

Ente rmedad de Kawasaki

Seguimiento y pronóstico Cardiológico



Dr. Francisco Comas

lesión coronaria inicial y residual

Que grado de lesión presentó en la etapa aguda?

Como fue su evolución inicial?

Como se encuentran actualmente sus coronarias?

Manejo y seguimiento a largo plazo

Comienza a partir de la 4ta - 6ta semana



Resolución de signos y síntomas

La afección coronaria alcanzó su máxima extensión

Vasculitis subaguda - crónica: proliferación

OBJETIVOS

Prevenir la trombosis y la isquemia miocárdica

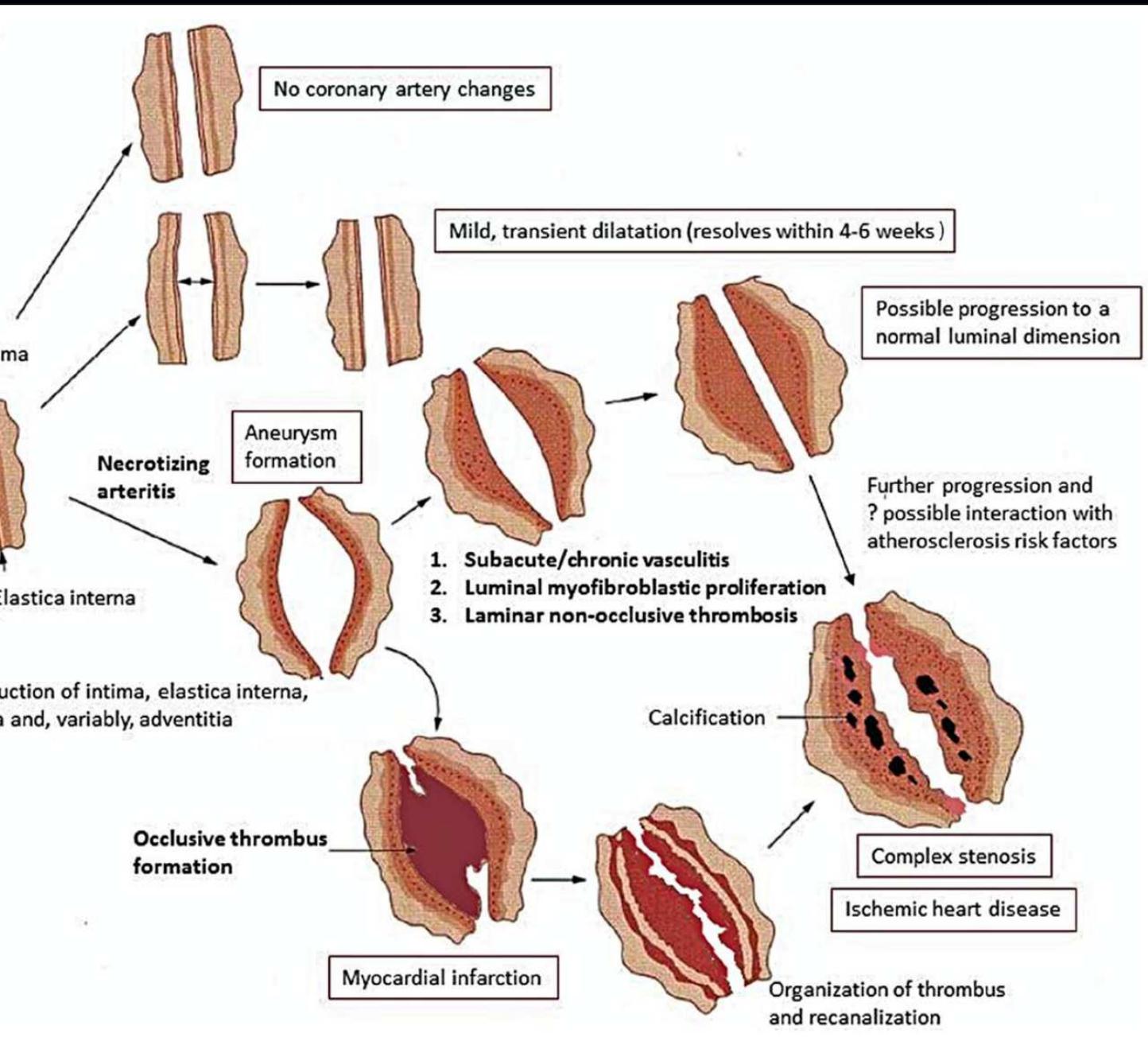
Optimizar la salud cardiovascular: funcional - psicosocial -
FRCV

