



Fig. 1

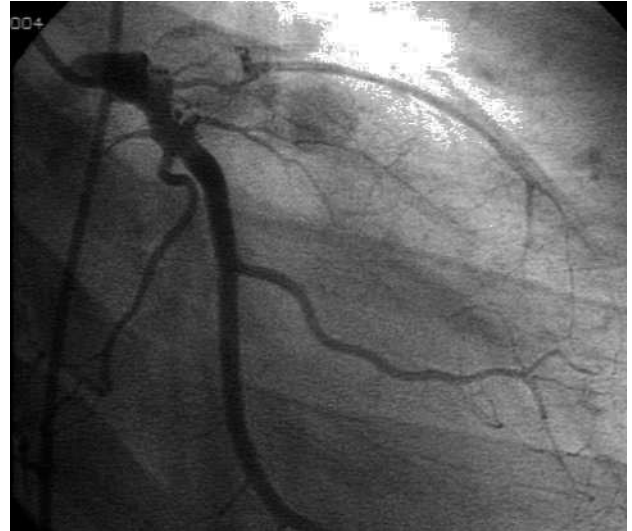


Fig. 2

Aneurisma coronario gigante en la enfermedad de Kawasaki

Un varón de 22 años, consumidor ocasional de cocaína y fumador de 20 cigarrillos/día, fue remitido a nuestro centro por dolor torácico. La exploración física y la analítica de control fueron normales. El electrocardiograma mostró bloqueo de rama derecha con ondas q en V1, V2 y V3. La radiografía de tórax (fig. 1) mostró una imagen calcificada, redondeada superpuesta a la silueta cardíaca. En el ecocardiograma se objetivó un ventrículo izquierdo dilatado y adelgazado, con hipocinesia general más marcada en el septo y la cara anterior, con disfunción sistólica severa (fracción de eyección del 30%). Se realizó una coronariografía que mostró oclusión completa de la arteria descendente anterior distal a un aneurisma gigante calcificado (fig. 2) y oclusión completa de la coronaria derecha. Se realizó un ecocardiograma con dobutamina, que demostró

miocardio viable. El paciente fue sometido a una doble derivación aortocoronaria (a la descendente anterior con arteria mamaria izquierda y a la descendente posterior con mamaria derecha). Un año después de la cirugía, el paciente presenta mejoría de la fracción de eyección (40%) y clínicamente se encuentra libre de angina.

Aunque se ha descrito aneurismas coronarios relacionados con el consumo de cocaína y en la enfermedad arteriosclerosa, la presencia de un aneurisma gigante calcificado condujo al diagnóstico de presunción de enfermedad de Kawasaki previa.

Verónica Hernández y Jesús Saavedra

Hospital Universitario de Getafe. Getafe. Madrid. España.