hill, 2001: 1434-1439.