

Arterite temporal nos idosos: uma realidade que não pode ser esquecida

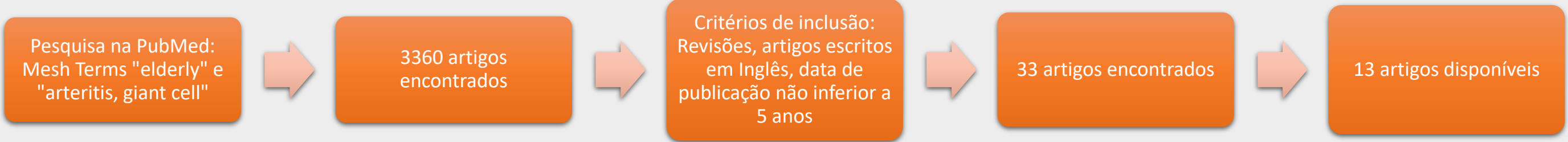
Mariana Gayo¹
Álvaro Teixeira²

¹ Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF Conchas, ACES Lisboa Norte, ARSLVT
² Interno de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF Rodrigues Miguéis, ACES Lisboa Norte, ARS LVT

Introdução

Um dos problemas mais frequentemente encontrados na população idosa é a cefaleia, que nem sempre é valorizável por esta população, mas é causa de elevada morbilidade. A etiologia das cefaleias pode ser muito diversa e nem sempre identificável. A arterite temporal (AT) é uma causa de cefaleia importante nos idosos e se corretamente identificada é potencialmente tratável.

Métodos



Discussão

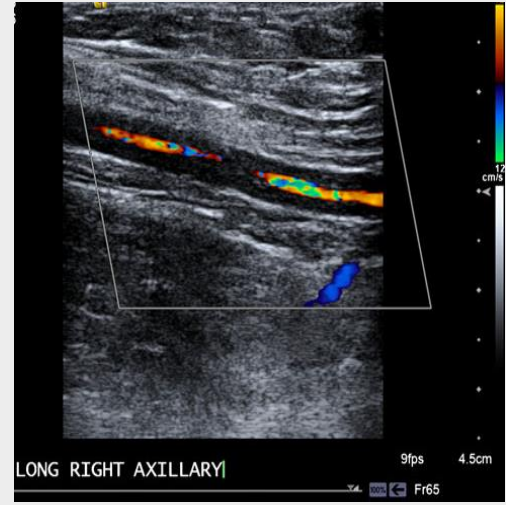
A Arterite Temporal

A AT, ou de células gigantes é uma **vasculite** crónica de grandes e médios vasos, sendo a **vasculite sistémica mais comum**. A inflamação envolve principalmente os ramos cranianos das artérias provenientes do arco aórtico, mas pode ser mais generalizada. A sua etiopatogenia permanece desconhecida. É mais comum na Europa e afeta indivíduos com **mais de 50 anos**, sendo que a sua incidência aumenta com a idade.

A sintomatologia é variável uma vez que as artérias afetadas podem ser diferentes.

Diagnóstico

A **ecografia com estudo doppler a cores das artérias temporais** quando revela um halo hipoecoico peri-luminal, sugestivo de edema da parede do vaso, é altamente sensível e específico para AT.



Serologias não têm utilidade para o diagnóstico de AT por não serem específicas. Testes laboratoriais como reagentes de fase aguda, nomeadamente a **VS >100mm/h** podem ser úteis, quando conjugados com os métodos de imagem.

O único teste que confirma o diagnóstico de GCA é uma **biópsia da artéria temporal**. Os doentes com suspeita de AT devem ser referenciados a um serviço de Neurologia para confirmação diagnóstica.

