

Arterite de Takayasu

Hipertensão e assimetria de pulsos como pistas, PA nos quatro membros, critérios EULAR/PRINTO/PReS, angiorressonância, tuberculose, corticoide, metotrexato e biológicos, segundo SBP 2020, SHARE 2019 e ACR 2021

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências). [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A **arterite de Takayasu (AT)** é uma vasculite crônica e granulomatosa dos **vasos de grande calibre** (aorta, seus ramos e artérias pulmonares). É a **terceira vasculite primária mais comum na infância**, depois da vasculite por IgA e do Kawasaki, e **causa importante de hipertensão renovascular** (SBP, DC nº 11/2020). Metade dos casos brasileiros começa **antes dos 10 anos**. A **hipertensão arterial (até 80%)** e a **diminuição, ausência ou assimetria de pulsos** podem ser os únicos sinais: **medir a PA nos quatro membros** e palpar os pulsos comparando lados e segmentos superior e inferior é o exame que faz o diagnóstico precoce. A confirmação exige **imagem vascular** (angiorressonância de preferência). Não há tratamento domiciliar inicial: a suspeita é 🟡, **encaminhamento com prioridade** ao reumatologista pediátrico. São 🔴, **pronto-socorro**: crise hipertensiva, déficit neurológico, síncope ou convulsão, dor torácica, insuficiência cardíaca, isquemia de membro ou intestino e febre em uso de biológico. O tratamento (corticoide com metotrexato ou ciclofosfamida; anti-TNF ou tocilizumabe nos refratários) é do especialista; o pediatra faz a triagem da **tuberculose** e mantém as vacinas e o controle da PA.

1. O que é e como se apresenta

Definição (SBP 2020): vasculite primária crônica da **aorta torácica e abdominal (60–90%)** e seus ramos (renais, subclávias, carótidas), às vezes das artérias pulmonares e coronárias, com **estenose, oclusão, trombose, dilatação e aneurismas**. Predomina no sexo feminino (cerca de 30% em meninos). Na criança, **aorta abdominal e renais** são mais acometidas que no adulto, e a **diferença de pulsos** costuma ser entre membros superiores e inferiores (AEP 2020).

Fases (SBP 2020):

- **Inflamatória ou sistêmica** (cerca de 50%, semanas a meses): febre, sudorese, cefaleia, artralgia, mialgia, dor abdominal, hiporexia e perda de peso, que mimetizam infecção e neoplasia.
- **Isquêmica ou oclusiva**: pulsos diminuídos, ausentes ou assimétricos, **hipertensão (sinal mais comum, até 80%)**, sopros, claudicação de membros ou abdominal, insuficiência cardíaca, dispneia e precordialgia.

Na série de 181 crianças (AEP 2020): hipertensão 83%, cefaleia 31%, febre 29%, dispneia 23%; diagnóstico em média após 19 meses. Podem abrir o quadro **sinais neurológicos** (convulsão, síncope, distúrbio visual, **AVC**), proteinúria e hematúria, dor abdominal "anginosa" e vasculite retiniana; cerca de 25% chegam com lesão vascular irreversível. Associa-se a

tuberculose, AIJ, síndrome antifosfolípide, doença inflamatória intestinal e moyamoya (SBP 2020).

Prognóstico (SBP 2020): remissões e recaídas; **remissão sustentada em 5 anos em só 30%**; mortalidade de 3% a 27% (dissecção ou ruptura da aorta, miocardiopatia, infarto, insuficiência renal, infecção).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
 Leve	AT inativa ou de baixa atividade em tratamento, PA controlada, sem sintoma isquêmico novo nem febre	Seguimento pelo pediatra com o reumatologista: PA nos quatro membros em toda consulta, crescimento, vacinas, adesão
 Moderada	Suspeita: hipertensão sem causa, pulso fraco, ausente ou assimétrico, diferença de PA > 10 mmHg entre membros , sopro arterial, claudicação, VHS ou PCR altas sem causa; AT conhecida com sintomas novos ou PA saindo do controle, sem crise; febre em bom estado só com metotrexato	Encaminhar com prioridade ao reumatologista pediátrico, com exames iniciais e PPD ou IGRA (estágio 2, também ao nefrologista); febre com imunossupressor convencional: avaliação no mesmo dia
 Grave	Crise hipertensiva ($\geq$ p95 + 30 mmHg abaixo de 13 anos ou > 180/120 mmHg, ou estágio 2 com sintomas); déficit neurológico, AIT, síncope, convulsão, cefaleia súbita intensa, perda visual; dor torácica ou angina; insuficiência cardíaca; membro frio, pálido e doloroso; dor abdominal intensa pós-prandial ou com sangue nas fezes; dor torácica ou abdominal súbita (dissecção ou ruptura); febre (axilar $\geq$ 37,5 °C) em uso de biológico , mesmo em bom estado	Pronto-socorro/hospital; estabilizar e transferir (ver "Quando encaminhar")

