

Retinopatía de Takayasu: caso clínico

Takayasu retinopathy: case report

QUEZADA PERALTA G¹, DURÁN CARRASCO O¹, RODRÍGUEZ GIL R¹

RESUMEN

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 38 años con cuadro de 3 años de evolución de claudicación de extremidades superiores diagnosticada con arteritis de Takayasu, que presenta miodesopsias y visión borrosa y que a la exploración se evidencian signos de isquemia retiniana compatible con retinopatía de Takayasu.

Discusión: Las complicaciones oculares en la arteritis de Takayasu se producen tanto por hipoperfusión como por hipertensión. Son las complicaciones por hipoperfusión las conocidas como retinopatía de Takayasu. Aparte del tratamiento sistémico es importante la evaluación oftalmológica y así prevenir la progresión de la afectación con neovascularización y sus complicaciones asociadas.

Palabras clave: Arteritis de Takayasu. Retinopatía de Takayasu.

ABSTRACT

Clinical case: We present the case of a 38-year-old woman with a 3-year evolution of claudication of the upper extremities diagnosed with Takayasu's arteritis, who presented myodesopsia and blurred vision and who revealed signs of retinal ischemia compatible with Takayasu's retinopathy.

Discussion: Ocular complications in Takayasu arteritis can be caused by both hypoperfusion and hypertension. Hypoperfusion complications are what we know as Takayasu retinopathy. Apart from the systemic treatment of the disease, it is important the ophthalmic evaluation and thus prevent the progression of the disease with neovascularization and its associated complications.

Key words: Takayasu's arteritis, Takayasu's retinopathy.

INTRODUCCIÓN

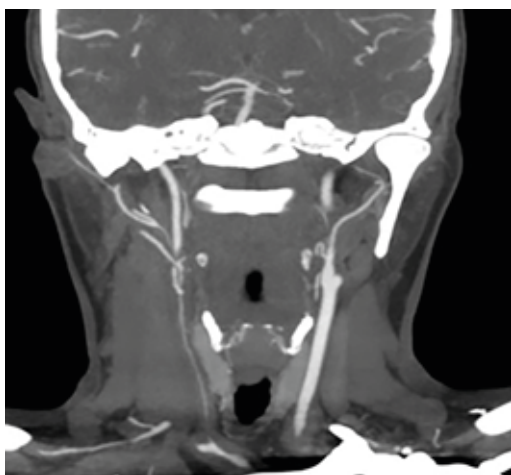
La arteritis de Takayasu es un tipo de vasculitis granulomatosa de gran vaso que cursa con fibrosis intimal y estenosis vascular, más común en asiáticos y mujeres con una

relación 9:1 (1). Afecta principalmente a la aorta y sus grandes ramas y la sintomatología depende de las ramas arteriales comprometidas; así el compromiso de las arterias carótidas puede producir hipoperfusión cerebral y compromiso ocular por bajo flujo a la arteria

¹ Graduado/Licenciado en Medicina. Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Correspondencia:
Gonzalo Quezada Peralta
Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria
Carretera del Rosario, 145. CP 38009, Santa Cruz de Tenerife, España
gonzaloquezadap@gmail.com

Fig 1: AngioTC de troncos supraaórticos. Se muestra estenosis (luz filiforme al paso del contraste) de las arterias carótida común y subclavia derechas, en el tercio proximal de la arteria carótida común izquierda y de la arteria subclavia izquierda.



oftálmica, lo que puede llevar a daño isquémico de la retina conocido como retinopatía de Takayasu (2).

