

Reporte de caso

Manifestaciones clínicas, diagnóstico y evolución en una paciente joven con arteritis de Takayasu: Reporte de caso.

Clinical manifestations, diagnosis, and evolution in a young patient with Takayasu arteritis: Case report.

Sofia Amaris-Olave^{1,a}, Gabriela Muñoz-Caicedo^{1,a}, José David Estrella-Insuasty^{1,a},
Ricardo Murgas-Escandon^{2,a}, Sandra Moreno-Correa^{3,a}

1. Estudiante de Medicina.
 2. Médico, Especialista en Pediatría, Profesor Departamento de Maternoinfantil.
 3. Odontóloga, Magíster en Ciencias Biomédicas, Doctora (c) en Educación, Profesora del Departamento de Ciencias Básicas de la Salud.
- a. Facultad de Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia).

CORRESPONDENCIA

José David Estrella Insuasty
ORCID ID <https://orcid.org/0009-0002-3605-4433>
Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia).
E-mail: jose1509@javerianacali.edu.co

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores del artículo hacen constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 20 de noviembre de 2025.

ACEPTADO: 30 de enero de 2026.

RESUMEN

La arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis granulomatosa crónica que afecta la aorta y sus principales ramas, siendo rara en la población pediátrica, donde se asocia con un diagnóstico tardío y alta morbilidad. Se presenta el caso de una paciente adolescente de 16 años con un índice de masa corporal de 25,7 kg/m² (sobrepeso), quien debutó con una emergencia hipertensiva secundaria a estenosis de la arteria renal derecha. El diagnóstico se confirmó mediante angiografía compatible con vasculitis aórtica, sumado a hipertensión persistente, cumpliendo los criterios EULAR/PRINTO/PRES (2018) para AT pediátrica. Además, se documentó daño de órgano blanco (retinopatía hipertensiva e hipertrofia ventricular izquierda), lo cual indica una fase avanzada de la enfermedad. El manejo inicial incluyó control tensional con labetalol, administración temprana de albendazol como profilaxis antiparasitaria antes del inicio de la inmunosupresión y, posteriormente, pulsos intravenosos de metilprednisolona (1 g/día durante tres días). La evolución fue favorable, con control tensional sostenido. Se planeó la transición a esteroides orales e inmunosupresión ambulatoria con metotrexato, en concordancia con las guías internacionales para el tratamiento de mantenimiento. Este caso subraya la necesidad de un diagnóstico temprano y de un enfoque multidisciplinario para optimizar el pronóstico en adolescentes con AT.

Palabras clave: Arteritis de Takayasu, vasculitis, enfermedades autoinmunes, diagnóstico, resultado del tratamiento, calidad de vida, imagen diagnóstica, citocinas.

ABSTRACT

Takayasu arteritis (TA) is a chronic granulomatous vasculitis that affects the aorta and its main branches. It is rare in the pediatric population, where it is associated with delayed diagnosis and high morbidity. We present the case of a 16-year-old adolescent patient with a body mass index of 25.7 kg/m² (overweight), who presented with a hypertensive emergency secondary to stenosis of the right renal artery. The diagnosis was confirmed by angiography consistent with aortic vasculitis, along with persistent hypertension, fulfilling the EULAR/PRINTO/PRES (2018) criteria for pediatric TA. Additionally, target organ damage (hypertensive retinopathy and left ventricular hypertrophy) was documented, indicating an advanced stage of the disease. Initial management included blood pressure control with labetalol, early administration of albendazole as antiparasitic prophylaxis prior to the initiation of immunosuppression, and subsequently intravenous pulses of methylprednisolone (1 g/day for three days). The clinical course was favorable, with sustained blood pressure control. Transition to oral steroids and outpatient immunosuppression with methotrexate was planned, in accordance with international guidelines for maintenance therapy. This case underscores the need for early diagnosis and a multidisciplinary approach to optimize prognosis in adolescents with TA.

Key words: Takayasu arteritis, vasculitis, autoimmune diseases, diagnosis, treatment outcomes, quality of life, diagnostic imaging, cytokines.

