



Archivos de Cardiología de México

www.elsevier.com.mx

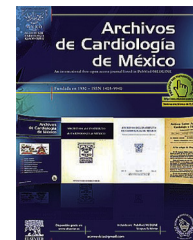


IMAGEN EN CARDIOLOGÍA

Probable enfermedad de Kawasaki diagnosticada en fase de secuelas en un hombre adulto de 56 años de edad



Enrique Asensio Lafuente*, T.R. Aquiles Montalvo Ramos y Abel Linares Rodríguez

Servicio de Medicina Interna, Sección de Cardiología, Hospital Médica TEC 100, Querétaro, México

Recibido el 2 de junio de 2014; aceptado el 18 de octubre de 2014

PALABRAS CLAVE

Enfermedad de Kawasaki;
Angiografía;
Cardiopatía isquémica

KEYWORDS

Kawasaki's disease;
Angiography;
Ischemic heart disease

Resumen Se presenta el caso de un paciente de 56 años edad que sufre un evento isquémico agudo con arterias coronarias con una importante dilatación en los segmentos proximales izquierdos y una dilatación de hasta 10 mm de diámetro en la coronaria derecha proximal y todo el segmento vertical, compatibles con enfermedad de Kawasaki en fase de secuelas crónicas. © 2014 Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

Possible Kawasaki disease in a 56 years-old male patient diagnosed in sequelae phase

Abstract We present a 56 years-old male patient with an acute ischemic episode. The patient showed significant dilation of the left main coronary artery and proximal segments of the left descending artery, as well as a right coronary artery with a 10 mm diameter in the proximal and medial segments. These findings are compatible with a Kawasaki's disease in a chronic phase. © 2014 Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Published by Masson Doyma México S.A. All rights reserved.

Se presenta la imagen de angiografía de un paciente de 56 años de edad, sin factores de riesgo cardiovascular.

El paciente es un atleta que refiere dolor torácico típico asociado a una gastroenteritis infecciosa con deshidratación. Hay cambios electrocardiográficos en la cara inferior y elevación enzimática, por lo que se decide realizar angiografía coronaria e intervención coronaria transluminal percutánea.

La imagen inicial muestra una arteria coronaria derecha dilatada, con diámetros de hasta 10 mm, con un importante componente de trombo en su interior (**fig. 1A**). La arteria

* Autor para correspondencia. Hospital Médica TEC 100 Prol. Priv. Ignacio Zaragoza 16-H, Torre II, Cons 607. CP 76030, Querétaro, Querétaro, México, Teléfono: +442 2428031.

Correo electrónico: easensiol@gmail.com (E. Asensio Lafuente).

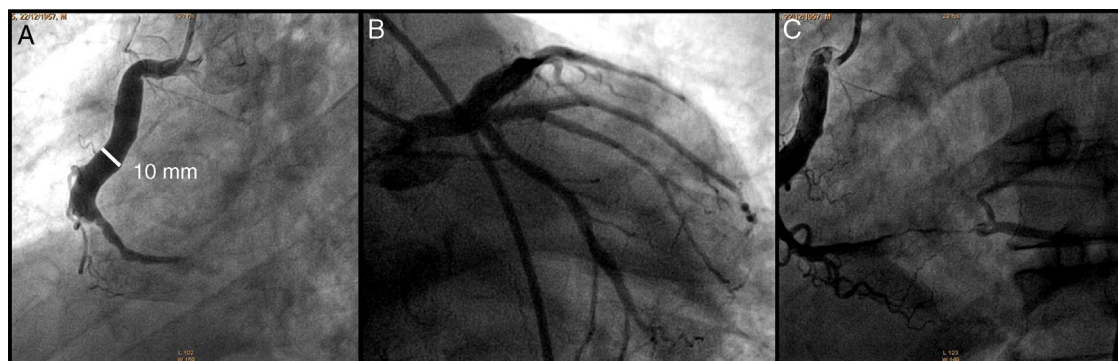


Figura 1 Evento isquémico inicial. El panel A muestra la arteria coronaria derecha como se encontró al inicio del procedimiento, con una imagen de trombo irregular en el tercio distal sin lesiones ateromatosas evidentes pero con diámetro de 10 mm en el segmento vertical (el catéter empleado para referencia es un Judkins izquierdo de 6 Fr para diagnóstico). La oclusión inicial era del 100%. El panel B muestra el aspecto inicial de la arteria coronaria izquierda. El panel C presenta el resultado después de aspirar el trombo, con recanalización distal y flujo lento y con un diámetro distal de 8-6 mm de la coronaria derecha.

