

Fabio Andrés Torres Saavedra<sup>1,2</sup>, Estefanía Calle Botero<sup>1,7</sup>, Daniel Jaramillo Arroyave<sup>1,2,3,4,5</sup>, Adriana Lucía Vanegas García<sup>1,2,3</sup>, Johanna Hernández Zapata<sup>1,2,6</sup>, Gloria Vásquez<sup>2</sup>, Mauricio Restrepo Escobar<sup>2,8</sup>, Luis Alonso González Naranjo<sup>2</sup>, Jaime Alberto Coral Enriquez<sup>2</sup>, Carlos Horacio Muñoz Vahos<sup>1,2,3,4</sup>

<sup>1</sup>Grupo de Estudio de Vasculitis Sistémicas Universidad de Antioquia, <sup>2</sup> Grupo de Reumatología, Departamento de Medicina Interna, Universidad de Antioquia, Medellín-Colombia, <sup>3</sup> Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín-Colombia, <sup>4</sup>IPS Universitaria, Servicios de Salud Universidad de Antioquia, <sup>5</sup>Grupo de Epidemiología y Bioestadística Universidad CES, <sup>6</sup>Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín-Colombia, <sup>7</sup>Clínica SOMER, Rionegro-Colombia

## Introducción

La arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis sistémica idiopática que afecta grandes vasos, principalmente la aorta, sus ramas y las arterias pulmonares, con un predominio por las mujeres asiáticas jóvenes. Los datos sobre la epidemiología y comportamiento clínico de esta enfermedad en nuestro medio son limitados y algunos pacientes pueden tener retraso en su reconocimiento debido a la presentación tardía de los síntomas y a la ausencia de una prueba diagnóstica específica. Describimos las características clínicas, angiográficas y los desenlaces de un grupo de pacientes con AT en Colombia.

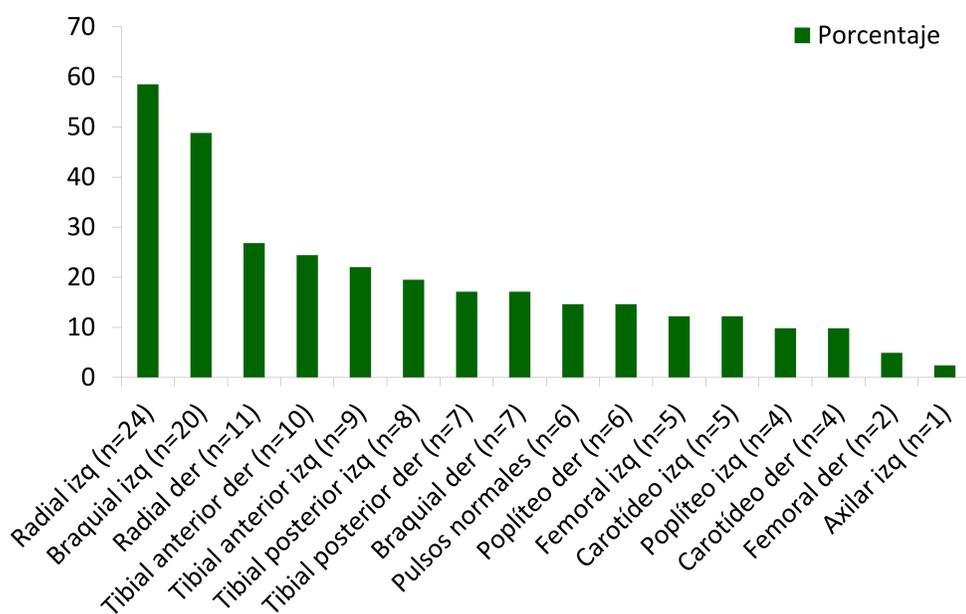
## Pacientes y Métodos

Se evaluaron de forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes con AT atendidos en el Hospital Universitario San Vicente Fundación y la IPS Universitaria entre agosto de 2011 y septiembre de 2018.

