

Manifestações Neurológicas da Arterite de Takayasu: Relato de Caso e Revisão de Literatura

Neurological Manifestations of Takayasu Arteritis: A Case Report and Literature Review

Amanda Antunes Arantes Rolim,¹ Tainá Cândida de Almeida Gontijo Carneiro,¹ Flávia de Campos,¹ Dilson Palhares Ferreira¹

Hospital Regional de Sobradinho, Sobradinho,¹ Brasília, DF – Brasil

Resumo

A arterite de Takayasu (AT) é uma vasculite rara de grandes vasos que acomete principalmente a aorta e seus principais ramos e afeta predominantemente mulheres em idade reprodutiva. Relatamos o caso de uma mulher que apresentou um acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico aos 20 anos e um ataque isquêmico transitório aos 53 anos, com diagnóstico de AT realizado apenas após o segundo evento cerebrovascular. Embora o AVE isquêmico seja uma manifestação inicial incomum da AT, o reconhecimento precoce e o manejo oportuno são essenciais para prevenir novas complicações e melhorar os desfechos a longo prazo.

Introdução

A arterite de Takayasu (AT) é uma vasculite rara e crônica que acomete vasos de grande e médio calibre, principalmente a aorta e seus principais ramos. A AT afeta predominantemente mulheres em idade reprodutiva.¹ A doença é caracterizada por inflamação arterial progressiva, que pode levar a estenose, oclusão e formação de aneurismas. Embora sua etiologia exata permaneça incerta, têm sido implicadas suscetibilidade genética e mecanismos autoimunes, particularmente envolvendo as vias de linfócitos Th1 e Th17.²

As manifestações iniciais são frequentemente inespecíficas e podem incluir febre, perda de peso, fadiga e artralgia.¹ À medida que a doença progride, os achados vasculares tornam-se mais proeminentes, incluindo diminuição ou ausência de pulsos em membros superiores (84%-96%), claudicação de membros, discrepâncias de pressão arterial entre os braços, hipertensão arterial sistêmica (33%-83%) e sopros arteriais (80%-94%).¹ Aproximadamente 10% dos pacientes permanecem assintomáticos.³

Eventos cerebrovasculares, incluindo acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico e ataque isquêmico transitório

(AIT), ocorrem em 10%-20% dos pacientes com AT^{1,4,5} e raramente representam a manifestação inicial da doença.⁵ Em uma coorte de 320 pacientes, 20% apresentaram eventos cerebrovasculares, dos quais 65% tiveram AVE isquêmico e 35% tiveram AIT.⁴ Fatores de risco identificados incluíram histórico prévio de AVE isquêmico ou AIT e diagnóstico tardio.

A AT deve ser suspeitada em mulheres jovens que apresentem sintomas cardiovasculares e manifestações cerebrovasculares. O diagnóstico precoce e o início imediato de terapia imunossupressora são essenciais para prevenir a progressão da doença, reduzir complicações e melhorar o prognóstico.¹ Este estudo relata um caso de AT que se apresentou inicialmente com AVE isquêmico.

Relato de caso

Uma mulher de 53 anos deu entrada no serviço de emergência após queda da própria altura causada por fraqueza súbita do membro inferior direito. O episódio foi acompanhado por desvio da comissura labial para a esquerda e disartria. Seu histórico médico era notável por um AVE isquêmico aos 20 anos, resultando em hemiparesia espástica persistente à direita. Ela não havia realizado acompanhamento médico desde esse evento. A paciente era sedentária e negava tabagismo, consumo de álcool ou uso regular de medicamentos.