Amaris-Olave S, Muñoz-Caicedo G, Estrella-Insuasty JD, Murgas-Escandon R, Moreno-Correa S. Manifestaciones clínicas, diagnóstico y evolución en una paciente joven con arteritis de Takayasu: Reporte de caso. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(1):134-137.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución - No comercial - Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

INTRODUCCIÓN

La arteritis de Takayasu es una vasculitis granulomatosa crónica y rara que afecta a la aorta y sus principales ramas.¹ Se caracteriza por una inflamación transmural de origen autoinmune, asociada con factores genéticos (como HLA-B52 y polimorfismos en IL12B) y un marcado perfil proinflamatorio mediado por citocinas como TNF- α e IL-6. La enfermedad presenta un curso bifásico: una fase inicial con síntomas inespecíficos (fiebre, malestar, artralgias, pérdida de peso) y una fase tardía marcada por signos de isquemia y complicaciones cardiovasculares graves, como hipertensión renovascular, accidentes cerebrovasculares o aneurismas.²

Su diagnóstico constituye un reto clínico, especialmente en contextos con recursos limitados, debido a que las manifestaciones iniciales pueden confundirse con otras patologías. La confirmación requiere una combinación de criterios clínicos, hallazgos de imagen (angio-TC, angio-RM, PET-TC) y estudios de laboratorio, aunque estos últimos carecen de especificidad.

El caso clínico de una paciente adolescente de 16 años con diagnóstico de arteritis de Takayasu, quien debutó con emergencia hipertensiva, estenosis renal, vasculitis aórtica y compromiso ocular y cardíaco, ofrece la oportunidad de contrastar la evidencia reportada en la literatura con la práctica clínica real en nuestro medio. Esto resalta la importancia de reportar y analizar casos clínicos, no solo para visibilizar la variabilidad de las manifestaciones, sino también para fortalecer las estrategias de detección temprana y mejorar el pronóstico en poblaciones jóvenes.³

PRESENTACIÓN DE CASO

Se trata de una paciente femenina de 16 años, residente en Cali, Valle del Cauca (Colombia), estudiante, sin antecedentes quirúrgicos, traumáticos ni hospitalarios previos, con antecedente personal de migraña y con esquema de vacunación completo para la edad según el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). La paciente niega alergias medicamentosas y no refiere consumo crónico de fármacos. Al ingreso presentaba un índice de masa corporal de 25,7 kg/m², correspondiente a sobrepeso, condición considerada un factor asociado para hipertensión arterial en población pediátrica.

Desde diciembre de 2024 comenzó a presentar disminución progresiva de la agudeza visual, sin otro síntoma neurológico asociado. Consultó al servicio de urgencias de una institución hospitalaria nivel cuatro por un cuadro clínico de una semana de evolución caracterizado por cefalea bitemporal de tipo opresivo y ocasionalmente pulsátil, asociada a visión borrosa y elevación sostenida de la presión arterial. Al ingreso se documentaron cifras tensionales en rango de emergencia hipertensiva, por lo que se catalogó como una emergencia hipertensiva con afectación de

órgano blanco a nivel cerebral. Se inició manejo con infusión intravenosa de labetalol y fue hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos pediátricos para estabilización y estudio etiológico de la hipertensión secundaria.

Durante su hospitalización se realizaron estudios complementarios que mostraron hallazgos compatibles con vasculitis de grandes vasos. El angio-TAC de tórax y abdomen reveló compromiso inflamatorio de la aorta torácica descendente y abdominal sin presencia de aneurismas, acompañado de estenosis significativa de la arteria renal derecha con hipotrofia del riñón ipsilateral (Figuras 1-3). Estos hallazgos fueron altamente sugestivos de arteritis de Takayasu. El ecocardiograma evidenció hipertrofia ventricular izquierda leve a moderada, función biventricular conservada y ausencia de coartación de aorta, trombosis, vegetaciones o derrames pericárdicos. El examen oftalmológico mostró retinopatía hipertensiva, corroborando el daño de órgano blanco por hipertensión severa. La paciente fue valorada por el servicio de reumatología pediátrica, donde se confirmó el diagnóstico de arteritis de Takayasu de acuerdo con los criterios EULAR/PRINTO/PRES, dado el hallazgo de vasculitis aórtica en la angiografía sumado a hipertensión arterial mayor al percentil 95.

Se administró una dosis única de albendazol como parte de la profilaxis antiparasitaria antes de iniciar inmunosupresores, y posteriormente se inició tratamiento con pulsos intravenosos de metilprednisolona a dosis de 1 g diario por tres días, seguido de antihipertensivos orales (diltiazem 60 mg cada ocho horas, furosemida 40 mg cada doce horas e hidroclorotiazida 25 mg cada 24 horas) y protección gástrica con omeprazol 40 mg cada doce horas. Posteriormente fue remitida por su EPS a un hospital de segundo nivel, donde ingresó a la unidad de cuidado intermedio pediátrico. A su llegada se encontraba alerta, en aceptables condiciones generales, con mucosas húmedas y bien coloreadas, sin signos de dificultad respiratoria ni compromiso neurológico. Se registró una presión arterial de 150/100 mmHg, frecuencia cardíaca de 70 lpm, frecuencia respiratoria de 19 rpm, temperatura de 36,6 °C y saturación de oxígeno del 99% en aire ambiente.