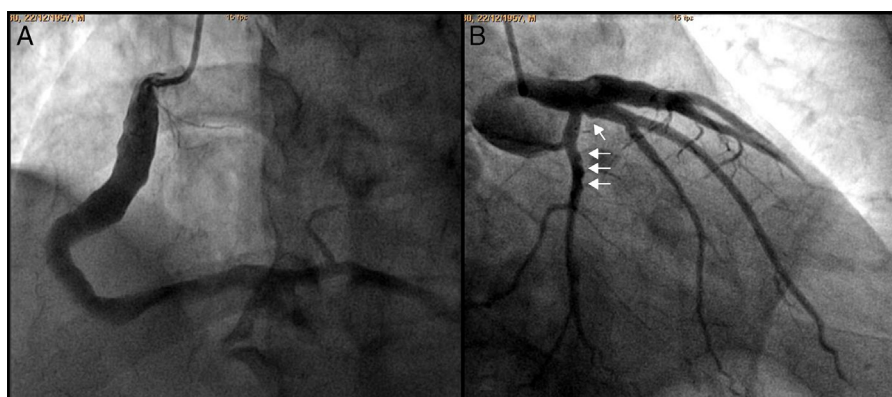


Figura 2 Control angiográfico. En el control angiográfico se aprecia la dilatación persistente de la arteria coronaria derecha con flujo distal lento, sin placas ateromatosas significativas (panel A). La coronaria izquierda (panel B) muestra también una dilatación importante del tronco coronario izquierdo así como de los segmentos proximales de la descendente anterior, ramo intermedio y de la arteria circunfleja en menor medida, aunque esta última evidencia algunas irregularidades proximales (flechas) que corresponden a zonas aneurismáticas.

coronaria izquierda se puede ver en la [figura 1B](#). La velocidad de flujo es normal.

Se hace aspiración del trombo en la coronaria derecha con un resultado angiográfico poco satisfactorio ([fig. 1C](#)). Se decide tratamiento con doble esquema de antiagregación plaquetaria, tirofiban y heparina convencional. La fracción de expulsión ventricular izquierda residual es del 42%.

Una coronariografía de control ([fig. 2](#)) antes del implante de un desfibrilador automático muestra la presencia de secuelas de una enfermedad de Kawasaki con un importante compromiso de la arteria coronaria derecha, ectasias extensas y compromiso del tronco izquierdo y descendente anterior proximal. El paciente recuerda múltiples episodios de infecciones de vías respiratorias altas o síndromes febriles en la infancia, pero no puede precisar más información.

La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis generalizada aguda que puede ocasionar anomalías coronarias en el 25% de los pacientes que no reciben tratamiento. Es más común en hombres y el 75% de los casos ocurren antes de los 5 años de edad. Por otro lado, se calcula que en el 60% de los casos, las anomalías coronarias se corrigen en un lapso de un año¹⁻³.

Antes del empleo del uso rutinario de la inmunoglobulina intravenosa, el 20-30% de los casos mostraban dilataciones coronarias importantes, como es posiblemente el caso que se presenta^{1,4}.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Jamieson N, Singh-Grewal D. Kawasaki disease: A clinician's update. *Int J Pediatr*. 2013, <http://dx.doi.org/10.1155/2013/645391>. Article ID 645391.
2. Takahashi M, Mason W, Lewis AB. Regression of coronary aneurisms in patients with Kawasaki syndrome. *Circulation*. 1987;75:387-94.
3. Fimbres AM, Shulman ST. Kawasaki disease. *Pediatr Rev*. 2008;29:308-16.
4. Ataya A. Adult Kawasaki disease. *Q J Med*. 2013;106:687-8.