

# REUMATOLOGÍA BÁSICA

## Caso clínico N° 7

Mujer de 45 años con antecedentes de obesidad etapa I y tabaquismo moderado activo.

En julio de 2019 consulta en Servicio de Urgencia por cuadro de 8 horas de dolor torácico de aparición súbita, intenso, transfixiante, irradiado a hombros, asociado a palpitaciones, mareos y diaforesis. En el laboratorio destaca anemia leve N-N, glóbulos blancos 15.300, VHS 20, PCR 0,2, función renal y ELP normales. ECG sin alteraciones. Al interrogatorio dirigido refería, además, historia de compromiso del estado general y baja de peso de 8 Kg en los últimos seis meses, con apetito conservado, sin fiebre. Asimismo, dolor en cintura escapular y parestesias intermitentes en miembros superiores, por lo cual usaba AINEs de manera ocasional.

Se realiza angio-TC de tórax que descarta tromboembolismo pulmonar, pero evidencia alteraciones en la pared de la arteria aorta, como se muestra a continuación:



**Figura 1.**

Imagen de Angio-TAC de tórax muestra la presencia de engrosamiento mural de la pared a nivel del cayado de la Aorta (flechas), signo sugerente de aortitis. (Fotografía con autorización para su publicación).

**¿Cuál de las siguientes alternativas le parece más adecuada como hipótesis diagnóstica inicial?**

- A) AORTITIS LUÉTICA
- B) ENFERMEDAD DE TAKAYASU
- C) SÍNDROME AÓRTICO
- D) DISPLASIA FIBROMUSCULAR

## Comentario del Caso Clínico de Reumatología Básica

### Respuesta correcta: C

El síndrome aórtico es uno de los principales diagnósticos diferenciales del dolor torácico. Se trata de un proceso agudo o subagudo que afecta la capa media de la pared de la aorta, pudiendo presentarse como disecación, hematoma intramural o úlcera penetrante. Eventualmente conlleva el riesgo de rotura y otros, como taponamiento, insuficiencia valvular, isquemia coronaria y mesentérica. Su incidencia es de 6/100.000/año, es más frecuente en varones mayores, aunque en mujeres el pronóstico es peor debido a que puede manifestarse con síntomas atípicos, muchas veces difíciles de reconocer. Principales factores de riesgo son cardiovasculares, traumas y cardiopatía congénita de base.

Es muy importante contar con una buena imagen y un buen radiólogo para hacer un diagnóstico certero. Esto, debido a que en el caso expuesto se planteó inicialmente una arteritis de Takayasu (alternativa B), a pesar de que los parámetros inflamatorios eran normales (aunque cerca del 20% de los pacientes pueden tener VHS y PCR dentro de rangos). Esta vasculitis de vaso grande se caracteriza por una lesión vascular inicial que puede afectar a la arteria subclavia, además de la aorta abdominal, arterias pulmonares (50%), e incluso arterias coronarias. Es de predominio en mujeres (razón 9:1), y debuta ocasionalmente con dolor torácico agudo o subagudo. Lo más común es la presentación con HTA, asimetría de pulsos y de presión arterial, asociado a síntomas constitucionales. Al asumirse Takayasu, esta paciente fue manejada con bolos de metilprednisolona y luego con un pulso de ciclofosfamida EV, y sólo el análisis exhaustivo de las imágenes de tórax por varios radiólogos del hospital permitieron determinar que se trataba, en definitiva, de un síndrome aórtico con un extenso hematoma intramural, como se aprecia en la imagen:

También se planteó una displasia fibromuscular (alternativa D). Esta entidad puede imitar una vasculitis,



**Figura 2.**

Extenso hematoma de la pared posterior de la arteria aorta que se visualiza bien en este corte sagital-oblicuo. (Fotografía con autorización para su publicación).

pero afecta eminentemente a vasos de pequeño y mediano tamaño (comúnmente arterias renales y carótidas). Es una patología por definición no inflamatoria, es decir, no hay elevación de reactantes de fase aguda.

Finalmente, la aortitis por lúes (alternativa A) se descartó de entrada con un VDRL negativo.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Dejaco C, *et al.* EULAR recommendations for the use of imaging in large vessel vasculitis in clinical practice. *Ann Rheum Dis* 2018; 77:636-43.
2. Papadony M, Case Report: Vasculitis or Fibromuscular Dysplasia? *MJA* 202(2), 2 february 2015.
3. Thais de Carvalho Pontes *et al.* Fibromuscular dysplasia: a differential diagnosis of vasculitis. *Rev Bras Reumatol* 2011;52(1):66-74.
4. Eli M. Miloslavsky *et al.* Challenging Mimickers of Primary Systemic Vasculitis. *Rheum Dis Clin N Am* 41 (2015) 141-60.
5. JiGuang Guo *et al.* A case report of Takayasu arteritis with aortic dissection as initial presentation. *Medicine (Baltimore)*. 2017 Nov;96(45):e810.

#### Autores:

LUIS RAMÍREZ\*, GERARDO RAMOS\*, DENISSE SEPÚLVEDA\*, PAULA POZO, DANIEL PACHECO.

Unidad de Reumatología. HCSBA. Universidad de Chile.

\*Becados Programa de Reumatología.

---

Correspondencia a Editores  
**Revista Chilena de Reumatología**  
actualmed@actualmed.cl  
asunto: Reumatología Básica