

#051 | Cirugía de revascularización miocárdica en paciente con Arteritis de Takayasu y enfermedad coronaria severa

Valentina Isj¹; Santiago Cubas¹; Juan Montero¹; Daniel Brusich¹; Juan Paganini¹

1 - Centro Cardiovascular Universitario, Hospital de Clínicas Dr Manuel Quintela.

Introducción:

La arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis granulomatosa que afecta a grandes vasos, más frecuente en mujeres jóvenes, con una incidencia anual de 1-2 casos por millón de personas. Afecta principalmente a la aorta en su porción proximal y sus principales ramas, generando engrosamiento de la pared arterial. Conlleva mayor riesgo de presentar lesiones coronarias, y cuando se presentan, éstas suelen ser a nivel ostial o proximal. Presentaremos el caso de una paciente portadora de AT con enfermedad coronaria severa.

Historia clínica:

AP: Sexo femenino, 46 años, HTA, hipotiroidismo, dislipemia, ERC estadio IIA, AT en tratamiento con metotrexate, histerectomizada. Enfermedad coronaria conocida, SCASEST 2020 con ATC de TCI, 2021 ATC ACx, ATC ACD tercio medio, 2023 reestenosis ostial y proximal de stent en ACx.EA: Consulta por episodios de dolor torácico urente de una semana de evolución, que aparece en reposo y cede espontáneamente a los 10 minutos. Se realiza ECG que evidencia supradesnivel del segmento ST en aVR e infradesnivel del ST difuso. Curva de troponinas positiva. EF: lúcida, buen estado general, hipocoloreada, bien hidratada y perfundida. CV: ritmo regular de 60 cpm, ruidos normofonéticos, silencios libres, sin elementos de falla cardíaca. Resto sin alteraciones.

Pruebas complementarias:

AngioTAC de aorta: leve engrosamiento parietal difuso a nivel del cayado hasta la emergencia de los troncos supraaórticos, engrosamiento parietal circunferencial del sector proximal de la arteria subclavia izquierda, determina luz residual de hasta 3 mm. Ambas arterias ilíacas comunes se encuentran con calibre marcadamente disminuido. ETT: VI de dimensiones máximas, hipertrofia excéntrica. Disquinesia septal, aquinesia inferoseptal basal y media e inferior basal y media, hipoquinesia anteroseptal basal y media. FEVI 45%. Patrón de llenado del VI tipo pseudonormal. Aurículas de dimensiones normales. VD de dimensiones normales, función sistólica normal. Sin valvulopatías.

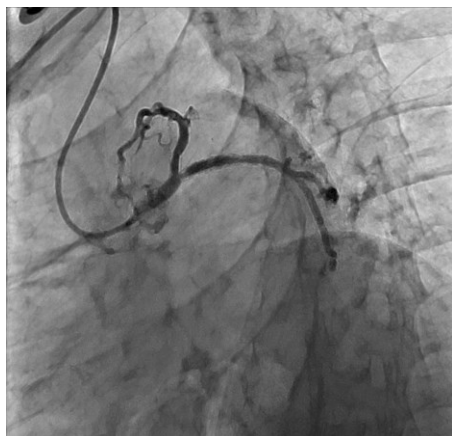


Imagen 1. CACG proyección oblicua anterior izquierda caudal, resultado mantenido de ATC previa en TCI, resultado mantenido ATC previa en origen de ADA y estenosis suboclusiva en tercio medio e ADA, reestenosis en origen de ACx



Imagen 2. CACG proyección anteroposterior craneal



Imagen 3. CACG proyección oblicuo anterior izquierda, oclusión crónica de tercio medio de ACD.

Diagnóstico:

Dados estos hallazgos se realizó diagnóstico de IAMSEST en paciente con AT. Se confirma en CACG enfermedad severa de 3 sistemas arteriales.

Discusión:

El tratamiento de las lesiones coronarias en pacientes con AT presenta un desafío por múltiples motivos. Estos pacientes presentan altas tasas de reestenosis intrastent por lo que la CRM se considera el tratamiento de elección. Si el cuadro clínico lo permite, es recomendable evitar llevar a cabo la revascularización durante períodos de actividad inflamatoria. A su vez, en pacientes con afectación de la arteria subclavia izquierda no es conveniente utilizar la AMII. La paciente fue sometida a CRM sin CEC. Se confeccionaron dos bypass término laterales de vena safena-ADA y vena safena-AMO, con una única anastomosis proximal a la aorta, la proximal del AMO fue sacado en Y desde el bypass vena-ADA. En el postoperatorio presentó una buena evolución, alta a domicilio en tiempos habituales, manteniéndose asintomática desde el punto de vista cardiovascular.