Ao exame físico, os sinais vitais estavam estáveis e não foram observadas outras alterações. Os exames laboratoriais não apresentaram alterações relevantes, incluindo proteína C reativa de 3,18 mg/l. A tomografia computadorizada de crânio inicial demonstrou sequela de infarto lacunar nos núcleos da base à esquerda, sem evidência de lesões isquêmicas agudas. O ecocardiograma transtorácico foi normal. A ultrassonografia Doppler de carótidas revelou estenose de aproximadamente 31% nos segmentos proximal e médio da artéria carótida comum esquerda, com espessura de parede variando de 1,2 a 1,4 mm. A artéria carótida comum direita apresentava 20% de estenose e espessura de parede de 1,4 mm. A artéria vertebral esquerda foi descrita como hipoplásica.

Uma tomografia computadorizada de crânio repetida após 48 horas não mostrou alterações em relação ao exame anterior. Como os déficits neurológicos regrediram em até 3 horas, foi estabelecido o diagnóstico clínico de AIT.

Diante da suspeita de AT, a pressão arterial foi aferida nos quatro membros, sem discrepâncias significativas. No entanto, foi auscultado sopro sobre a artéria carótida esquerda. A paciente negava sintomas constitucionais ou isquêmicos prévios.

Palavras-chave

Arterite de Takayasu; Acidente Vascular Cerebral; Manifestações Neurológicas.

Correspondência: Amanda Antunes Arantes Rolim •

Hospital Regional de Sobradinho (HRS). Quadra 12, Conjunto B, lote 38.

CEP: 73010-120. Sobradinho, DF - Brasil

E-mail: amanda.arantes1412@gmail.com

Artigo recebido em 15/12/2025; revisado em 31/01/2026; aceito em 20/02/2026

Editor responsável pela revisão: Simone Nascimento dos Santos

DOI: <https://doi.org/10.36660/abcimg.20250110>

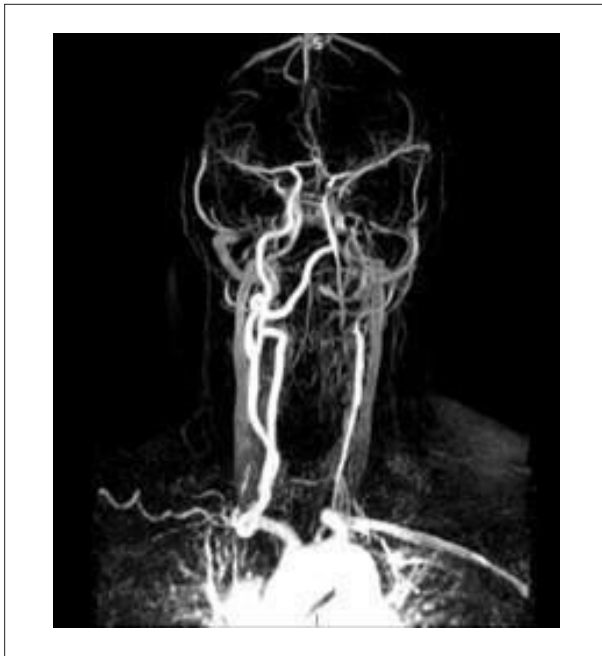


Figura 1 – Angiorressonância magnética cervical. Fonte: Arquivo pessoal do autor (2025).

A angiorressonância magnética (angio-RM) cerebral confirmou a seqüela do AVE isquêmico prévio no hemisfério cerebral esquerdo. A angio-RM cervical (Figura 1) demonstrou estenose de aproximadamente 60% da porção proximal da artéria carótida comum esquerda, acentuado estreitamento das artérias carótida interna e externa esquerdas com fluxo filiforme, e hipoplasia difusa da artéria vertebral esquerda.

A angio-RM torácica (Figura 2) evidenciou dilatação fusiforme focal da aorta torácica descendente.

A ARM abdominal (Figura 3) revelou estenose segmentar da aorta abdominal infrarrenal, iniciando ao nível das origens das artérias renais.

A paciente recebeu alta com encaminhamentos para ambulatorios de reumatologia, neurologia e cardiologia. No entanto, não compareceu às consultas agendadas e permaneceu sem tratamento específico para a doença, apesar das tentativas repetidas de seguimento.

