

Caso 1/2012 - Hombre de 55 Años, con Aneurismas Múltiples de Arterias Coronarias por Enfermedad de Kawasaki

Edmar Atik

Clínica privada del Dr. Edmar Atik, São Paulo, SP, Brasil

Datos clínicos

Hace cerca de seis meses, se quejaba de dolores en el hemitórax derecho en reposo, que se irradiaban con los esfuerzos al codo izquierdo. En la radiografía y tomografía de tórax (fig. 1), opacificaciones en la imagen cardíaca orientaron a la hipótesis de la presencia de *stents* coronarios, descartados mientras tanto, pues no habían sido inseridos anteriormente. En investigación posterior por ecocardiograma, fueron evidenciados aneurismas coronarios gigantes en las arterias coronarias. Angiotomografía especificó adecuadamente los aneurismas como gigantes y calcificados, en el tercio proximal de la arteria interventricular anterior y en la circunfleja, además de otros dos aneurismas en la arteria coronaria derecha en el tercio medio. Test de esfuerzo y cámara gamma miocárdica no revelaron anomalías. Como antecedente patológico,

había presentado cuadro febril prolongado por algunos días con siete años de edad, sin confirmación etiológica o tratamiento específico en la época.

Examen físico

Buen estado general, eupneico, buen color, pulsos normales.

Peso: 115 Kg; Altura: 188 cm; PA: 120/80 mmHg; FC: 64 lpm.

La aorta no era palpada en la fúrcula.

En el precordio no había deformidades y el *ictus cordis* no era palpado. Los ruidos cardíacos eran normofonéticos y no fueron auscultados soplos cardíacos. El hígado no era palpado y los pulmones eran limpios.

El electrocardiograma mostraba ritmo sinusal, sin señales de sobrecargas o de alteraciones de la repolarización ventricular. AQRS: +90°, AP: +60°, AT: +80°.

Imagen radiográfica y tomografía de tórax

Muestran área cardíaca y trama vascular pulmonar normales, al lado de las opacificaciones en la imagen cardíaca resultantes de aneurismas calcificados en las arterias coronarias (Fig. 1).

Impresión diagnóstica

Las imágenes de la tomografía son compatibles con el diagnóstico de aneurismas coronarios causados por la enfermedad de Kawasaki, exteriorizada por fiebre que había tenido en la infancia a pesar de inadvertida en la ocasión.

Diagnóstico diferencial

Otras cardiopatías que se asocian a aneurismas múltiples de las arterias coronarias se refieren a otras vasculopatías aunque la exteriorización se haga de manera diversa a la presentada. Se cita en ese contexto la poliarteritis nudosa entre otras enfermedades del tejido conjuntivo, la enfermedad de Takayasu y también otras arteritis infecciosas inespecíficas.

Confirmación diagnóstica

Los elementos de imágenes fueron decisivos para el diagnóstico de la enfermedad de Kawasaki dada la multiplicidad de los aneurismas. El cateterismo cardíaco (Fig. 2) confirmó el diagnóstico preestablecido, así como la ubicación de los aneurismas gigantes en las arterias coronarias, además de obstrucción de la circunfleja de cerca de 70% después del aneurisma en su tercio proximal.

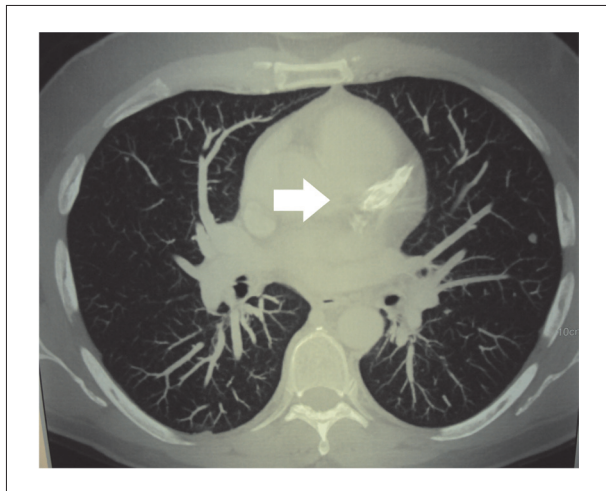


Figura 1 – Tomografía de tórax reveló área cardíaca y trama vascular pulmonar normales. Opacificaciones en la imagen cardíaca (flecha) fueron posteriormente confirmadas como siendo resultantes de aneurismas gigantes calcificados de las arterias coronarias.

Palabras Clave

Síndrome de linfonódulos mucocutáneos, aneurisma coronario/terapia

Correspondencia: Edmar Atik •

InCor - Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 44 - 05403-000 - São Paulo, SP - Brasil

E-mail: conatik@incor.usp.br

Conducta

La conducta expectante clínica fue adoptada en vista de la ausencia de síntomas característicos, y de alteraciones de la perfusión miocárdica.