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade **< 5 anos** ao diagnóstico; IMC < 18,5 kg/m²; acometimento da **aorta ascendente** ou das **coronárias**; PCR elevada (SBP 2020).
- Estenose de **artérias renais bilaterais**, de **carótidas ou vertebrais**; regurgitação aórtica; aneurismas.
- Insuficiência cardíaca ou AVC prévios; hipertensão de difícil controle.
- Imunossupressão de alto grau (corticoide em dose alta, ciclofosfamida, biológico) e **tuberculose latente não tratada**.

3. Diagnóstico no consultório

A pista é clínica. Em toda criança com hipertensão (o site segue "Hipertensão arterial sistêmica na criança e no adolescente"), sopro abdominal ou cervical, claudicação, febre prolongada com VHS alta ou AVC sem causa:

1. **PA nos quatro membros**, com manguito adequado (bolsa $\approx$ 40% da circunferência do braço; padrão do site). **Diferença > 10 mmHg** entre membros é critério (EULAR/PRINTO/PReS 2010). Use o **membro com a maior PA** como referência: braço com estenose subestima a pressão central; com os quatro membros acometidos, só o cateterismo mede a pressão central (ACR 2021).
2. **Palpação comparativa** de todos os pulsos, entre os lados e entre os segmentos superior e inferior (SBP 2020), e **ausculta** de carótidas, subclávias, aorta abdominal e flancos.

Critérios de classificação EULAR/PRINTO/PReS (Ankara 2008, publicados em 2010), adotados pela SBP e pela AEP

- **Obrigatório:** angiografia (convencional, tomografia ou ressonância) da aorta, de seus ramos principais ou das artérias pulmonares com **aneurisma ou dilatação, estenose, oclusão ou espessamento da parede**, excluídas a displasia fibromuscular e causas semelhantes.
- **Mais pelo menos 1 de 5:** (1) **pulso diminuído, ausente ou assimétrico, ou claudicação**; (2) **diferença de PA > 10 mmHg** em qualquer membro; (3) **sopro ou frêmito** em aorta ou ramos; (4) **hipertensão** (PA sistólica ou diastólica > p95 para a estatura); (5) **VHS > 20 mm na 1ª hora ou PCR acima do normal**.
- Sensibilidade de 100% e especificidade de 99,9% (AEP 2020).

Contexto: critérios ACR/EULAR 2022 (adultos $\leq$ 60 anos com imagem de vasculite de grandes vasos): pontos para sexo feminino, angina, claudicação, sopro, pulso reduzido, **diferença de PA entre os braços $\geq$ 20 mmHg**, número de territórios e aorta abdominal com renal ou mesentérica; **$\geq$ 5 pontos** classifica. Na validação externa, a especificidade caiu para 64%. O site usa os **EULAR/PRINTO/PReS**, como a SBP.

Exames que o pediatra pode pedir (SBP 2020; SHARE 2019)

OBJETIVO	EXAMES
Inflamação	Hemograma, VHS e PCR (elevadas em 40–70% dos ativos e em 40% dos inativos: normais não excluem)
Órgão-alvo	Creatinina, eletrólitos, urina tipo 1, albumina ou proteína/creatinina , ECG, ecocardiograma , fundo de olho
Infecção	PPD ou IGRA e radiografia de tórax ; sífilis, HIV, hepatites B e C; IgG para varicela
Imagem acessível	Doppler de carótidas, aorta abdominal e renais (não vê toda a aorta)

Imagem vascular (especialista): angio-RM preferível, porque não irradia e mostra espessamento, edema e realce da parede; angio-TC como alternativa; **sempre avaliar o encéfalo**; PET-TC irradia; cateterismo para vasos pequenos, coronárias e revascularização (AEP 2020; SBP 2020).