Discussão

As artérias mais comumente acometidas na AT são os vasos supra-aórticos de grande e médio calibre, envolvidos em aproximadamente 85% dos casos.^{6,7} As artérias subclávia (83,73%) e carótida comum (73,22%) são os vasos mais frequentemente afetados.⁷ O acometimento das artérias renais ocorre em 24%-68% dos casos,⁸ e o envolvimento de vasos intracranianos foi relatado em 23,7%, particularmente afetando a artéria carótida interna.⁹ A oclusão das artérias vertebrais e carótidas está fortemente associada a eventos isquêmicos cerebrovasculares.

No presente caso, o primeiro evento isquêmico aos 20 anos provavelmente refletiu lesão vascular pré-existente. Aos 53 anos,

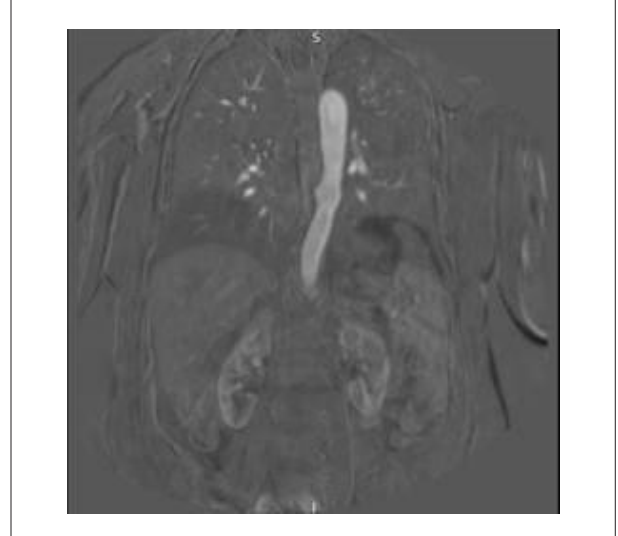


Figura 2 – Angiorressonância magnética torácica. Fonte: Arquivo pessoal do autor (2025).

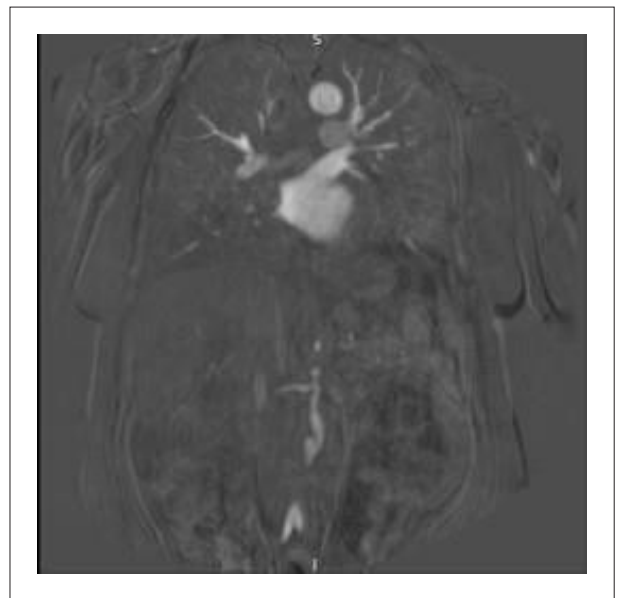


Figura 3 – Angiorressonância magnética abdominal. Fonte: Arquivo pessoal do autor (2025).

a paciente apresentou AIT e sopro carotídeo à esquerda. De acordo com os critérios de classificação de 2022 do *American College of Rheumatology/European Alliance of Associations for Rheumatology*,¹⁰ seus achados clínicos e de imagem foram compatíveis com AT.

