

Aneurisma arterial coronario secundario a enfermedad de Kawasaki

Coronary artery aneurysm due to Kawasaki disease

Dr. Francisco L. Moreno-Martínez^{1,2}✉ , Dr. José A. Gómez Guindal² , Dr. Efrén Martínez-Quintana³  y Dr. Mario E. Nápoles Lizano^{1,4} 

¹ Servicio de Cardiología, Cardiocentro Ernesto Che Guevara. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

² Servicio de Cardiología, Hospital General de Fuerteventura Virgen de la Peña. Las Palmas, España.

³ Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas, España.

⁴ Departamento de Imagen Cardíaca y Vascular, Rodney Bay Medical Centre y Medical Imaging Inc. Castries, Santa Lucía.

Full English text of this article is also available

Palabras clave: Aneurisma, Arterias coronarias, Enfermedad de Kawasaki
Keywords: Aneurysm, Coronary arteries, Kawasaki disease

La vasculitis sistémica ocasionada por la enfermedad de Kawasaki afecta a las arterias de mediano calibre, especialmente a las coronarias, donde puede producir aneurismas hasta en un 20-25% de los pacientes no tratados. Su causa es desconocida, aunque se invoca una teoría autoinmunitaria, afecta —predominantemente— a lactantes (> 4 meses) y niños de 1 a 8 años de edad, y es excepcional en la adolescencia y la adultez. Entre sus síntomas destacan la fiebre, la conjuntivitis no exudativa bilateral, exantema y enantema que involucran la cavidad bucal y las extremidades, y linfadenopatías cervicales; pero es la afectación cardíaca la que puede otorgarle gravedad a esta enfermedad. Sus manifestaciones aparecen en la fase subaguda del proceso y varían desde alteraciones inespecíficas del electrocardiograma, sin presencia de síntomas, hasta la aparición de soplos cardíacos, pericarditis, miocarditis y aneurismas coronarios, que pueden ser causas de síndromes coronarios agudos. La angiotomografía multicorte es fundamental para el diagnóstico no invasivo y el seguimiento de

las secuelas coronarias.

Se presentan las imágenes tomográficas de un varón de 18 años de edad que padeció una enfermedad de Kawasaki a los 18 meses de nacido, para la cual no recibió tratamiento. La imagen bidimensional (**Panel A**) muestra un aneurisma fusiforme gigante inmediatamente después del *ostium* de la arteria coronaria izquierda, que afecta al tronco coronario izquierdo (TCI) y los orígenes de las arterias descendente anterior (DA) y circunfleja (Cx) (**Paneles B, C y D**). En la reconstrucción volumétrica se observa que mide 13 × 24 mm (**Panel E**), razón por la que se considera gigante, al tener un diámetro ≥ 8 mm. El resto de segmentos y ramas arteriales son normales. Aunque el pronóstico es incierto, ya que se ha planteado que los aneurismas gigantes no regresan, la evolución de este paciente ha sido favorable, lleva una vida normal activa y se ha demostrado la reducción del tamaño de un aneurisma preexistente —de menores dimensiones— en la coronaria derecha (CD), visualizado en tomografías previas. El ecocardiograma transtorácico, el registro de Holter y la prueba de esfuerzo, no han mostrado alteraciones significativas. El diagnóstico precoz de la enfermedad y la instauración oportuna de tratamiento con ácido acetilsalicílico y gammaglobulinas reduce considerablemente la aparición de complicaciones cardiovasculares.

✉ FL Moreno-Martínez
Cardiocentro Ernesto Che Guevara
Calle Cuba N° 610 e/ Barcelona y Capitán Velasco
Santa Clara, CP 50200. Villa Clara, Cuba.
Correo electrónico: revista.corsalud@gmail.com

