

Imagen en cardiología

Arteritis de Takayasu: iluminando su afección coronaria

Illuminating Coronary Artery Involvement in Takayasu Arteritis

Félix Valencia-Serrano*, Alejandro Sánchez-Espino y Rosa Lázaro-García

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España

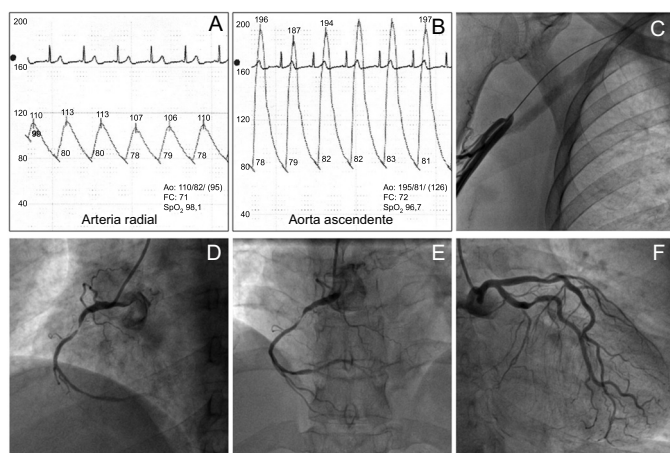


Figura 1.

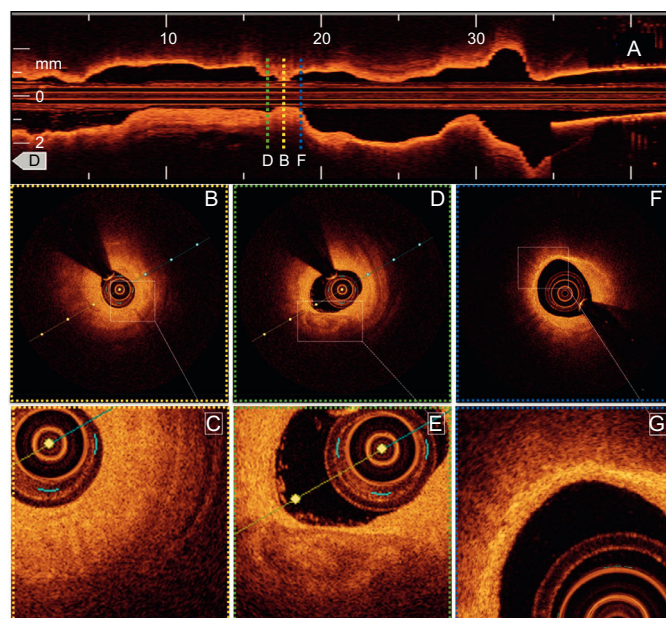


Figura 2.

Mujer de 49 años con enfermedad de Takayasu remitida para coronariografía por infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST inferior. El acceso por vía radial derecha mostró hipertensión arterial central con presiones periféricas normales, la práctica obliteración de la arteria axilar (figuras 1A-C) y una estenosis grave en coronaria derecha media (figuras 1D-F y vídeo 1 del material suplementario). Se realizó tomografía de coherencia óptica (OCT) de la lesión culpable. Al nivel crítico de la estenosis, había engrosamiento fibrointimal intenso con integridad endotelial aparente y ausencia de trombo evidente (figuras 2A-C y vídeo 2 del material suplementario). Distal a esta, una región de señal hipointensa, heterogénea y de bordes bien definidos indicaba un depósito focal de calcio (figuras 2D-E). Proximal y distal a esta, había áreas de engrosamiento fibrointimal asimétrico e infiltrados hiperintensos con sombra posterior que indicaban macrófagos (figuras 2E-G). Finalmente se implantó un *stent* (vídeo 3 del material suplementario).

La afección cardíaca, de origen multifactorial, es causa principal de muerte en la enfermedad de Takayasu. El sustrato patológico de la afección coronaria se conoce fundamentalmente por estudios necrópsicos. La resolución espacial y la naturaleza *in vivo* de la OCT ofrecen una oportunidad única de conocer su histología virtual y expandir el conocimiento sobre ella. A diferencia de un caso previo en que solo había lesiones fibrociatriciales en una paciente con disfunción ventricular, en el nuestro la OCT demostró una estenosis crítica asociada a un depósito cálcico como sustrato patológico del síndrome coronario agudo, así como la afección parcheada por un proceso inflamatorio crónico activo de la pared arterial.

MATERIAL SUPLEMENTARIO



Se puede consultar material suplementario a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.recesp.2016.06.018](https://doi.org/10.1016/j.recesp.2016.06.018).

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: valenciafelix@hotmail.com (F. Valencia-Serrano).
On-line el 23 de septiembre de 2016

Full English text available from: www.revespcardiol.org/en