Os achados angiográficos na angio-RM classificaram a doença como Tipo V segundo a classificação angiográfica de Hata¹¹ (Figura 4), que é o subtipo mais frequente, seguido pelo Tipo I.^{7,11} Essa classificação auxilia principalmente no planejamento cirúrgico e não possui valor prognóstico consolidado.¹

Fatores de risco para complicações vasculares na AT incluem doença progressiva, acometimento da aorta torácica

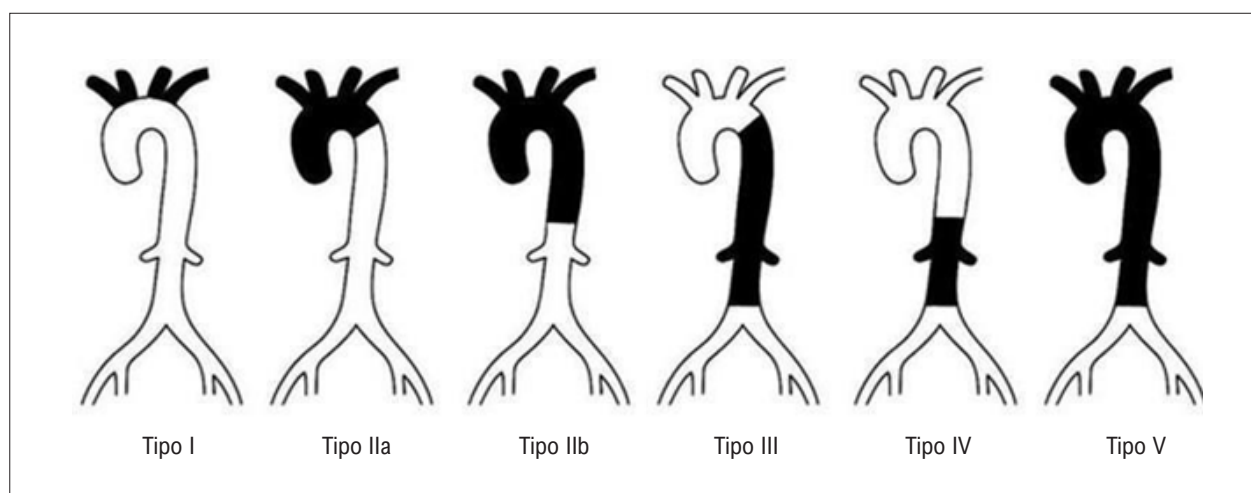


Figura 4 – Classificação angiográfica da arterite de Takayasu. As áreas em preto indicam as artérias envolvidas em cada tipo. Fonte: Adaptado de Hata et al.¹¹

e retinopatia.¹² No entanto, os desfechos são influenciados por múltiplas variáveis, e o manejo deve ser individualizado.

Marcadores inflamatórios tradicionais, como proteína C reativa e velocidade de hemossedimentação, são insuficientes para avaliar com precisão a atividade da doença.¹³ Biomarcadores adicionais, incluindo metaloproteínas da matriz, citocinas e pentraxinas, têm sido investigados,¹³ mas não estão rotineiramente disponíveis na prática clínica.

A avaliação da atividade da doença permanece desafiadora. Instrumentos como os critérios do *National Institutes of Health*, o *Disease Extent Index for Takayasu Arteritis* e o *Indian Takayasu Clinical Activity Score* incorporam parâmetros clínicos, laboratoriais e de imagem, embora sua acurácia varie.¹³ O *Takayasu Arteritis Integrated Disease Activity Index* demonstrou alta sensibilidade e especificidade, mas ainda requer validação externa adicional.¹⁴ A combinação de biomarcadores com modalidades avançadas de imagem pode aprimorar o monitoramento da doença e a tomada de decisão terapêutica.