REPORTE DE CASO

Presentamos el caso de una paciente femenina de 39 años con cuadro de 3 años de evolución de presencia de claudicación de extremidades superiores por dolor y debilidad en hombros y brazos al elevarlos por encima de la cabeza mientras realiza actividades cotidianas en su hogar. Los últimos 2 meses además se agregaron artralgias de ritmo mixto (inflamatorio/mecánico) en hombros, antebrazos y muñecas sin signos de artritis y varios episodios de síncope. Es evaluada por su médico de cabecera y luego derivada a especialista en reumatología quien solicita analíti-

ca destacando elevación de reactantes de fase aguda (PCR 9,2 mg/L/Ferritina 1419 ng/ml/VSG 57 mm/h) y anemia con Hb 10,7 g/dL normocítica-normocrómica (patrón de anemia de trastornos crónicos). Con sospecha de patología inflamatoria se solicita AngioTC de miembros superiores y troncos supraaórticos donde se observa un severo engrosamiento mural que condiciona una estenosis significativa (luz filiforme) de arterias carótida común y subclavia derechas, tercio proximal de carótida común izquierda y subclavia izquierda sugerentes de arteritis de Takayasu (fig. 1).

Se decide ingreso en planta de reumatología e inicio de tratamiento con metilprednisolona a dosis de 1 mg/kg/día. Durante su estancia la paciente refiere miodesopsias de varios días de evolución y visión borrosa por lo que se realiza interconsulta a nuestro servicio de oftalmología. Al examen tiene agudeza visual (AV) corregida en ojo derecho (OD) de 0,8 y ojo izquierdo (OI) 0,9 y a la exploración con lámpara de hendidura no se evidencian alteraciones ni signos inflamatorios en polo anterior. En fondo de ojo se ven varios exudados algodonosos retinianos en polo posterior mayor en OD que OI (fig. 2). A los pocos días presenta cuadro de amaurosis fugaz de 3 minutos de duración en OD coincidiendo con hipotensión arterial transitoria sin mostrar nuevas lesiones a la exploración oftalmológica. Reumatología decide iniciar Tocilizumab, comenzar bajada de dosis de corticoides paulatinamente y dar el alta con controles ambulatorios.

Durante el seguimiento en consultas externas de oftalmología se evidencia dismi-

Fig. 2: Retinografía color ambos ojos. Se aprecian manchas algodonosas en ambos ojos mayor en OD en arcada vascular temporal inferior.



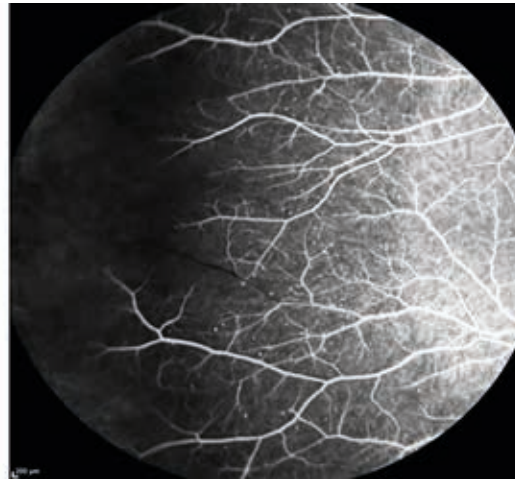


Fig. 3:
Angiografía
fluoresceínica
OD. Múltiples
microaneurismas
e isquemia en
retina periférica.

nución de las manchas algodanosas retinianas y se realiza angiografía con fluoresceína que muestra abundantes microaneurismas e isquemia casi en los 360° en la retina periférica del OD (fig. 3). Se realiza fotocoagulación con láser (1.300 impactos) de la retina isquémica periférica en OD. Durante los meses siguientes el cuadro se mantiene estable, desaparecen paulatinamente las manchas algodanosas de la retina y la paciente presenta agudeza visual de 1,0 con corrección en ambos ojos.

DISCUSIÓN

El compromiso ocular en la arteritis de Takayasu es poco frecuente variando según diferentes fuentes entre un 8,1% hasta un 68% y se produce por diferentes mecanismos fisiopatológicos siendo la retinopatía de Takayasu la más frecuente (1). En 1976 Uyama y Asayama crearon una clasificación en base a sus hallazgos en 80 pacientes diferenciando así 3 tipos diferentes (3). Si principalmente se compromete el arco aórtico y sus ramas se produce entonces bajo flujo sanguíneo al hemisferio superior lo que puede producir compromiso ocular por hipoperfusión tisular. Este es el tipo I o arteritis de Takayasu y corresponde a casi la mitad de los casos de afectación ocular. Por otro lado si se afecta principalmente la aorta torácica y abdominal, la redistribución del flujo sanguíneo al hemisferio superior producirá hipertensión arterial con el consiguiente daño a los órganos diana. El com-