Trombopprofilaxis adecuada

Detección temprana de obstrucciones

Definir necesidad de revascularización y método terapéutico

Facilitar y optimizar el proceso de transición pediatría - adulto



- Alteración en la geometría
- Alteración de la pared
- Disfunción endotelial
- Alteración de la dinámica del flujo

Estratificación de riesgo

Riesgo de isquemia miocárdica (estenosis - trombosis)

Severidad de lesión coronaria: extensión, evolución (máxima lesión presentada y estado actual).

Método diagnóstico:

- Ecocardiograma: evaluación del tamaño de lesiones coronarias ajustadas al tamaño corporal (Zscore)

1	No presento lesión coronaria en ningún momento (Zscore siempre <2)
2	Solo dilatación (Zscore 2 - <2.5)
3	Aneurisma pequeño (Zscore 2.5 - 5)
3.1	Persistente
3.2	Evolución a diámetro normal o solo dilatación
4	Aneurisma moderado (Zscore 5-10 diámetro absoluto menor 8 mm)
4.1	Persistente
4.2	Disminuyo a pequeño
4.3	Disminuyó a normal o solo dilatación
5	Aneurisma grande o gigante (Zscore >10 o diámetro > 8 mm)
5.1	Persistente
5.2	Disminuyó a moderado
5.3	Disminuyo a pequeño
5.4	Disminuyo a normal o dilatado

incrementar el riesgo

lesiones largas y distales

numero total de aneurismas

numero de ramas afectadas

Presencia de lumen irregular

Alteraciones de la pared (calcificacion, engrosamiento)

Alteraciones funcionales (flujo de reserva)

Ausencia o escaso flujo colateral

Antecedentes de revascularizacion

Antecedentes de trombosis

Antecedentes de IM

¿Cuánto es la evaluación cardiológica con ECG y eco cardiograma?

¿Cuándo tengo que hacer algún estudio que evalúe si se induce isquemia?
(ergometría - ecoestress - estudios nucleares de perfusión)

¿Cuándo hay que hacer estudios adicionales? cateterismo, RNM o AngioTAC?

¿Con qué frecuencia buscar y prevenir FR cardiovasculares? Perfil lipídico
TA - IMC

¿Qué tipo de actividad física puede realizar?

¿Debe seguir con aspirina siempre? Se puede suspender? Doble
antiagregación?

¿Debe estar anticoagulado ?

¿Las estatinas sirven?

ión	Se puede otorgar alta entre las 6 sem y 1 año	No	No	Al año	Promover la actividad física	
dilatación	Alta luego de 1 año (cada 2 años si persiste dilatado)	No	No	Al año	Promover la actividad física	
risma pequeño	6ta Semana - 6to Mes - Luego anual	Cada 2-3 años	Considerar cada 3-5 años	Al año	Restringir deportes de contacto*	Precaución anticoncepción embar
urisma pequeño peso o queso solo n dilatación	Evaluación cada 2-3 años	Cada 3-5 años	Considerar si en alguna prueba se indujo isquemia	Al año	Promover la actividad física	
risma moderado	3 m - 6 m - 12 m y luego cada 6-12 m	Cada 1-3 años	Cada 2-5 años	Anualmente	Restringir contacto - actividad autocontrolada	Precaución anticoncepción embar
risma moderado so a pequeño	Anual	Cada 2-3 años	Cada 3-5 años	Anualmente	Restringir contacto - actividad autocontrolada	Precaución anticoncepción embar
risma moderado alizo o solo n dilatación	Cada 1-2 años	Cada 2-4 años	Considerar si en alguna prueba se indujo isquemia	Cada dos años	Restringir contacto - actividad autocontrolada	Precaución anticoncepción embar
risma grande o rsistent	1, 2, 3m, 6 m, 9 m, 12 m y luego cada 3-6m	Cada 6-12 m	Base 6-12 m luego cada 1-5 años	Cada 6-12 m	Restringir contacto - actividad autocontrolada	Precaución anticoncepción embar
risma grande que mediano	Cada 6-12 m	Anualmente	Cada 2-5 años	Anualmente	Restringir contacto - actividad autocontrolada	Precaución anticoncepción embar
risma grande que pequeño	Cada 6-12 m	Cada 1-2 años	Cada 2-5 años	Anualmente	Restringir contacto - actividad autocontrolada	Precaución anticoncepción embar