Tuberculose: diferencial, associação e triagem. O *Mycobacterium tuberculosis* é o desencadeante mais associado; na série brasileira, **41% tinham PPD fortemente reator** (SBP 2020), e a tuberculose está no diferencial da aortite (AEP 2020). Antes do corticoide prolongado e do biológico: **PPD ou IGRA e radiografia**; PPD ≥ 5 mm ou IGRA reagente, ou contato próximo, **excluída a doença ativa**, trata a infecção latente, e o biológico começa após 4 semanas (PCDT AIJ 2026, como em "Biológicos na reumatologia pediátrica"). Esquemas em "Tuberculose na infância no Brasil — atualização 2026".

Diagnóstico diferencial que não pode passar (SBP 2020; AEP 2020):

- **Coarctação da aorta** (femorais fracos, sem inflamação), **displasia fibromuscular**, Williams, neurofibromatose tipo 1, Marfan, Ehlers-Danlos vascular, moyamoya.
- **Tuberculose, aortite sífilítica**, endocardite, HIV.
- **Behçet, poliarterite nodosa**, Kawasaki, granulomatose com poliangíte, Cogan, febre reumática, lúpus, doença relacionada à IgG4; linfoma e leucemia na febre prolongada com VHS alta.

4. Tratamento e seguimento

O pediatra suspeita, pede os exames iniciais e a triagem de tuberculose, encaminha com prioridade, atualiza as vacinas e acompanha PA, crescimento e infecções. **O especialista**, em centro com imagem e cirurgia vascular (SHARE 2019), conduz o tratamento, com o **nefrologista pediátrico** na hipertensão renovascular.

Estratégia (SBP 2020; SHARE 2019; ACR 2021; PANLAR 2023): começar cedo; **corticoide** em dose alta **sempre associado a imunossupressor** (metotrexato na doença limitada; **ciclofosfamida** por 6 meses na disseminada, seguida de metotrexato, conforme Ozen, citado pela SBP); manutenção com metotrexato, azatioprina ou micofenolato; **anti-TNF ou tocilizumabe** na doença refratária ou com risco a órgão. A SBP não fixa doses; abaixo, SHARE 2019 e, para os biológicos, PCDT da AIJ 2026.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Prednisona ou prednisolona VO	1–2 mg/kg/dia (máx. 60 mg/dia)	1 vez ao dia	Reduzir para 0,8 mg/kg/dia no 1º mês e depois 0,1–0,2 mg/kg/dia por mês, até 0,2 mg/kg/dia (ou 10 mg/dia) no 6º mês	SHARE 2019. ACR 2021: alta dose = 1 mg/kg (até 80 mg) e retirada completa se remissão por 6–12 meses
Metilprednisolona IV (pulso)	10–30 mg/kg/dia (máx. 1 g/dia)	1 vez ao dia	3 dias, depois prednisona VO	SHARE 2019; doença grave, hospitalar. ACR 2021 prefere iniciar por via oral na AT
Metotrexato VO ou SC	10–15 mg/m²/semana	Semanal	Indução e manutenção	Dose do PCDT AIJ 2026 (10–15 mg/m²/semana), a mesma do protocolo de PAN e outras vasculites da AEP 2020; ácido fólico 1 mg/dia nos outros 6 dias (PCDT AIJ 2026)
Ciclofosfamida IV	500–1.000 mg/m² (máx. 1,2 g)	A cada 3–4 semanas	3–6 meses	SHARE 2019; doença disseminada ou grave; com MESNA; considerar criopreservação de sêmen no menino púbere
Azatioprina VO	2–3 mg/kg/dia	1 vez ao dia	Manutenção	SHARE 2019; dosar TPMT antes; iniciar ≥ 14 dias após a última ciclofosfamida
Micofenolato de mofetila VO	600 mg/m²/dose	12/12 h	Manutenção	AEP 2020 (protocolo de PAN e outras vasculites); teratogênico
Adalimumabe SC	< 30 kg 20 mg; ≥ 30 kg 40 mg	A cada 14 dias	Contínuo	Dose do PCDT AIJ 2026, igual à da bula; fora da bula na AT ; SUS só nas indicações do PCDT
Infliximabe IV	5 mg/kg	Semanas 0, 2 e 6, depois a cada 8 semanas	Contínuo	Padrão do site: dose de uveíte do PCDT AIJ 2026; fora da bula na AT . Divergência: o protocolo de PAN da AEP 2020 usa 6 mg/kg (o de Takayasu não fixa dose)
Tocilizumabe IV	< 30 kg 10 mg/kg; ≥ 30 kg 8 mg/kg	A cada 4 semanas	Contínuo	Dose da AIJ poliarticular (PCDT 2026); fora da bula na AT e não avaliado pela Conitec para AT ; mascara febre e PCR