En los exámenes de laboratorio realizados el 11 de febrero de 2025 se evidenció hemoglobina de 10,1 g/dL, hematocrito de 31%, leucocitosis de 15.330/ μ L con neutrofilia (86%), plaquetas de 442.000/ μ L, proteína C reactiva ultrasensible de 0,8 mg/dL y creatinina sérica de 0,6 mg/dL. Los electrolitos y las pruebas hepáticas fueron normales, al igual que el uroanálisis, que mostró microalbuminuria de 1,3 mg/L y proteinuria leve de 10 mg/dL, reflejando función renal preservada y escasa actividad inflamatoria sistémica.

Durante la evolución hospitalaria, la paciente permaneció hemodinámicamente estable, con mejoría progresiva de las cifras tensionales (rango 159/100 a 137/76 mmHg), adecuada diuresis y

sin signos de insuficiencia renal. Reumatología indicó continuar con el esquema de esteroides intravenosos y realizar la transición a manejo oral con prednisona 50 mg en la mañana y prednisona 10 mg en la tarde, además de planificar la introducción ambulatoria de tratamiento inmunosupresor con metotrexato y anti-TNF. La paciente mostró evolución favorable, con control tensional sostenido, mejoría de la cefalea y estabilidad visual. No presentó complicaciones agudas ni progresión del compromiso cardiovascular o neurológico. Fue dada de alta en condiciones clínicas estables, con recomendaciones de control estricto por reumatología, nefrología y oftalmología, seguimiento paraclínico con velocidad de sedimentación globular (VSG) y evaluación periódica de función renal y presión arterial.

DISCUSIÓN

La arteritis de Takayasu es una vasculitis granulomatosa crónica y rara que compromete la aorta y sus principales ramas,⁴ siendo más prevalente en mujeres jóvenes, con una relación mujer:hombre de hasta 9:1.⁵ En la población pediátrica, representa menos del 2% de todas las vasculitis, pero se asocia a mayor morbilidad debido a su curso insidioso y diagnóstico tardío.^{3,4} En este caso, la paciente adolescente de 16 años coincide con el perfil epidemiológico descrito, presentando como manifestación inicial una emergencia hipertensiva secundaria a estenosis renal, acompañada de cefalea y alteraciones visuales. Este patrón clínico se ha reportado como una de las formas más frecuentes de presentación en adolescentes, donde la hipertensión renovascular aparece entre el 60% y el 80% de los casos.⁶

De acuerdo con los criterios EULAR/PRINTO/PRES (2018), el diagnóstico de arteritis de Takayasu pediátrica requiere la presencia obligatoria de evidencia angiográfica de vasculitis de grandes vasos (aorta o sus ramas principales), más al menos un criterio clínico adicional.⁷ En esta paciente se documentó angiografía compatible con vasculitis aórtica y la presencia de hipertensión arterial persistente superior al percentil 95, lo cual cumple los criterios diagnósticos con alta especificidad (sensibilidad 100 %, especificidad 99,9%).⁷ Además, la presencia de retinopatía hipertensiva y la hipertrofia ventricular izquierda evidenciada en el ecocardiograma refuerzan el compromiso multiorgánico típico de fases avanzadas de la enfermedad.² El manejo inicial de la crisis hipertensiva mediante infusión de labetalol intravenoso y posterior transición a antihipertensivos orales (diltiazem, furosemida e hidroclorotiazida) fue apropiado y se alinea con las recomendaciones internacionales. Según Sharma *et al*,² el control de la hipertensión es un componente crítico del pronóstico, ya que la afectación renal y la disfunción endotelial son causas mayores de morbimortalidad.^{1,3}

El uso de pulsos de metilprednisolona (1 g/día por tres días) representa la primera línea de manejo para inducir la remisión