Comentarios

Los aneurismas resultantes de la enfermedad de Kawasaki ocurren entre 20% y 30% de los casos, especialmente en los pacientes no tratados en el inicio de la enfermedad. Con el uso en altas dosis de la gammaglobulina (2 g/Kg/día) y del ácido acetilsalicílico (100 mg/Kg/día), la ocurrencia de los aneurismas disminuye a 13% y 18%, respectivamente a los medicamentos mencionados. En general son múltiples, pero de pequeña magnitud, permitiendo involución del proceso por endotelización de los aneurismas, hasta un año después del episodio agudo. Tal evolución ocurre frecuentemente, y los aneurismas persisten en apenas 10% de los casos, después del 1° año de la enfermedad. Ya el aneurisma gigante, con diámetro encima de 8 mm, que ocurre de 7% a 10% entre todos los

aneurismas, ocasiona generalmente evolución desfavorable con surgimiento de trombos, infarto de miocardio y muerte. Esos casos requieren por eso revascularización miocárdica precoz. Raros casos evolucionan como el presentado hasta la edad adulta y tal evolución sin complicaciones resulta de la inexistencia de formación de trombos y de obstrucciones, tal vez en ese paciente impedidos por la calcificación del endotelio de los aneurismas.

Por esa evolución se vuelve de realce que la conducta expectante clínica pueda ser la preferida pues décadas pasaron sin afectaciones desfavorables. Tratamiento medicamentoso preventivo con antiadhesivos plaquetarios y antilipídemicos debe ser preconizado además de observación clínica y de imágenes periódicas para el eventual cambio de conducta, en caso de que sea necesario. Se menciona en la literatura que los pacientes adultos bajo riesgo corresponden a aquellos con aneurismas y con obstrucciones coronarias evolucionando con infarto de miocardio, arritmias y muerte súbita. La experiencia clínico-quirúrgica impone la conducta más adecuada para cada caso.

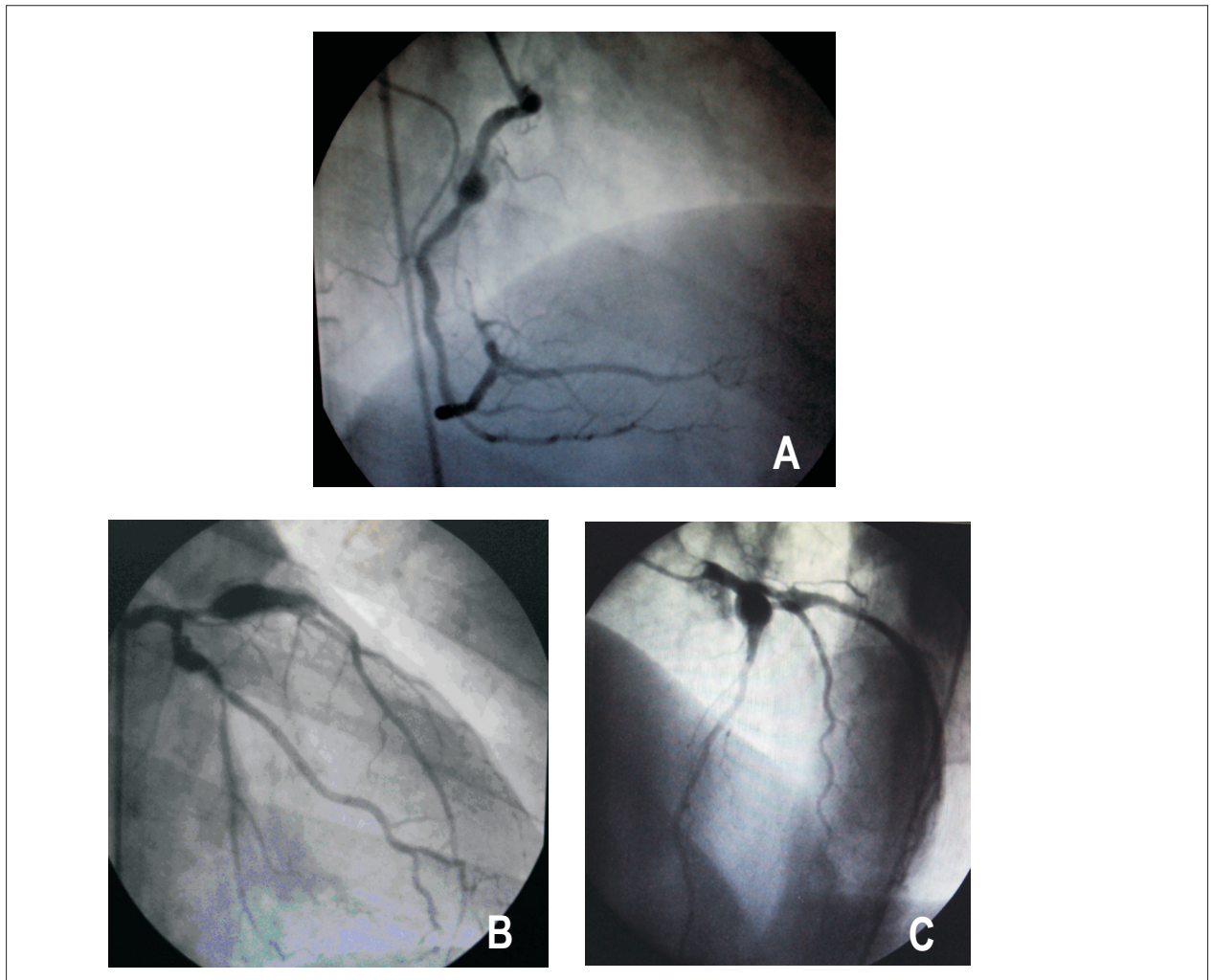


Figura 2 – Cinecoronariografía reveló aneurismas gigantes en los tercios iniciales de la arteria interventricular anterior, de la circunfleja y de la coronaria derecha (A, B y C).