



ORIGINAL

Aneurismas coronarios gigantes en lactantes con enfermedad de Kawasaki

Antonio Sánchez Andrés*, Inmaculada Salvador Mercader, Julia Seller Moya y José Ignacio Carrasco Moreno

Servicio de Cardiología Pediátrica, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

Recibido el 18 de marzo de 2016; aceptado el 15 de julio de 2016

PALABRAS CLAVE

Aneurismas coronarios gigantes;
Infancia;
Enfermedad de Kawasaki

Resumen

Introducción: La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis aguda de causa desconocida, predominante en el sexo masculino. Los efectos de la enfermedad a largo plazo dependen de la existencia de lesiones coronarias —aneurismas—, siendo el pronóstico de los pacientes con aneurismas gigantes sombrío, ya que en su evolución natural pueden presentar trombosis coronaria o lesiones obstructivas severas.

Objetivos: Describimos las características de una serie de 8 pacientes lactantes con EK y severa afectación coronaria. Se describen la epidemiología y los métodos diagnósticos, y se revisa el tratamiento de la fase aguda, así como las secuelas cardiovasculares a largo plazo.

Métodos: Se realizó un análisis descriptivo de pacientes ingresados en el Servicio de Cardiología Pediátrica del Hospital Universitario La Fe (Valencia) por EK con afectación coronaria.

Resultados: En todos los casos se objetivó la afectación de más de una arteria. El diagnóstico se instauró precozmente en solo 2 casos, a pesar de ello, ningún paciente presentó deterioro grave de la función ventricular durante la fase aguda. El tratamiento incluyó gammaglobulina por vía intravenosa y ácido acetilsalicílico en dosis antiinflamatorias durante la fase aguda. En los casos de trombosis coronaria se asociaron doble antiagregación y corticoides. Las lesiones aneurismáticas silentes persisten hasta el momento actual.

Conclusiones: La EK es la causa más común de enfermedad cardíaca adquirida en niños. El retraso en el diagnóstico se asocia a mayor frecuencia de lesiones coronarias, que podrían incrementar el riesgo de eventos cardiovasculares en la edad adulta, precisando este subgrupo un seguimiento clínico estrecho con control de los factores de riesgo cardiovascular a largo plazo.

© 2016 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tonisanchan@hotmail.com (A. Sánchez Andrés).

KEYWORDS

Giant coronary aneurysms;
Children;
Kawasaki disease

Giant coronary aneurysms in infants with Kawasaki disease

Abstract

Introduction: Kawasaki disease (KD) is an acute vasculitis of unknown origin and predominant in males. The long-term effects of the disease depend on whether there are coronary lesions, particularly aneurysms. The prognosis of patients with giant aneurysms is very poor due to their natural progression to coronary thrombosis or severe obstructive lesions.

Objectives: A series of 8 cases is presented where the epidemiology and diagnostic methods are described. The treatment of the acute and long-term cardiovascular sequelae is also reviewed.

Methods: A descriptive analysis was conducted on patients admitted to the Paediatric Cardiology Unit of La Fe University Hospital (Valencia) with KD and a coronary lesion.

Results: More than one artery was involved in all patients. Although early diagnosis was established in only two cases, none of the patients had severe impairment of ventricular function during the acute phase. Treatment included intravenous gammaglobulin and acetylsalicylic acid at anti-inflammatory doses during the acute phase. A combination of dual antiplatelet therapy and corticosteroids was given in cases of coronary thrombosis. The silent aneurysms continue to persist.

Conclusions: KD is the most common cause of acquired heart disease in children. The delay in diagnosis is associated with a greater likelihood of coronary lesions that could increase the risk of cardiovascular events in adulthood. Thus, this subgroup requires close clinical monitoring for a better control of cardiovascular risk factors over time.

© 2016 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una de las vasculitis más frecuentes de la infancia cuyo origen sigue siendo desconocido. Es más frecuente en niños de origen asiático y con edades comprendidas entre los 2 y los 5 años^{1,2}. Todas las estructuras cardíacas pueden verse implicadas, pero la afectación coronaria es la complicación más temida, dado que la formación de aneurismas coronarios (AC) puede dar lugar a trombosis, cardiopatía isquémica, así como aterosclerosis precoz y muerte súbita en su evolución, con mención especial en aquellos aneurismas de gran tamaño, con mayor frecuencia de complicaciones (estenosis/trombosis). El tratamiento en la fase aguda está dirigido a controlar el estado inflamatorio sistémico, mientras que a largo plazo está enfocado a la prevención de la cardiopatía isquémica en aquellos pacientes que desarrollaron lesiones coronarias³ (figs. 1–4).

Material y métodos

Se realizó un análisis descriptivo de forma retrospectiva entre octubre del 2004 y mayo del 2015. Se incluyó a 8 pacientes menores de 2 años con criterios de EK completo o incompleto (tabla 1) y AC gigantes.

La EK según la definición de Kawasaki¹ en 1967 se define como presencia de fiebre elevada > 5 días de evolución y 4 de los siguientes criterios: inyección conjuntival bilateral no exudativa, alteraciones bucales (lengua aframbuesada), eritema y descamación palmoplantar, exantema polimorfo no petequial y adenopatías (tabla 1)⁴. Se consideró EK incompleta si únicamente se presentaban 2-3 de los 5 criterios. En cuanto a las alteraciones analíticas, la

EK se asocia invariablemente con un proceso inflamatorio, con elevación de la VSG (> 20 mmHg), la PCR (> 30 mg/l) y los leucocitos (> 12.000/mm³). La trombocitosis (plaquetas > 450.000/mm³) se produce hacia el final de la segunda semana de la enfermedad y, por tanto, no tiene utilidad diagnóstica en la fase aguda, en la que el recuento de plaquetas puede ser bajo o normal (peor pronóstico). Otras alteraciones analíticas son: hiperbilirrubinemia, hipertransaminasemia, hipoalbuminemia (< 3,5 g/dl), piuria estéril y pleocitosis en el líquido cefalorraquídeo.

Al ingreso en nuestro centro los pacientes con sospecha de EK fueron valorados cardiológicamente con un examen físico completo, electrocardiograma y ecocardiograma. Las alteraciones coronarias, se clasificaron en: ectasias, aneurismas pequeños < 5 mm, medianos (5-6 mm) y gigantes > 6-8 mm y/o Z-score (≥ 10)^{5,6}; y estenosis/trombosis coronaria. Cuando hay afectación coronaria extensa, hoy día, se preconiza la realización de una TC de coronarias (TCC) para caracterizar la afectación anatómica o detectar complicaciones. Así mismo la aparición de la resonancia magnética y su aplicación en la cuantificación de la perfusión miocárdica mediante la administración de dipiridamol IV (RMDPIV) permite una mejor caracterización del daño miocárdico y de la viabilidad del tejido afectado.

Las variables recogidas incluyeron: sexo, edad, estacionalidad, días de fiebre, criterios clínicos y analíticos —incluyendo péptido natriurético cerebral (pro-BNP) o biomarcadores de daño miocárdico (troponina T)— y datos de técnicas de imagen como la ecocardiografía, la TCC y otras técnicas con valoración funcional, como la gammagrafía de perfusión miocárdica o la RMDPIV y tratamiento recibido.

En cuanto a los tratamientos y las dosis empleadas, las gammaglobulinas (IGIV) se utilizaron en perfusión continua

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5717142>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5717142>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)