

Poliarterite nodosa: o lugar da angiografia

Pires J¹, Gonçalves MJ², Costa A³, Pereira A⁴, Gonçalves A³, Romeu JC²

ACTA REUMATOL PORT. 2015;40:193-194

Uma mulher caucasiana de 64 anos, com febre e mialgias, é internada para investigação etiológica. Num primeiro internamento noutra hospital é assumido o diagnóstico de endocardite infecciosa por se terem identificados vegetações milimétricas na válvula aórtica no ecocardiograma transesofágico, tendo a doente efetuado antibioterapia sem melhoria. A doente é transferida para o nosso hospital para continuação de investigação. Mantem-se febril, com mialgias intensas a nível das pernas, observando-se *livedo reticularis* no dorso e membros inferiores, e hipertensão arterial de difícil controlo. Na avaliação laboratorial: anemia normocítica e normocrômica, leucocitose, velocidade de sedimentação (VS) superior a 100mm na 1ª hora, e proteína C reactiva (PCR) de 5 mg/dL. Repetido o ecocardiograma transesofágico, não se observam vegetações. Os exames microbiológicos e serológicos são negativos. Da investigação de causas inflamatórias e neoplásicas destaca-se: auto-anticorpos, incluindo anticorpos anti-citoplasma dos neutrófilos (ANCA) e crioglobulinas negativas, eletromiograma normal, biópsias cutânea e muscular sem evidência de vasculite, e angio-TC normal; a tomografia computadorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica, a endoscopia digestiva alta, a colonoscopia e a mamografia não tinham alterações significativas. Por se manter a suspeita clínica de vasculite, nomeadamente de poliarterite nodosa (PAN), realiza-se arteriografia que mostra na vascularização distal de todos os ramos viscerais abdominais focos punctiformes de maior opacificação compatíveis com microaneurismas (Figuras 1, 2 e 3). Admite-se o diagnóstico de poliarterite nodosa e inicia-se corticoterapia (prednisolona 1 mg/kg/dia), com rápida melhoria clínica e laboratorial.

mas (Figuras 1, 2 e 3). Admite-se o diagnóstico de poliarterite nodosa e inicia-se corticoterapia (prednisolona 1 mg/kg/dia), com rápida melhoria clínica e laboratorial.

A PAN é uma arterite necrotizante de médias e pequenas artérias, sem envolvimento de arteríolas, capilares ou vénulas e em que habitualmente os ANCA não estão presentes¹. É uma entidade rara, tendo incidên-



FIGURA 1. No arteriograma selectivo da artéria renal direita identificam-se múltiplos microaneurismas na vascularização distal do rim (setas), bem como uma lesão oclusiva condicionando irregularidade do contorno luminal arterial (ponta de seta).

1 Serviço de Medicina II, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa

2 Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa

3 Serviço de Imagiologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa

4 Serviço de Doenças Infecciosas, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa

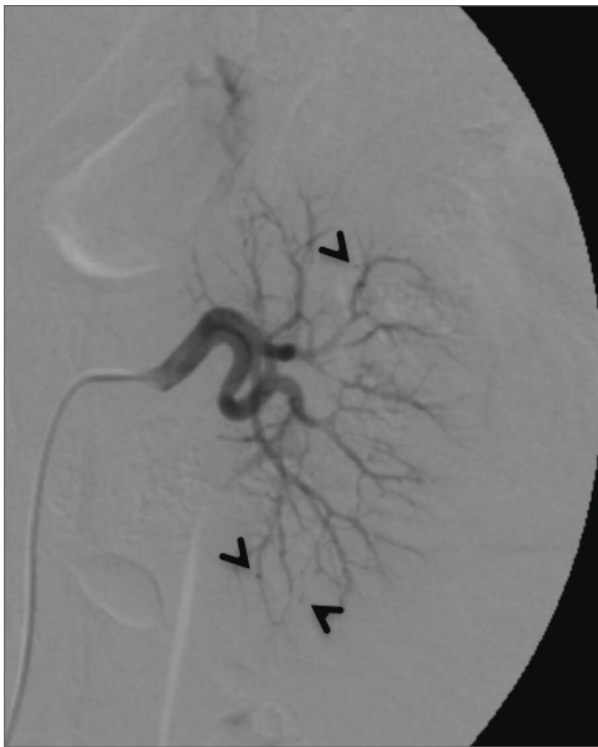


FIGURA 2. No arteriograma selectivo da artéria renal esquerda identificam-se múltiplos microaneurismas na vascularização distal do rim (setas)

cia anual inferior a 1 caso por 1.000.000 habitantes².

O diagnóstico de poliarterite nodosa é por vezes difícil dado ser uma doença rara que pode apresentar-se com manifestações clínicas inespecíficas e comuns a outras vasculites ou patologias. Neste caso a dificuldade diagnóstica prendeu-se com a ausência de confirmação histológica de vasculite nos órgãos envolvidos. Quando se mantém elevada suspeita clínica do diagnóstico, não havendo documentação histológica deve-se realizar arteriografia que mostrando os aspetos típicos permite estabelecer o diagnóstico. Os achados angiográficos mais frequentes são doença oclusiva, lesões com ectasia ou aneurismas caracteristicamente nos territórios viscerais abdominais^{4,5}.



FIGURA 3. No arteriograma selectivo do tronco celiaco identificam-se múltiplos microaneurismas na vascularização hepática e esplênica distais

Destaca-se assim a importância da realização da arteriografia nos casos suspeitos de PAN em que este diagnóstico não é possível comprovar através da histologia ou angio TC.

CORRESPONDÊNCIA PARA

Serviço de Medicina II, Hospital de Santa Maria,
Avenida Professor Egas Moniz, Lisboa
E-mail: jfanpires@gmail.com

REFERÊNCIAS

1. Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, et al. 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Arthritis Rheum* 2013; 65:1-11.
2. Watts RA, Lane, SE, Scott DG, et al. Epidemiology of Vasculitis in Europe. *Ann Rheum Dis* 2001; 12:1156-1157.
3. Richard W, Suzanne L, Thomas H, et al. Development and validation of a consensus methodology for the classification of the ANCA-associated vasculitides and polyarteritis nodosa for epidemiological studies. *Ann Rheum Dis* 2007; 66:222-227.
4. Stanson AW, Friese JL, Johnson CM, et al. Polyarteritis nodosa: spectrum of angiographic findings. *Radiographics* 2001; 21:151-159.
5. Ribi C, Cohen P, Pagnoux C, et al. Treatment of Polyarteritis Nodosa and Microscopic Polyangiitis Without Poor-Prognosis Factors: a Prospective Randomized Study of One Hundred Twenty-Four Patients. *Arthritis Rheum* 2010; 62:1186-1197.