promiso ocular hipertensivo que deriva de este caso corresponde al grupo III. El grupo II sería una mezcla de hallazgos del grupo I y III. Además el grupo I o retinopatía de Takayasu se divide en 4 subgrupos (tabla 1). Nuestra paciente presenta compromiso principalmente del arco aórtico y de las arterias carótidas produciendo hipoperfusión al globo ocular, siendo así una retinopatía de Takayasu (Tipo I). Al analizar la angiografía vemos la formación de microaneurismas en la retina lo que correspondería a una etapa 2.

Dentro de los síntomas oculares, el deterioro subjetivo de la AV es el síntoma más común. Le siguen la amaurosis fugaz y metamorfopsias. En la angiografía se ve un enlentecimiento en el tiempo de circulación brazo-retina del contraste, microaneurismas y la formación de anastomosis arterio-venosas (4).

Con respecto al tratamiento los agentes terapéuticos más utilizados son los corticoides e inmunosupresores como el metotrexato. En pacientes que se mantienen resistentes, los agentes biológicos como los anti TNF, rituximab y tocilizumab, parecen prometedores (5). En presencia de estenosis arterial crítica

Tabla 1. Clasificación de los hallazgos oculares en arteritis de Takayasu

Tipo I	Compromiso hipotensivo ocular (Retinopatía de Takayasu) <ul style="list-style-type: none"> • Etapa 1: Dilatación de pequeños vasos • Etapa 2: Formación de microaneurismas • Etapa 3: Anastomosis arterio-venosas • Etapa 4: Complicaciones oculares (hemorragia vítrea, retinopatía proliferativa)
Tipo II	Tipo mixto entre tipo I y III
Tipo III	Compromiso hipertensivo ocular

el tratamiento se basa en consultar con cirugía vascular sobre la necesidad de revascularización y a nivel ocular fotocoagular las áreas de retina isquémica lo cual ha demostrado prevenir y reducir la neovascularización y sus complicaciones (6). En el caso de nuestra paciente, el tratamiento mediante fotocoagulación láser fue suficiente para controlar el cuadro isquémico ocular y el tocilizumab para la inflamación sistémica de la vasculitis, logrando una buena AV final sin nuevas recaídas hasta la fecha.

CONCLUSIÓN

Es importante recalcar la importancia de la evaluación y seguimiento de estos pacientes con arteritis de Takayasu por parte del equipo de uveítis en conjunto con el equipo de reumatología para detectar precozmente el compromiso ocular de estos, tratar oportunamente con fotocoagulación láser las áreas de retina isquémicas cuando sea necesario y eventualmente tratar las complicaciones de la neovascularización en casos avanzado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sook Chun Y, Park S-J, Kipark IN, Chung H, Lee J. The clinical and ocular manifestations of Takayasu arteritis. *Retina* [Internet]. 2001; 21(2): 132-40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/00006982-200104000-00006>.
2. Peter J, David S, Joseph G, Horo S, Danda D. Hypoperfusive and hypertensive ocular manifestations in Takayasu arteritis. *Clin Ophthalmol* [Internet]. 2010; 4: 1173-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/OPHTH.S12331>.
3. Uyama M, Asayama K. Retinal vascular changes in Takayasu's disease (pulseless disease), occurrence and evolution of the lesion. En: *Documenta Ophthalmologica Proceedings Series*. Dordrecht: Springer Netherlands; 1976. p. 549-54. Series. Dordrecht: Springer Netherlands; 1976. p. 549-54.
4. Shimizu K. Takayasu disease: a fluorescein angiographic study. *Nippon Ganka Gakkai Zasshi* 1967; 11: 23-35.
5. Keser G, Direskeneli H, Aksu K. Management of Takayasu arteritis: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)* [Internet]. 2014; 53(5): 793-801. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/ket320>.
6. Elizalde J, Capella MJ. Takayasu's retinopathy. *Int Ophthalmol* [Internet]. 2011; 31(6): 533-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10792-011-9500-6>.