

REGRESION DE ANEURISMAS CORONARIOS EN PACIENTES CON EL SINDROME DE KAWASAKI

Takahashi, M., Mason, W. y Lewis, A.B.
Circulación Vol. 75 No. 2, Feb. 1987

Traducción y resumen: Katherine Carias

El Síndrome de Kawasaki fue descrito por primera vez en Japón en 1967, ha tenido atención mundialmente por el desarrollo de aneurismas coronarias en 15 a 20% de los pacientes. Las muertes han ocurrido por infarto al miocardio a seguidas de trombosis dentro del aneurisma. Originalmente la mortalidad fue de 2% pero hoy día en Japón es de 0.3%. La disminución en la mortalidad se debe al diagnóstico temprano y a la terapia con aspirina.

METODOS

Un total de 186 pacientes con el Síndrome de Kawasaki fueron vistos en el "Childrens Hospital of Los Angeles" de 1979 a 1983. La edad promedio fue dos años (2) tres meses y la relación varón a hembra fue de 1.6:1.

El diagnóstico se hizo usando los criterios clínicos establecidos por el Centro de Control de Enfermedades. Se hicieron estudios de laboratorio para excluir enfermedades como leptospirosis, infecciones por *Ebstein - Barr* y estreptococo grupo A. La historia clínica incluyó preguntas para descartar reacciones a drogas y exposición a mercurio.

Todos los pacientes con el diagnóstico de Síndrome de Kawasaki en la fase febril aguda fueron manejados con aspirina (80 a 100 mg/K/día) hasta que los síntomas cesaron. La dosis en este momento se redujo a 5 a 10 mg/K/día para inhibir la agregación plaquetaria. En los pacien-

tes con aneurismas coronarios grandes y múltiples se añadió dipiridamole (2 a 3 mg/K/día). En los pacientes sin evidencia de aneurisma por ecocardiograma o que tenían resultados por eco de falso positivo por la verificación angiográfica, la aspirina se suspendió en 2 a 6 meses.

En todos, la velocidad de eritrosedimentación y el conteo de plaquetas fue normal cuando se detuvo la terapia. En los pacientes con evidencia de aneurisma por eco, la terapia con aspirina se continuó hasta que no había evidencia del aneurisma.

ECOCARDIOGRAMA

Se usó un ecocardiógrafo bidimensional y una arteria coronaria con una luz uniforme, de 2mm o menos, se consideraron normal y una arteria con el diámetro de 3mm ó más anormal.

ARTERIOGRAFIA CORONARIA

Unos 28 de los 34 pacientes con evidencia por eco de anomalías en las arterias coronarias, fueron sometidos a cateterización cardíaca y angiografía, donde confirmó el aneurisma.

CLASIFICACION MORFOLOGICA DE LOS ANEURISMAS

Los aneurismas fueron clasificados en 4 grupos: fusiforme, sacular, ectática y segmentado. Los primeros dos fueron localizados en cualquier segmento de la arteria y los últimos en porciones grandes de las arterias. Los fusiformes se limitan a un segmento corto y característicamente demostraron una transición gradual en su diámetro interno desde la parte normal hasta el segmento dilatado en ambos extremos terminales, (proximal y distal). Los saculares también se limitaron a un segmento corto pero estos demostraron una transición abrupta del estado normal a dilatado. Los ectáticos ocuparon un segmento largo y su dilatación fue uniforme. Los segmentados también ocuparon un segmento largo pero la dilatación fue interrumpida con áreas estenóticas.

RESULTADOS

Treinta y cuatro (34) de los 186 pacientes tuvieron evidencia por eco de aneurismas coronarios. Un solo paciente murió por un infarto al miocardio causado por trombosis múltiples de la arteria coronaria. La tasa de mortalidad de este estudio fue de 0.5%. La incidencia de aneurismas coronarios en este estudio fue 16.4% demostrado por eco. La resolución de las aneurismas fue 18 por eco y se confirmó la resolución en 14 pacientes por angiografía.

Once (11) de los 28 pacientes (39%) menores de 1 año de edad desarrollaron aneurismas coronarios mientras solamente 20 de 158 (13%) mayores de 1 año lo desarrollaron. Todos los aneurismas en los niños menores de 1 año tuvieron resolución mientras solamente 50% se resolvieron en el grupo mayores de 1 año de edad. La probabilidad en los pacientes mayores de 1 año de resolución en 18 meses es 68% y de un 100% en el grupo de niños menores de 1 año.

Según el sexo, las niñas tuvieron resolución de los aneurismas en 100% y en los niños solamente un 42%. La diferencia entre el sexo y la edad fue: niños a niñas con resolución tenían 1.11 ± 1.97 años. También la incidencia de aneurismas en niños mayores de 2 años fue 15.9% y en niñas de la

misma edad, 4.9%

Las aneurismas fusiformes tuvieron mejor resolución que los saculares (8 de 10 fusiformes y 3 de 17 saculares). El sitio más frecuente de los aneurismas fue el segmento proximal de la rama descendente anterior-izquierda y el sitio menos frecuente fue la arteria circunfleja izquierda.

DISCUSION

Las características de estos pacientes son consistentes con otros estudios. En este estudio 2/3 de los pacientes con evidencia inicial por eco del aneurisma tuvieron resolución. La incidencia de aneurismas es mayor en pacientes menores de 1 año de edad. El Síndrome de Kawasaki parece tener un curso menos severo en niñas que en niños mayores de 2 años. Las aneurismas fusiformes resuelven más que los saculares. La localización de los aneurismas ocurrió en los segmentos proximales de las grandes arterias coronarias en la mayoría de los casos. Los aneurismas en los segmentos distales siempre se asociaron con aneurismas en los segmentos proximales y la regresión empezó en el segmento distal y procedió centralmente. Algunos factores mecánicos hacen el segmento proximal más vulnerable a la formación del aneurisma y al mismo tiempo menos capaz de cicatrizar. Primero, los segmentos proximales son más grandes. La pérdida de la integridad vascular de la pared por inflamación puede aumentar la tensión de la pared en los segmentos medianos y distales. Segundo, los segmentos proximales están más expuestos. Finalmente los segmentos proximales tienden a distenderse durante la sístole ventricular temprana por el aumento de la presión aórtica y al cese del flujo coronario intraluminal.

La terapia con aspirina parece prevenir los trombosos y permite una restitución más gradual del contorno luminal. No se sabe si la capacidad funcional de estas arterias coronarias curadas es normal.

Las pruebas de stress combinadas con rastreo de perfusión del miocardio y arteriografía son necesarios para elucidar la capacidad funcional de estas arterias coronarias. Es necesario también hacer más estudios sobre el mecanismo de resolución de los aneurismas.