neurisma pequeño	6-8 semanas luego discontinuar	No	No	No	No
neurisma pequeño con dilatación	Continuar luego de la 6-8 sem es razonable	No	No	No	No
neurisma pequeño constante	Continuar	Puede ser considerada	Puede ser considerada como alternativa a la Anticoagulación	No	Puede considerarse de manera electiva
neurisma pequeño que crece o queso solo con dilatación	Continuar pero puede considerarse suspenderla	No	No	No	Puede considerarse de manera electiva
neurisma moderado constante	Continuar	Puede ser considerada	Puede ser considerada como alternativa a la Anticoagulación	No	Puede considerarse de manera electiva
neurisma moderado que crece a pequeño	Continuar	No	Puede considerarse	No	Puede considerarse de manera electiva
neurisma moderado que crece o queso o solo quedo con dilatación	Continuar	No	Puede considerarse	No	Puede considerarse de manera electiva
neurisma grande o gigante constante	Continuar	Si	Puede ser considerada sumándola a la Anticoagulación	Puede considerarse	Puede considerarse de manera electiva
neurisma grande que crece a mediano	Continuar	Si	Puede ser considerada como alternativa a la Anticoagulación	Puede considerarse	Puede considerarse de manera electiva
neurisma grande que crece a pequeño	Continuar	Puede ser considerada	Puede ser considerada como alternativa a la Anticoagulación	Puede considerarse	Puede considerarse de manera electiva
neurisma grande que crece a mediano	Continuar	No	Puede ser considerada como alternativa a la Anticoagulación	No	Puede considerarse de manera electiva

NIVEL I Sin afectación coronaria	Ninguna.	Sin restricción.	Seguimiento pediátrico habitual y se deben evaluar los FRCV cada 5 años.	No se recomiendan SPECT ni CCG.	<i>Seguimiento pediátrico habitual.</i>
NIVEL II Ectasia coronaria transitoria en la etapa aguda (*)	Ninguna.	Sin restricción.	Evaluación clínica y de FRCV cada 3-5 años.	No se recomiendan SPECT ni CCG.	<i>Seguimiento pediátrico habitual.</i>
NIVEL III Aneurismas aislados de pequeño-mediano calibre (3-5 mm)	Antiagregación plaquetaria con 3-5 mg/kg de AAS y/o clopidogrel hasta la regresión documentada del aneurisma. <i>Clase de recomendación II a, nivel de evidencia C.</i>	Sin restricción en < 10 años. Actividad física guiada por los tests de ejercicio y SPECT en > 10 años. No se recomiendan deportes de contacto por la antiagregación (para evitar hematomas).	Evaluación clínica y de FRCV anual. Perfil lipídico	Ecoestrés cada 2 años en > 10 años o SPECT. CCG si la isquemia es significativa. TAC-RNM	<i>Clase de recomendación II a, nivel de evidencia B.</i>
NIVEL IV Aneurisma de gran tamaño ≥ 6 mm y/o aneurismas múltiples o complejos en un mismo vaso sin obstrucción	Antiagregación plaquetaria + anticoagulación.	Actividad física guiada por los tests de ejercicio y SPECT. No se recomiendan deportes de contacto.	Evaluación clínica y de FRCV semestral.	Ecoestrés anual o SPECT. CCG a los 6-12 meses de etapa aguda.	<i>Clase de recomendación II a, nivel de evidencia B.</i>
NIVEL V Obstrucción de la arteria coronaria confirmada por CCG o angio-TAC	Antiagregación plaquetaria. Se deben considerar B bloqueantes.	Actividad física guiada por los tests de ejercicio y SPECT. No se recomiendan deportes de contacto.	Evaluación clínica y de FRCV semestral.	Ecoestrés anual o SPECT. CCG a los 6-12 meses de etapa aguda.	<i>Clase de recomendación II a, nivel de evidencia B.</i>

(*) Desaparece entre las 6 y las 8 semanas. AAS: ácido acetilsalicílico. CCG: cinecoronariografía. La evaluación clínica incluye electrocardiograma y ecocardiograma. FRCV: factores de riesgo cardiovascular. SPECT: estudio de perfusión miocárdica con sestamibi.

