

Aortitis no infecciosa, un cuadro clínico a tener presente

MARTÍN GUILLÉN S¹, ÁLVAREZ DE CIENFUEGOS RODRÍGUEZ A², HURTADO GARCÍA R³

¹Residente MFyC. Hospital Vega Baja. Orihuela (Alicante)

²Servicio de Reumatología. Hospital Vega Baja. Orihuela (Alicante)

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Vega Baja. Orihuela (Alicante)

Correspondencia: Dr. Antonio Álvarez de Cienfuegos Rodríguez - Servicio de Reumatología - Hospital Vega Baja - Almoradí, s/n - 03314 San Bartolomé. Orihuela (Alicante)

✉ antonioalvarezdecienfuegos@gmail.com

INTRODUCCIÓN

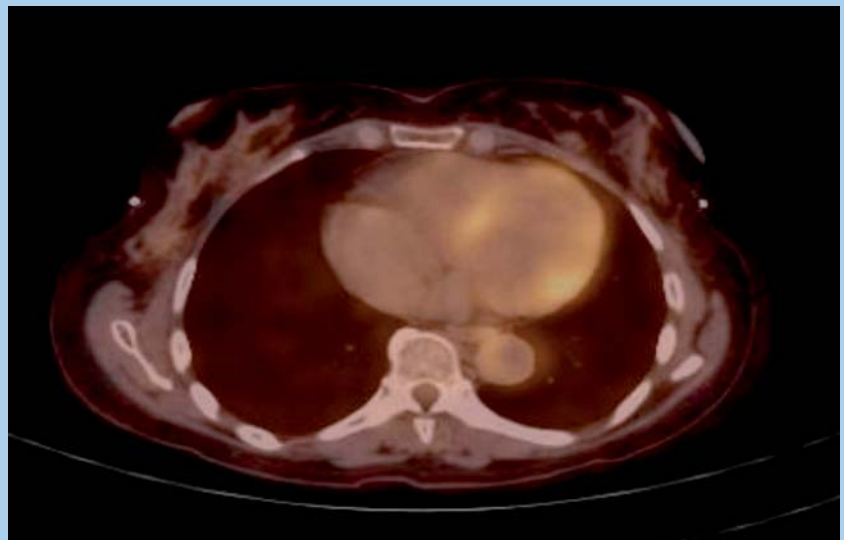
Cuando se habla de aortitis no infecciosa, su presentación clínica es inespecífica¹, puesto que puede presentarse como dolor abdominal, de espalda, fiebre, insuficiencia vascular, insuficiencia valvular aórtica o un síndrome aórtico agudo². Retrasándose, de este modo, su diagnóstico, ya que requiere un alto índice de sospecha clínica³, sin embargo, no quiere decir que sea infrecuente³.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente mujer de 63 años de edad, sin más antecedentes personales que dislipemia mixta, que sufrió un cuadro de 3 meses de duración, de dolor continuo en raquis lumbar, cintura pelviana y cintura escapular, así como, rigidez matutina de más de una hora de duración y febrícula. Fue ingresada para estudio, siendo diagnosticada de probable polimialgia reumática, en base a la sintomatología y a los resultados del laboratorio: PCR: 11,5 mg/dl, FR: 10 U/ml, VSG: 65 mm, ANA negativo, Ac anti ag muscular indetectable, VHB y VHC negativos, c-ANCA <1/40 U/ml, p-ANCA <1/40 U/ml, anti CCP negativo, HLA B 27 negativo. La prueba de Mantoux y la serología de lúes, fueron negativos. Se trató inicialmente con 15 mg de metilprednisolona cada 12 horas, hasta alcanzar estabilidad y ausencia de clínica, indicándose al alta 30 mg de prednisona cada 24 horas. Paralelamente, la paciente presentaba un cuadro de gastritis, que fue estudiado por parte del ser-

FIGURA 1

CORTE PET-TAC: INCREMENTO DE CAPTACIÓN DEL RADIOTRAZADOR FDG A NIVEL DE LA AORTA



vicio de digestivo y diagnosticado como dispepsia.

Pasados 1 año y 4 meses del ingreso y tras disminuir la dosis de prednisona a 10 mg diarios, la paciente comenzó con aumento de la rigidez y del dolor a nivel de cintura escapular y pelviana y persistencia de elevación de la VSG, por lo que se solicitó PET-TAC (Figura 1), que indicaba captación en aorta con extensión a subclavias y territorio femoral bilateral, compatible con vasculitis. La paciente conservaba los pulsos de las arterias temporales presentes y simétricos. Se completó el estudio con angio-resonancia magnética de troncos supra-aórticos,

aorta torácica y aorta abdominal, que no mostraron hallazgos significativos. La biopsia de arteria temporal mostró la pared de arteria muscular sin cambios inflamatorios. Por lo tanto, el diagnóstico fue de aortitis no infecciosa. Actualmente se encuentra asintomática y estable con 10 mg de prednisona diarias.

DISCUSIÓN

El término aortitis se define como la inflamación de las paredes de la aorta, abarcando, desde el punto de vista etiológico, numerosas enfermedades infecciosas y no infecciosas³. No obstante, las causas infecciosas son raras. Por otro

lado, también puede estar asociada a procesos paraneoplásicos o idiopáticos³. Se trata de un término histopatológico, pero en la práctica clínica se establece mediante pruebas de imagen¹ (angio-TAC, angio-RM, PET)², mientras que la biopsia no es concluyente para establecer la etiología³.

La aortitis no infecciosa presentan un amplio abanico de signos y síntomas: fiebre, dolor de cabeza, dolor de espalda, y clínica de polimialgia reumática, insuficiencia aórtica severa, aneurisma de aorta, disección de aorta¹, muchos de los cuales son inespecíficos. En la mayoría de los casos, se presentará con la clínica inespecífica anteriormente citada, por tanto, para

su diagnóstico se precisa de alta sospecha clínica. En lo referente al tratamiento, se suele administrar glucocorticoides, con o sin otro inmunosupresor, en función de la etiopatogenia de base³.

En conclusión, nos encontramos ante una patología que, a pesar de presentar una sintomatología muy inespecífica, es más frecuente de lo apreciable. Sin embargo, tendremos que sospecharla con mucha agudeza para poder llegar hasta su diagnóstico, el cual estará facilitado con los métodos radiodiagnósticos actuales. Por lo tanto, ante un paciente con sintomatología inespecífica, en numerosas ocasiones asociada a polimialgia reumática, no debemos olvidarnos de las aorti-

tis no infecciosas, cuya evolución además, presentará una buena respuesta a la corticoterapia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Loricera J, Blanco R, Hernández JL, Carril JM, Martínez-Rodríguez I, Canga A, et al. Non-infectious aortitis: a report of 32 cases from a single tertiary centre in a 4-year period and literature review. *Clin Exp Rheumatol* 2015;33(2 Suppl 89):19-31.
- 2.- J Cabero Moyano, M Andreu Magarolas, E Castañer González, X Gallardo Cistaré, E Belmonte Castan. Patología aórtica no urgente: diagnóstico clínico-radiológico de la aortitis. *Radiología* 2013;55:469-82.
- 3.- P Wurmman, F Sabugo, J Cruz, G Díaz, F Sánchez, S Pino, et al. Aortitis: causas infrecuentes en Reumatología: presentación de casos. *Rev Med Chile* 2014;142:924-29.