As estratégias de tratamento dependem da atividade e da gravidade da doença. Doença ativa ou grave requer glicocorticoides em altas doses, com administração intravenosa reservada para manifestações com risco de órgão. Em casos não graves, a terapia combinada com glicocorticoides e agentes imunossupressores, como metotrexato, inibidores do fator de necrose tumoral ou azatioprina, tem demonstrado maior eficácia. Após 6-12 meses de remissão contínua, recomenda-se a redução gradual dos glicocorticoides. Em pacientes com acometimento craniano crítico ou vertebrobasilar, a terapia antiplaquetária reduz o risco de eventos isquêmicos.¹⁵

Pacientes sem complicações maiores geralmente apresentam prognóstico favorável.¹⁶ O início precoce do tratamento melhora os desfechos a longo prazo e reduz o risco de aterosclerose acelerada.¹⁷ Pacientes mais jovens tendem a apresentar menores taxas de remissão, enquanto pacientes mais idosos podem necessitar de terapia farmacológica menos intensiva, mas frequentemente exibem maior comprometimento funcional devido a comorbidades.¹⁸

Conclusões

Embora seja rara, a AT pode levar a eventos neurológicos graves, incluindo AVE. O reconhecimento precoce, especialmente em mulheres jovens com déficit de pulso, discrepâncias de pressão arterial ou claudicação de membros, é essencial. O diagnóstico oportuno e o tratamento adequado melhoram os desfechos clínicos e reduzem o risco de complicações a longo prazo.

Contribuição dos Autores

Concepção e desenho da pesquisa e análise e interpretação dos dados: Rolim AAA, Campos F, Carneiro TCAG; obtenção de dados e redação do manuscrito: Rolim AAA; revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Campos F, Ferreira DP, Carneiro TCAG.

Potencial Conflito de Interesse

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica

Este artigo é parte do Trabalho de Conclusão de Curso de Amanda Antunes Arantes Rolim pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), no Hospital Regional de Sobradinho.

Aprovação Ética e Consentimento Informado

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde sob o número de protocolo 7.812.420. Todos os

procedimentos envolvidos nesse estudo estão de acordo com a Declaração de Helsinki de 1975, atualizada em 2013. O consentimento informado foi obtido de todos os participantes incluídos no estudo.

Uso de Inteligência Artificial

Durante a preparação deste trabalho, o(s) autor(es) usaram ChatGPT para gerar a Figura 4. Após o uso desta ferramenta/serviço, o(s) autor(es) revisaram e editaram o conteúdo

conforme necessário e assumem total responsabilidade pelo conteúdo do artigo publicado.

Disponibilidade de Dados

Os dados não podem ser disponibilizados publicamente pois trata-se de relato de caso único. Os dados do estudo correspondem a informações contidas no prontuário da paciente e, portanto, requerem sigilo, conforme estabelecido pelo Comitê de Ética em Pesquisa deste trabalho.

