

Evolución coronaria aguda y tardía en 1073 pacientes con enfermedad de Kawasaki con y sin tratamiento con γ -inmunoglobulina endovenosa

Acute and late coronary outcomes in 1073 patients with Kawasaki disease with and without intravenous γ -immunoglobulin therapy

Ming-Tai Lin, Li-Chuan Sun, En-Ting WU, Jou-Kou Wang, Hung-Chi Lue, Mei-Hwan Wu

Resumen

Objetivo: Este estudio evaluó los resultados de la afectación coronaria aguda y tardía y sus factores de riesgos en pacientes con enfermedad de Kawasaki.

Diseño: Estudio retrospectivo.

VARIABLES PRINCIPALES: Fueron evaluadas la afectación coronaria aguda y los resultados tardíos (supervivencia libre de aneurismas, persistencia de aneurismas y episodios de isquemia).

MATERIAL Y MÉTODOS: El diagnóstico de enfermedad de Kawasaki (EK) se basó en criterios clínicos para EK. A todos los pacientes se les realizó un ecocardiograma en la etapa febril, en la fase subaguda (1, 3 y 6 semanas) y 3 meses después del inicio de la fiebre. Basados en el tamaño de los aneurismas, estos se clasificaron en pequeños (≤ 4 mm), medianos (4-8 mm) y gigantes (> 8 mm). La regresión de los aneurismas fue confirmada por ecocardiografía bidimensional y eventualmente por TAC o angiografía en pacientes con aneurismas mayores de 4 mm o en pacientes que presentaban síntomas de miocardiopatía isquémica así como también en el seguimiento de los pacientes con aneurismas gigantes cada 3-5 años. Para los pacientes con seguimiento ecocardiográfico se definió como regresión cuando el ecocardiograma mostraba arterias coronarias con apariencia, tamaño y función cardíaca normal. Una dosis antiagregante de aspirina se mantuvo durante 6 a 8 semanas hasta la regresión de las lesiones evidenciadas por el ecocardiograma, y se realizó un electrocardiograma (ECG) cuando el paciente refería opresión torácica. El diagnóstico de isquemia miocárdica se realizó en base a cambios en el segmento S-T del ECG o por centellograma por perfusión.

RESULTADOS: Se analizaron 1073 pacientes con diagnóstico de EK en un centro médico de atención terciaria entre 1980 y 2012 (33 años); 664 varones y 409 mujeres. Se incluyeron 22 pacientes con EK incompleta o atípica que presentaban lesiones en las arterias coronarias. La mediana de edad al diagnóstico fue de 1,59 años (1 mes a 18 años). No se administró inmunoglobulina en 366 pacientes (34,1%). El 40,6 % de los pacientes presentaron lesiones en arterias coronarias en la etapa febril aguda. En 196 pacientes (18,3%) estas lesiones persistieron más allá del mes (70,4% varones); 125 pacientes (11,6%) tenían aneurismas pequeños; 44 (4,1%) tenían aneurismas medianos y 27 (2,5%) presentaban aneurismas gigantes. En el seguimiento ulterior de los pacientes por un período de 1 a 46 años, el 9% de los pacientes que presentaron aneurismas pequeños, 55% de los que presentaban aneurismas medianos y la

totalidad de los que presentaban aneurismas gigantes persistieron con los mismos. Se produjeron eventos isquémicos en 14 pacientes (93% varones) y hubo 4 decesos. El único riesgo independiente para la persistencia de aneurisma fue la gravedad del aneurisma al mes de iniciada la EK ($X^2 = 80,73$, $p < 10^{-3}$). El sexo masculino y la terapia con inmunoglobulina fueron factores de riesgo independientes de la gravedad de afectación coronaria inicial y no fueron asociados a los resultados finales de las coronarias incluso en los subgrupos estudiados.

Conclusiones: La gravedad de la afectación coronaria un mes después de iniciada la EK es el factor crucial para evaluar los resultados finales del compromiso coronario. Aunque el uso de inmunoglobulina endovenosa mejora la gravedad inicial de las lesiones coronarias no modifica el destino a largo plazo de los aneurismas coronarios.

Palabras clave: Cardiología, lesiones arteriales coronarias, enfermedad de Kawasaki, isquemia miocárdica, factores de riesgo.