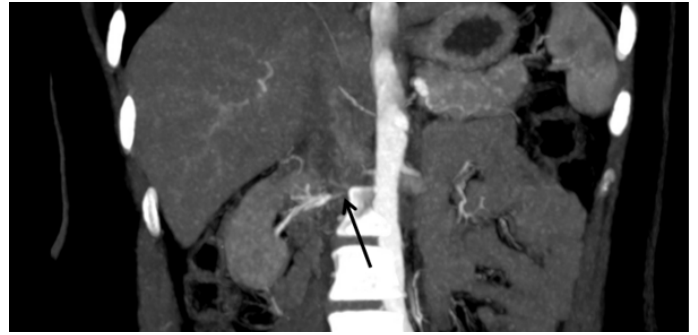


Figura 1. Imagen de angiotomografía en corte coronal, con proyección de máxima intensidad (MIP) donde se identifica estenosis severa (>70%) en tercio proximal de la arteria renal derecha

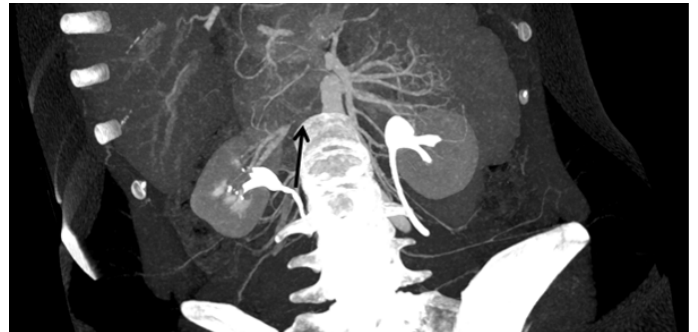


Figura 2. Imagen de angiotomografía en corte axial oblicuo, con proyección de máxima intensidad (MIP) donde se identifica estenosis severa en tercio proximal de la arteria renal derecha mayor al 70%.

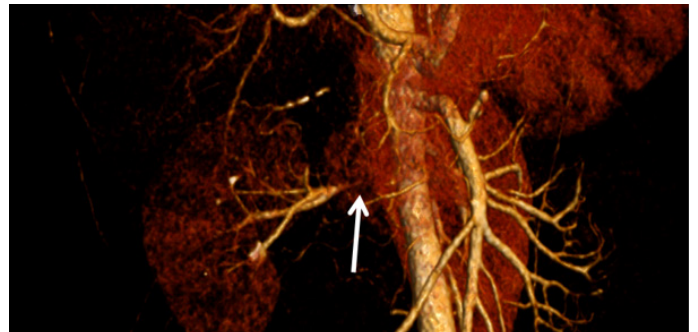


Figura 3. Imagen de reconstrucción 3D de angiotomografía, evidenciando la zona de estenosis severa con disminución del flujo sanguíneo.

en la fase activa, logrando respuesta clínica inicial en el 70%-80% de los casos pediátricos.⁸ En esta paciente, la respuesta fue favorable, con mejoría de la cefalea, normalización de la presión arterial y estabilización visual sin deterioro renal.

Respecto al tratamiento de mantenimiento, la transición a prednisona oral y la planificación de inmunosupresión con metotrexato y agentes biológicos anti-TNF corresponden al manejo recomendado por las guías EULAR y ACR.^{8,9}

El metotrexato ha demostrado eficacia en la reducción de recaídas y la disminución del requerimiento de corticoides, con tasas de remisión sostenida entre el 60% y el 70%.¹⁰ En casos refractarios, el uso de biológicos como infliximab, adalimumab o tocilizumab alcanza tasas de respuesta entre el 80 y el 90 %, con buena tolerancia y menor riesgo de progresión vascular.¹¹ Vinit *et al*,¹¹ reportaron que el tocilizumab logró remisión completa en el 82 % de los casos pediátricos refractarios a corticoides, mientras que Tullus y Marks destacan su papel en la preservación de la función renal y la prevención de complicaciones cardiovasculares.¹²

En este contexto, la evolución clínica favorable observada en la paciente —sin progresión del daño renal ni complicaciones cardiovasculares— sugiere una respuesta adecuada al esquema terapéutico instaurado, coherente con las tasas de éxito descritas en la literatura. Finalmente, este caso resalta la importancia del diagnóstico temprano, la utilización de estudios angiográficos avanzados y el abordaje multidisciplinario (reumatología, nefrología y oftalmología) para optimizar el pronóstico y reducir las secuelas en adolescentes con arteritis de Takayasu.¹²