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Ácido acetilsalicílico (AAS)	3–5 mg/kg/dia (máx. 80 mg/dia)	1 vez ao dia	Conforme o especialista	Padrão do site (teto de 80 mg/dia da SBP, Nota de Alerta SIM-P 2020); SHARE 2019: 2–5 mg/kg/dia. Indicação, a critério do especialista: o ACR 2021 a recomenda (condicional) só na AT ativa com acometimento crítico cranial ou vertebrobasilar , e a EULAR 2018 não a recomenda de rotina, só com outra indicação (doença coronariana ou cerebrovascular); a SBP 2020 e o SHARE 2019 a admitem de forma mais ampla

Hipertensão (SHARE 2019; SBP 2020): é a complicação mais frequente e pode não responder só a remédios; tratar com o nefrologista pediátrico. **Nunca baixar a PA bruscamente:** com estenose cerebrovascular, a queda rápida causa isquemia do SNC (SHARE 2019). IECA e BRA exigem cautela na estenose bilateral de artérias renais, pela queda da filtração (bula). Na crise, o site segue "Crise hipertensiva na criança e no adolescente": **sem nifedipino de liberação imediata** e redução de até 25% nas primeiras 8 horas, em UTI.

Cirurgia e angioplastia (SBP 2020; SHARE 2019; ACR 2021): estenose crítica de renais, coarctação, isquemia de membro ou órgão, regurgitação aórtica grave, aneurisma com risco de ruptura e hipertensão refratária; **de preferência com a doença inativa**, pelo alto risco de reestenose, e com corticoide perioperatório se houver atividade.

Monitorização (SHARE 2019; AEP 2020; SBP 2020): clínica, PCR e VHS **a cada 3 meses**, PVAS ou ITAS-2010, **angio-RM** periódica, ECG, ecocardiograma, fundo de olho e albuminúria.

Vacinas (Manual dos CRIE 2023, como em "Vacinação da criança imunocomprometida"): calendário completo e **influenza anual**; **vivas contraindicadas** com biológico e com corticoide ≥ 2 mg/kg/dia (até 10 kg) ou ≥ 20 mg/dia por ≥ 14 dias; **vivas ≥ 4 semanas antes** de iniciar. Com AAS, orientar o risco de **síndrome de Reye** na varicela, na influenza e na dengue (SBP 2020).

O que não fazer: corticoide "de teste" antes do diagnóstico e da triagem de tuberculose (fora da emergência); baixar a PA no consultório; tratar hipertensão de criança pequena sem procurar a causa.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Crise hipertensiva**, com ou sem sintomas (critérios do documento de crise hipertensiva).

- **Déficit neurológico**, AIT, síncope, convulsão, cefaleia súbita e intensa, perda visual.
- **Dor torácica**, angina, **insuficiência cardíaca** (taquipneia, hepatomegalia, edema, galope); dor torácica, dorsal ou abdominal **súbita** (dissecção ou ruptura).
- **Isquemia de membro** (frio, pálido, sem pulso) ou **mesentérica** (dor intensa, sangue nas fezes); oligúria.
- **Febre (axilar $\geq 37,5$ °C) em uso de biológico**, mesmo em bom estado; com imunossupressor convencional isolado (metotrexato, azatioprina), febre em bom estado é  , avaliação no mesmo dia; com toxemia,  (padrão do site).