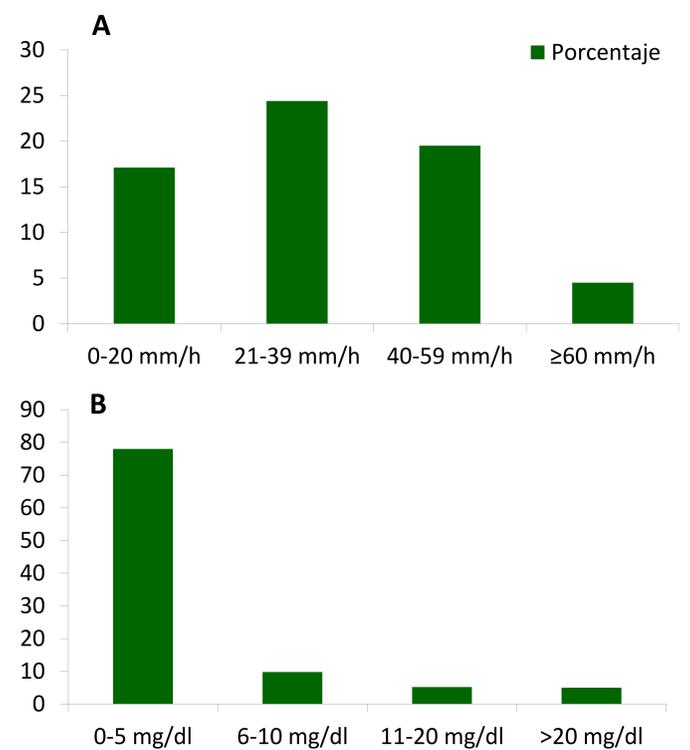
## Resultados

Característica	n (%) de pacientes	
	Edad al Dx <40 años (n=30)	Edad al Dx ≥40 años (n=11)
Mujer	28 (94)	11 (100)
Edad al inicio de los síntomas en años – mediana (RI)	20,5 (16,7-25)	52 (46,5-57)
Tiempo desde inicio de síntomas hasta Dx en meses - mediana (RI)	9,5 (5-17,5)	36 (1,5-96)
Tabaquismo	2 (6,6)	6 (54)
Dislipidemia	7 (23)	6 (54)
<b>Criterios ACR 1990</b>		
Claudicación de extremidades	14 (47)	5 (45)
Diferencia de PA en miembros superiores >10 mmHg	18 (60)	6 (54)
Pulsos disminuidos en miembros superiores	23 (77)	9 (82)
Soplo subclavio o aórtico	19 (63)	6 (54)
Anormalidad en arteriografía	29 (97)	11 (100)

**Tabla 1.** Comparación de características clínicas en pacientes con AT menores y mayores de 40 años. RI: rango intercuartílico. Dx: diagnóstico. PA: presión arterial.



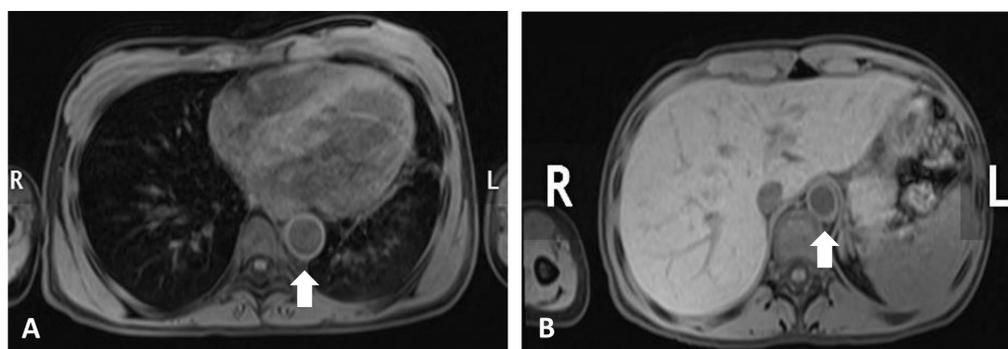
**Figura 2.** Deficiencia de pulsos periféricos según localización anatómica.



**Figura 1.** Comportamiento de los reactantes de fase aguda. A. Eritrosedimentación. B. Proteína C Reactiva.

Clasificación de Hata-Numano	n (%)
Tipo I	7 (17,1)
Tipo IIa	3 (7,3)
Tipo IIb	2 (4,9)
Tipo III	2 (4,9)
Tipo IV	2 (4,9)
Tipo V	24 (58,5)
Coronarias (+)	4 (9,7)
Pulmonares (+)	6 (14,6)

**Tabla 2.** Clasificación angiográfica.



**Imagen.** AngioRMN de aorta. A. Imagen potenciada en T1: engrosamiento difuso de la pared de la aorta torácica descendente (flecha). B. Imagen potenciada en T2: engrosamiento difuso de la pared de la aorta abdominal (flecha).

## Conclusión

Los pacientes en la serie reportada se caracterizan por tener una enfermedad extensa en parte debido a un diagnóstico tardío, con un alto porcentaje de complicaciones asociadas al compromiso estenótico vascular (clasificación Hata-Numano V y anomalías de las arterias renales), lo que genera una gran morbilidad e impacto en la calidad de vida.