Terapêutica

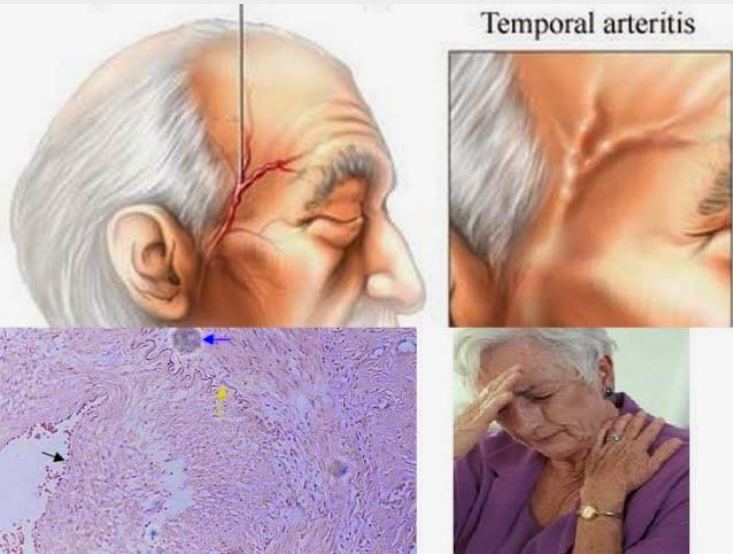
Glucocorticoides
40/60 mg/dia
2 a 3 anos

Melhoria clínica rápida da sintomatologia,
com diminuição das complicações vasculares

Pode haver recorrências em 25-65% dos casos.
Estudos defendem a introdução de AAS 100mg/dia para prevenir
a perda de visão e o risco de enfarte durante a doença.

Pontos-chave

- AT ocorre predominantemente em **indivíduos idosos** de raça caucasiana
- Deve ser suspeitada esta patologia num **episódio inaugural de cefaleia num idoso, com VS elevada**
- Doppler arterial é um bom método de auxílio de diagnóstico**
- Biopsia da artéria – GOLD STANDARD
- Diagnóstico precoce é necessário para prevenir evento isquémicos e complicações
- Glucocorticoides permanecem o principal tratamento



Conclusão

Esta doença deve ser considerada na população idosa com cefaleia de novo, nomeadamente em idades superiores a 50 anos, podendo o Médico de Família rapidamente chegar a uma conclusão diagnóstica através de um exame relativamente simples e contribuir para melhorar a qualidade de vida do utente

Bibliografia

1-Bravo TP, Headaches of the elderly. Curr Neurol Neurosci Rep. 2015 Jun;15(6):30; 2- Berti A, Campochiaro C, Cavalli G, Pepe G, Praderio L, Sabbadini MG, Dagna L. Giant cell arteritis restricted to the limb arteries: An overlooked clinical entity. Autoimmun Rev. 2015 Apr;14(4):352-7; 3- Steel L, Khan A, Dasgupta B. Giant Cell Arteritis: Beyond Corticosteroids. Drugs Aging. 2015 Aug;32(8):591-9; 4- Espitia O, et al. Comparison of idiopathic (isolated) aortitis and giant cell arteritis-related aortitis. A French retrospective multicenter study of 117 patients. Autoimmun Rev. 2016 Jun;15(6):571-6; 5- Wyatt K1. Three common ophthalmic emergencies. JAAPA. 2014 Jun;27(6):32-7; 6- Alsolaimani RS, et al. Severe Intracranial Involvement in Giant Cell Arteritis: 5 Cases and Literature Review. J Rheumatol. 2016 Mar;43(3):648-56; 7- Daumas A, et al. Fluorine-18 Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography Hypermetabolism of Vertebral Arteries Revealing Giant Cell Arteritis. Am J Med. 2015 Jul;128(7):e1-2.; 8- Weyand CM, Goronzy JJ. Clinical practice. Giant-cell arteritis and polymyalgia rheumatica. N Engl J Med. 2014 Jul 3;371(1):50-7; 9- Alvarez-Rodriguez L, et al. Cytokine gene considerations in giant cell arteritis: IL10 promoter polymorphisms and a review of the literature. Clin Rev Allergy Immunol. 2014 Aug;47(1):56-64; 10- Langford CA. Perspectives on the treatment of giant cell arteritis. Presse Med. 2013 Apr;42(4 Pt 2):609-12; 11- Kermani TA1, Warrington KJ. Recent advances in diagnostic strategies for giant cell arteritis. Curr Neurol Neurosci Rep. 2012 Apr;12(2):138-44; 12- Salvarani C, et al. Clinical features of polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis. Nat Rev Rheumatol. 2012 Sep;8(9):509-21; 13- Neshet G. The diagnosis and classification of giant cell arteritis. J Autoimmun. 2014 Feb-Mar;48-49:73-5.