

## Trabalhos Científicos

**Título:** Emergência Hipertensiva Por Arterite De Takayasu Em Paciente Pediátrico: Relato De Caso

**Autores:** TÂMARA CAMILLE OLIVEIRA VITORIANO (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), KÁTHIA LILIANE DA CUNHA RIBEIRO ZUNTINI (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), VALESCA LUNA SILVA (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), RAFHAELA MONTEIRO DE LIMA (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), ANDRESSA MARIA DE SOUSA CHAVES (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN)

**Resumo:** A arterite de Takayasu (AT) é uma vasculite sistêmica, rara, mais comum em mulheres jovens, que costuma acometer grandes vasos, com estenose, trombose, dilatação e aneurismas, com hipertensão, sintomas isquêmicos e neurológicos. Paciente, masculino, 11 anos, internado por quadro de cefaleia, sonolência, vômitos, dor abdominal e turvação visual, evoluindo com 3 crises convulsivas, além de diferença de pressões arteriais (PA) entre membros de 30 mmHg. Exibiu provas inflamatórias e renina elevadas, piora da função renal e proteinúria, ademais, teve rastreio para Mycobacterium tuberculosis (MT) evidenciando tuberculose latente, sendo iniciado tratamento. A tomografia de crânio revelou hipodensidade subcortical na alta convexidade parietal bilateral, pior à esquerda. Foram evidenciados sinais de estenose de artéria renal (AR) esquerda em ultrassom doppler de AR e em angiotomografia, neste foi visualizado ainda falha de enchimento parcial no terço médio da AR esquerda, sinais de dilatação fusiforme na aorta abdominal, com extensão para o segmento proximal da AR esquerda e sinais de nefropatia crônica à esquerda. A cintilografia com DMSA revelou ausência funcional do rim esquerdo. No internamento necessitou de até 5 anti-hipertensivos para controle da PA. Foi submetido à anticoagulação com enoxaparina, pulsoterapia com metilprednisolona, correção de aneurisma de aorta e nefrectomia. Após medidas, evoluiu com controle da PA com 3 anti-hipertensivos. Este relato é sobre um paciente atendido em hospital pediátrico em Fortaleza, no período de maio a julho de 2024, diagnosticado segundo critérios da European League Against Rheumatism para AT. A AT geralmente tem início insidioso. O quadro decorre do estreitamento dos grandes vasos e depende da localização e extensão das lesões, sendo mais comuns o aumento de PA e divergência dela entre os membros, pulsos periféricos ausentes ou assimétricos, sopros cardíacos ou vasculares, claudicação em membros ou abdome, além de sintomas neurológicos e renais, entre outros. A associação entre o MT e a AT não está bem esclarecida, mas uma hipótese é de que a proteína do choque térmico 65-Kd da micobactéria faça reação cruzada com a homóloga da parede vascular do hospedeiro, o que pode desencadear uma resposta imune inflamatória. Quanto às alterações angiográficas, a estenose é o achado mais prevalente, seguido da oclusão. O tratamento objetiva minimizar a progressão da inflamação vascular e evitar lesões irreversíveis nos vasos, com uso de corticosteróides, em associação a imunossupressores. Para doença refratária, pode-se usar os imunobiológicos. Apesar de rara, é importante estar atento à suspeita de AT em crianças e adolescentes com sintomas inespecíficos, persistentes e sem causa definida, a fim de prevenir eventos graves e deletérios como o ocorrido neste caso. Ressalta-se a importância do exame físico completo com ênfase na verificação da PA e pulsos.