Referências

- Johnston SL, Lock RJ, Gompels MM. Takayasu Arteritis: A Review. *J Clin Pathol.* 2002;55(7):481-6. doi: 10.1136/jcp.55.7.481.
- Kermani TA, Warrington KJ. Classification Criteria, Epidemiology and Genetics; and Pathogenesis. In: Salvarani C, Boiardi L, Muratore F, editors. *Large and Medium Size Vessel and Single Organ Vasculitis.* Cham: Springer; 2021. p. 83-92.
- Kerr GS, Hallahan CW, Giordano J, Leavitt RY, Fauci AS, Rottem M, et al. Takayasu Arteritis. *Ann Intern Med.* 1994;120(11):919-29. doi: 10.7326/0003-4819-120-11-199406010-00004.
- Mirouse A, Deltour S, Leclercq D, Squara PA, Pouchelon C, Comarmond C, et al. Cerebrovascular Ischemic Events in Patients with Takayasu Arteritis. *Stroke.* 2022;53(5):1550-7. doi: 10.1161/STROKEAHA.121.034445.
- Duarte MM, Gerales R, Sousa R, Alarcão J, Costa J. Stroke and Transient Ischemic Attack in Takayasu's Arteritis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2016;25(4):781-91. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.12.005.
- Mirouse A, Biard L, Comarmond C, Lambert M, Mekinian A, Ferfar Y, et al. Overall Survival and Mortality Risk Factors in Takayasu's Arteritis: A Multicenter Study of 318 Patients. *J Autoimmun.* 2019;96:35-9. doi: 10.1016/j.jaut.2018.08.001.
- Wang L, Sun Y, Dai X, Kong X, Ma L, Dai X, et al. Carotid Intima-Media Thickness/Diameter Ratio and Peak Systolic Velocity as Risk Factors for Neurological Severe Ischemic Events in Takayasu Arteritis. *J Rheumatol.* 2022;49(5):482-8. doi: 10.3899/jrheum.211081.
- Sharma S, Gupta A. Visceral Artery Interventions in Takayasu's Arteritis. *Semin Intervent Radiol.* 2009;26(3):233-44. doi: 10.1055/s-0029-1225668.
- Guo YQ, Du J, Pan LL, Guo X. Clinical Features of Intracranial Vessel Involvement in Takayasu's Arteritis. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi.* 2020;100(23):1789-94. doi: 10.3760/cma.j.cn112137-20200304-00586.
- Grayson PC, Ponte C, Suppiah R, Robson JC, Gribbons KB, Judge A, et al. 2022 American College of Rheumatology/EULAR Classification Criteria for Takayasu Arteritis. *Ann Rheum Dis.* 2022;81(12):1654-60. doi: 10.1136/ard-2022-223482.
- Hata A, Noda M, Moriwaki R, Numano F. Angiographic Findings of Takayasu Arteritis: New Classification. *Int J Cardiol.* 1996;54(Suppl):S155-63. doi: 10.1016/s0167-5273(96)02813-6.
- Comarmond C, Biard L, Lambert M, Mekinian A, Ferfar Y, Kahn JE, et al. Long-Term Outcomes and Prognostic Factors of Complications in Takayasu Arteritis: A Multicenter Study of 318 Patients. *Circulation.* 2017;136(12):1114-22. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.116.027094.
- Misra DP, Jain N, Ora M, Singh K, Agarwal V, Sharma A. Outcome Measures and Biomarkers for Disease Assessment in Takayasu Arteritis. *Diagnostics.* 2022;12(10):2565. doi: 10.3390/diagnostics12102565.
- Marvisi C, Bolek EC, Ahlman MA, Alessi H, Redmond C, Muratore F, et al. Development of the Takayasu Arteritis Integrated Disease Activity Index. *Arthritis Care Res.* 2024;76(4):531-40. doi:10.1002/acr.25275.
- Maz M, Chung SA, Abril A, Langford CA, Gorelik M, Guyatt G, et al. 2021 American College of Rheumatology/Vasculitis Foundation Guideline for the Management of Giant Cell Arteritis and Takayasu Arteritis. *Arthritis Care Res.* 2021;73(8):1071-87. doi: 10.1002/acr.24632.
- Ishikawa K, Maetani S. Long-Term Outcome for 120 Japanese Patients with Takayasu's Disease. Clinical and Statistical Analyses of Related Prognostic Factors. *Circulation.* 1994;90(4):1855-60. doi: 10.1161/01.cir.90.4.1855.
- Ohigashi H, Haraguchi G, Konishi M, Tezuka D, Kamiishi T, Ishihara T, et al. Improved Prognosis of Takayasu Arteritis Over the Past Decade--Comprehensive Analysis of 106 Patients. *Circ J.* 2012;76(4):1004-11. doi: 10.1253/circj.cj-11-1108.
- Oliveira JCS, Santos AMD, Aguiar MF, Gonçalves J Jr, Souza AWS, Pereira RMR, et al. Characteristics of Older Patients with Takayasu's Arteritis: A Two-Center, Cross-Sectional, Retrospective Cohort Study. *Arq Bras Cardiol.* 2023;120(1):e20220463. doi: 10.36660/abc.20220463.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença de atribuição pelo Creative Commons