Para conocernos la estratificación, vimos las recomendaciones.....entonces



aneurisma gigante, anticoagulado y antiagregado

Ecocardiograma: Normal diámetro de arterias coronarias

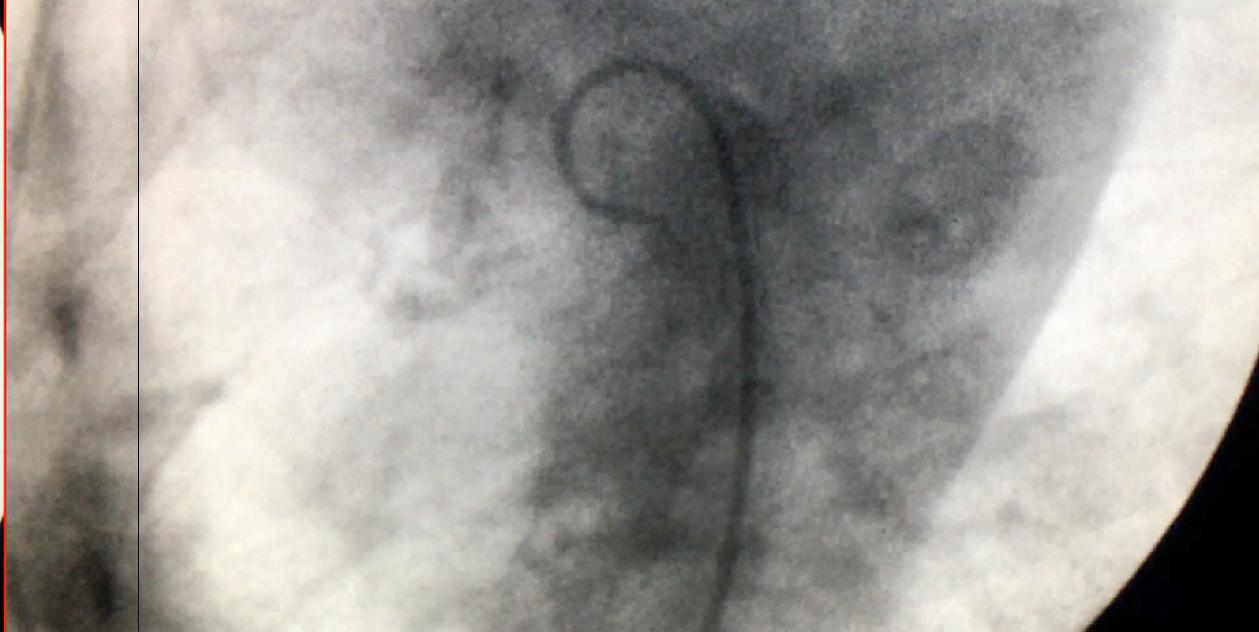
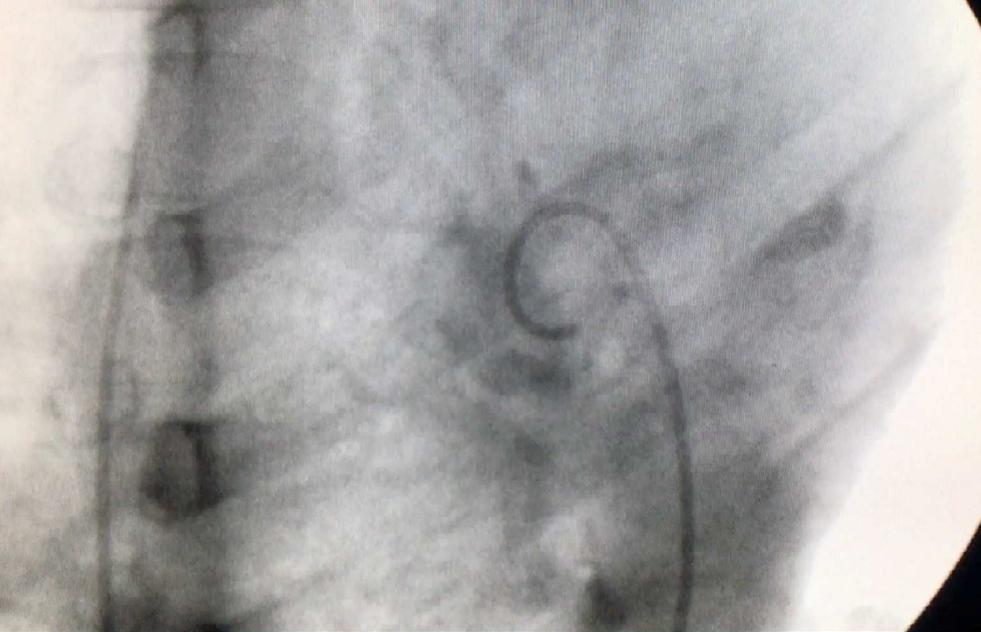
Ergometría normal