Como encaminhar

1. **Contato prévio** com hospital que tenha UTI pediátrica, imagem vascular e nefrologia ou reumatologia pediátrica.
2. **Não baixar a PA no consultório** nem dar nifedipino; ambiente calmo, decúbito lateral se sonolenta ou vomitando, cabeceira elevada se dispneica.
3. **Oxigênio para manter SpO2 entre 94% e 98%** se houver desconforto respiratório, choque ou déficit neurológico (padrão do site); acesso venoso.
4. Na suspeita de AVC: horário de início, glicemia capilar e **SAMU (192)** para hospital com RM e neurologia pediátrica; **nada de AAS antes da imagem** (como em "AVC na infância").
5. **Relatório**: PA nos quatro membros com horários, pulsos, medicamentos com dose e data do último biológico, PPD ou IGRA e exames.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "A pressão precisa ser medida nos dois braços e nas duas pernas em todas as consultas."
- "O tratamento é longo: não pare o corticoide de repente nem atrase as injeções."
- "Antes de qualquer vacina, avise que a criança usa remédio para a imunidade. Se toma AAS, avise o médico no mesmo dia em caso de catapora, gripe ou suspeita de dengue."
- **Procurar o pronto-socorro se houver**: dor de cabeça forte e súbita, fraqueza ou formigamento de um lado do corpo, desmaio, convulsão, alteração da visão ou da fala; dor no peito, falta de ar, inchaço; braço ou perna frio, branco e doloroso; dor de barriga forte depois de comer; febre em quem usa injeção para a imunidade.

7. Comparação com as referências

Versões consultadas: SBP — DC nº 11, Reumatologia (06/2020); MS — sem PCDT; tocilizumabe não avaliado pela Conitec para AT (NATJUS/SES-RJ, 05/2025); AAP — sem diretriz própria (apoio: ACR/VF 2021, com reumatologistas pediátricos no painel); NICE — sem diretriz; NHS England 16056/P (08/2016, tocilizumabe no adulto); AEP — protocolo de 2020;

Johns Hopkins — Vasculitis Center (adultos); Harvard — sem posição localizada; Oxford e Cambridge — sem protocolo local localizado.

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Critérios	EULAR/PRINTO/PReS 2008; PA nos quatro membros	Sem PCDT	Sem diretriz; ACR 2021 não trata de critérios	Sem diretriz	EULAR/PRINTO/PReS (sens. 100%, espec. 99,9%)	Sem posição pediátrica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Imagem	Doppler, angio-TC, angio-RM, PET	Sem PCDT	ACR: angio-RM, angio-TC ou PET para a parede	—	Angio-RM preferível; encéfalo sempre	Sem posição pediátrica localizada	—	Segue o NICE
Tratamento inicial	Corticoide + metotrexato, ciclofosfamida ou micofenolato	Sem PCDT	ACR: corticoide oral alto + imunossupressor; não tocilizumabe de início	—	Pulso + imunossupressor (SHARE)	Sem posição pediátrica localizada	—	Segue o NICE
Refratário	Anti-TNF, tocilizumabe, rituximabe	Tocilizumabe não avaliado pela Conitec	ACR: anti-TNF antes do tocilizumabe	NHS England: tocilizumabe no adulto após 6 meses de falha	Anti-TNF, tocilizumabe, rituximabe	Sem posição pediátrica localizada	—	Segue o NICE
Antiagregação	AAS ou clopidogrel; alerta de Reye	—	ACR: só com acometimento crítico cerebral	—	—	—	—	Segue o NICE
Cirurgia	Com a doença inativa	—	ACR: adiar até a remissão; re-vascular primeiro clínico	—	Após controle da inflamação	—	—	Segue o NICE

Leitura: as referências convergem em que **PA nos quatro membros e palpação comparativa dos pulsos** são o exame decisivo, **VHS e PCR normais não excluem atividade**, os **critérios EULAR/PRINTO/PReS** valem na criança, a **angio-RM** é a imagem preferida, o **corticoide vai sempre com imunossupressor** e a cirurgia espera a doença inativa. Divergem em pontos de evidência fraca: a **SBP** e o **SHARE** aceitam **pulso e ciclofosfamida** na doença disseminada, enquanto o **ACR 2021** prefere corticoide oral e anti-TNF antes do tocilizumabe; a **antiagregação** é admitida de forma ampla pela SBP e pelo SHARE, mas o ACR 2021 a reserva ao acometimento crítico cranial ou vertebrobasilar e a EULAR 2018 só a usa com outra indicação (doença coronariana ou cerebrovascular); o NHS England financia o tocilizumabe só no adulto; no Brasil, **nenhum biológico tem PCDT para AT**. O site adota a posição da **SBP** (diagnóstico, critérios e estratégia); nas doses, que SBP e MS não trazem, segue o **SHARE 2019** e, nos biológicos, as doses do **PCDT da AIJ 2026**; AAS no padrão do site, com indicação do especialista.