CONCLUSIÓN

La arteritis de Takayasu es una vasculitis crónica de grandes vasos extremadamente infrecuente en la población pediátrica, donde representa menos del 2% de las vasculitis en menores, siendo en su gran mayoría descrita en adultos jóvenes.^{1,5,6} Esta baja prevalencia en adolescentes contribuye a que su diagnóstico sea un desafío clínico, dado que los síntomas iniciales suelen ser inespecíficos y la enfermedad se identifica con frecuencia en etapas avanzadas, cuando ya existe daño inflamatorio vascular sostenido o compromiso de órganos vitales.^{1,7}

El caso presentado adquiere especial relevancia porque evidencia una forma de debut severa en una paciente adolescente con estenosis significativa de la arteria renal derecha, emergencia hipertensiva y daño de órgano blanco (ocular y cardiovascular), manifestaciones que, si bien están descritas en la literatura, ocurren típicamente en etapas tardías de la enfermedad y con mayor frecuencia en adultos.^{1,2,9} El compromiso renovascular severo en pediatría se asocia con un mayor riesgo de complicaciones crónicas, lo que subraya la importancia de un reconocimiento temprano. El manejo instaurado, basado en pulsos de metilprednisolona seguidos de esteroides orales e inmunosupresión de mantenimiento, se encuentra alineado con las guías actuales para el tratamiento de la AT en población pediátrica.^{1,6,11} Asimismo, la planificación del

uso de agentes biológicos en caso de refractariedad refleja las recomendaciones terapéuticas contemporáneas, que han demostrado mejorar las tasas de remisión y controlar la actividad inflamatoria en pacientes jóvenes con enfermedad severa.^{11,12}

Este caso refuerza la necesidad de mantener un alto índice de sospecha ante adolescentes con hipertensión secundaria no explicada, especialmente cuando se acompaña de alteraciones visuales o de signos de compromiso de órganos diana. La aplicación oportuna de estudios angiográficos y el abordaje multidisciplinario permiten mejorar de forma significativa el pronóstico, evitar complicaciones irreversibles y optimizar la calidad de vida a largo plazo.^{5,12}

REFERENCIAS

1. Numano F, Kobayashi Y. Takayasu arteritis—beyond pulselessness. *Intern Med.* 1999; 38(3):226-32. DOI: 10.2169/internalmedicine.38.226
2. Kerr GS, Hallahan CW, Giordano J, *et al.* Takayasu arteritis. *Ann Intern Med.* 1994; 120(11):919-29. DOI: 10.7326/0003-4819-120-11-199406010-00004
3. Brunner J, Feldman BM, Tyrrell PN, *et al.* Takayasu arteritis in children and adolescents. *Rheumatology (Oxford).* 2010; 49(10):1806-14. DOI: 10.1093/rheumatology/keq167
4. Ozen S, Pistorio A, Iusan SM, *et al.* EULAR/PRINTO/PRES criteria for childhood vasculitides. *Ann Rheum Dis.* 2010; 69(5):798-806. DOI: 10.1136/ard.2009.116657
5. Goel R, Kumar TS, Danda D, *et al.* Childhood-onset Takayasu arteritis. *J Rheumatol.* 2014; 41(6):1183-9. DOI: 10.3899/jrheum.131117
6. Aeschlimann FA, Eng SWM, Sheikh S, *et al.* Childhood Takayasu arteritis: disease course and response to therapy. *Arthritis Res Ther.* 2017; 19(1):255. DOI: 10.1186/s13075-017-1452-4
7. Maksimowicz-McKinnon K, Clark TM, Hoffman GS. Limitations of therapy in Takayasu arteritis. *Arthritis Rheum.* 2007; 56(3):1000-9. DOI: 10.1002/art.22404
8. Goel R, Danda D, Joseph G, *et al.* Long-term outcome of Takayasu arteritis. *Semin Arthritis Rheum.* 2018; 47(5):718-726. DOI: 10.1016/j.semarthrit.2017.09.014
9. Soto ME, Espinola N, Flores-Suarez LF, *et al.* Takayasu arteritis clinical features. *Clin Exp Rheumatol.* 2008; 26(3 Suppl 49):S9-15.
10. Aeschlimann FA, Yeung RSM, Laxer RM. Childhood-onset Takayasu arteritis update. *Front Pediatr.* 2022; 10:872313. DOI: 10.3389/fped.2022.872313
11. Bravo Mancheño B, Perin F, Guez Vázquez Del Rey MM, *et al.* Tocilizumab in Takayasu arteritis. *Pediatrics.* 2012; 130(6):e1720-4. DOI: 10.1542/peds.2012-1384
12. Armstrong A, Pugh D, Basu N, *et al.* Current and future treatments for Takayasu arteritis. *Circulation.* 2026; 153(4):266-281. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.125.076308