ECG normal

Cateterismo:

Angio-TAC

Nuevo ECO



Vigilancia

Estudio de perfusión miocardio con radionucleotidos

PET

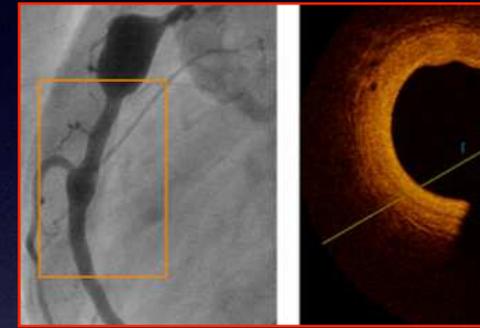
Eco Estrés

Estrés - RNM

Ergometría: como estudio aislado no tiene utilidad

Pruebas de isquemia positiva

Cateterismo cardiaco: Gold Standard para evaluación coronaria.

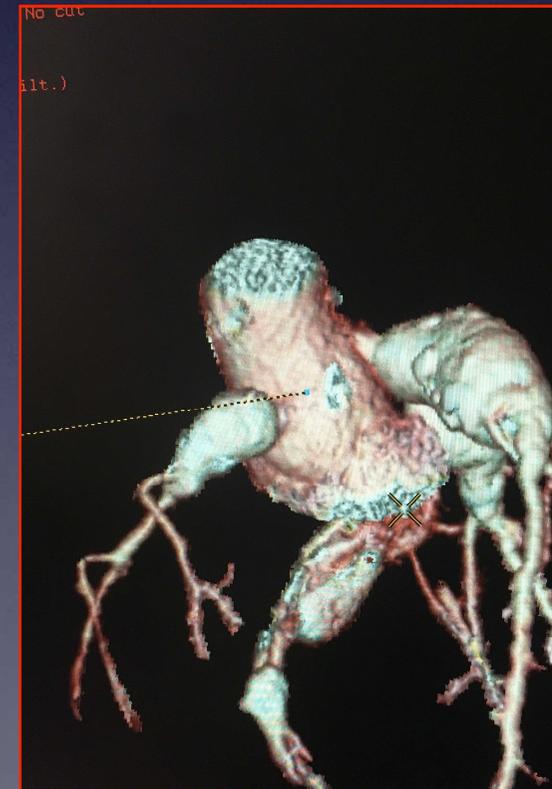


Evaluación anatómica y funcional

Evaluación "histologica": IVUS - OCT

AngioTAC: Anatomía

AngioSPECT/CT: Anatomía - función - perfusión



El antecedente de EK con lesión coronaria
es un factor de riesgo cardiovascular

Control de obesidad

Control de TA

Control de lípidos

Actividad física

Tabaquismo

Transición Niño-adulto

Educar al niño acerca de su enfermedad

Evitar un gap en su seguimiento

Fomentar su autocuidado cuando es mayor de 12 años

Historia clínica detallada

Conclusiones

El pronóstico y seguimiento de la EK se basan en su afección coronaria basan y la evolución de la misma durante el tiempo

Se debe estratificar el riesgo de cada paciente y realizar su seguimiento y tratamiento en función del mismo

El haber presentado EK con lesión coronaria es una factor de riesgo cardiovascular para toda la vida

Muchas Gracias