PONTOS PRÁTICOS

1. Hipertensão em criança sem causa evidente: meça a PA nos quatro membros e palpe todos os pulsos; diferença > 10 mmHg ou pulso fraco é Takayasu até prova em contrário.
2. Use o membro com a maior PA como referência; braço com estenose subestima a pressão.
3. VHS e PCR normais não afastam a doença; a confirmação é por imagem (angio-RM de preferência).
4. Faça PPD ou IGRA e radiografia de tórax antes do corticoide prolongado e do biológico: a tuberculose é diferencial, associação e risco do tratamento.
5. Nunca baixe a PA bruscamente: com estenose cerebral, a queda rápida causa isquemia; crise hipertensiva vai ao pronto-socorro, sem nifedipino.
6. Febre em uso de biológico é pronto-socorro, mesmo em bom estado; com tocilizumabe, febre e PCR podem faltar na infecção grave.

Veja também, nesta Biblioteca: **Classificação e abordagem das vasculites na criança** (nesta área); **Hipertensão arterial sistêmica na criança e no adolescente** e **Insuficiência cardíaca na criança** (Cardiologia); **Crise hipertensiva na criança e no adolescente** (Urgências); **AVC na infância** (Neurologia); **Tuberculose na infância no Brasil — atualização 2026** (Temas atualizados pela SBP); **Febre prolongada e febre de origem indeterminada na criança** e **Febre e infecção na criança imunocomprometida e com dispositivos** (Infectologia); **Biológicos na reumatologia pediátrica** (Imunoterapias); **Vacinação da criança imunocomprometida e com doenças crônicas (CRIE)** (Imunizações); **Doença de Kawasaki, Poliarterite nodosa e deficiência de adenosina deaminase 2 (DADA2)** e **Doença de Behçet** (nesta área).

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Reumatologia. Arterite de Takayasu na faixa etária pediátrica: uma causa frequente de hipertensão arterial e redução de pulsos arteriais. Documento Científico nº 11, junho de 2020. [PDF](#)
- Ozen S et al. EULAR/PRINTO/PRES criteria for Henoch-Schönlein purpura, childhood polyarteritis nodosa, childhood Wegener granulomatosis and childhood Takayasu arteritis: Ankara 2008. Part II. Ann Rheum Dis, 2010;69:798–806. [Europe PMC](#)
- de Graeff N et al. European consensus-based recommendations for the diagnosis and treatment of rare paediatric vasculitides — the SHARE initiative. Rheumatology (Oxford), 2019;58:656–671. [PDF](#)

- AEP. Lacruz Pérez L, Mir Perelló MC. Arteritis de Takayasu. *Protoc diagn ter pediatr*, 2020;2:259–269. [PDF](#)
- Maz M et al. 2021 American College of Rheumatology/Vasculitis Foundation Guideline for the Management of Giant Cell Arteritis and Takayasu Arteritis. *Arthritis Rheumatol*, 2021;73:1349–1365. [PMC](#)
- Grayson PC et al. 2022 American College of Rheumatology/EULAR classification criteria for Takayasu arteritis. *Ann Rheum Dis*, 2022;81:1654–1660. [Europe PMC](#)
- Validação dos critérios ACR/EULAR 2022. *Rheumatology (Oxford)*, 2023;62:3427–3432. [Europe PMC](#)
- Hellmich B et al. 2018 Update of the EULAR recommendations for the management of large vessel vasculitis. *Ann Rheum Dis*, 2020;79:19–30. [Europe PMC](#)
- PANLAR. Guidelines for the Treatment of Takayasu Arteritis. *J Clin Rheumatol*, 2023;29:316–325. [Europe PMC](#)
- NHS England. Clinical Commissioning Policy 16056/P — Tocilizumab for the treatment of Takayasu arteritis (adults), agosto de 2016. [PDF](#)
- Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, NATJUS. Parecer Técnico nº 1.731/2025 (tocilizumabe na arterite de Takayasu; sem PCDT e sem avaliação da Conitec), 06/05/2025. [PDF](#)
- Johns Hopkins Vasculitis Center. Takayasu's Arteritis (página informativa). hopkinsvasculitis.org

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.