

Diez años de seguimiento de enfermedad coronaria por vasculitis



Ten-year follow-up of coronary artery vasculitis

Carlos Tejada^a, Carlos Real^{a,b,c}, Juan María de Alba^a, Jorge Francisco Chávez-Solsol^b, Yolanda Castro^d y Pablo Salinas^{b,e}

^a Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España

^b Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España

^c Laboratorio Traslacional para la Imagen y Terapia Cardiovascular, Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares, Madrid, España

^d Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España

^e Grupo de Investigación en Evaluación de Tecnologías Diagnósticas y Terapéuticas en Arteriosclerosis Coronaria, Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid, Spain

La enfermedad coronaria por vasculitis es una de las causas de la enfermedad arterial coronaria, especialmente en pacientes jóvenes. Ciertas patologías inflamatorias, tales como la enfermedad de Kawasaki, pueden desencadenar esta entidad. La confirmación histológica plantea todo un desafío al no poderse biopsiar las arterias coronarias. No obstante, sí se puede lograr cierta caracterización tisular empleando la tomografía de coherencia óptica (OCT).

En 2014, un varón de 25 años con antecedentes de síndrome hipereosinofílico fue derivado a nuestro centro tras un hallazgo incidental de calcificación en la coronaria derecha (CD) en la tomografía computarizada. La coronariografía reveló la presencia de lesiones aneurismáticas en la CD (figura 1) y las imágenes de la OCT, la presencia de anomalías mixtas en la pared arterial: un aneurisma calcificado (figura 1A), engrosamiento intimal fibrótico, rotura de la túnica media y vasa vasorum prominentes (figura 1B), calcificación (figura 1C) y un vaso distal menos comprometido (figura 1D). Se optó por un curso diario de 100 mg de ácido acetilsalicílico.

En 2024, se realizó una nueva coronariografía debido a una angina de esfuerzo que confirmó el avance de la enfermedad en la CD y una mayor calcificación en la parte media de la misma, según evidenció la OCT realizada en el mismo segmento arterial. Además, el segmento distal confirmó el avance de la enfermedad con engrosamiento intimal y rotura de la túnica media (figura 1; figuras 1E-H). El hallazgo de una nueva estenosis crítica en la descendente anterior propició que se biopsiara un segmento aneurismático de la arteria temporal (figura 2). Los hallazgos histopatológicos fueron similares a los observados en el OCT de las coronarias. La pared arterial engrosada evidenció la presencia de hiperplasia intimal fibrótica/miofibroblástica, infiltrado inflamatorio agudo, necrosis y cambios fibrinoides (figura 2A, flecha) y una pérdida de la lámina elástica interna (figura 2B, flecha; figura 2A, asterisco) y vasos adventicios, lo cual confirmó la presencia de inflamación crónica perivascular.

Teniendo en cuenta los síntomas y hallazgos en la descendente anterior (engrosamiento intimal y rotura de la túnica media, sugestivos de vasculitis; figura 3A, asterisco y flecha) y la presencia de un vaso distal sano (figura 3A, doble asterisco), se optó por realizar una intervención coronaria trastorácica con balón farmacoactivo (figura 3B).

FINANCIACIÓN

Fueron los propios investigadores los que iniciaron este estudio sin financiación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se consideró innecesaria la aprobación por parte del Comité de Ética. Por otro lado, se obtuvo el consentimiento informado por escrito del paciente para la publicación tanto de su caso clínico como de las imágenes que lo acompañan. Las variables de sexo y género se han tenido en cuenta de conformidad con las directrices SAGER.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pablo.salinas@salud.madrid.org (P. Salinas)

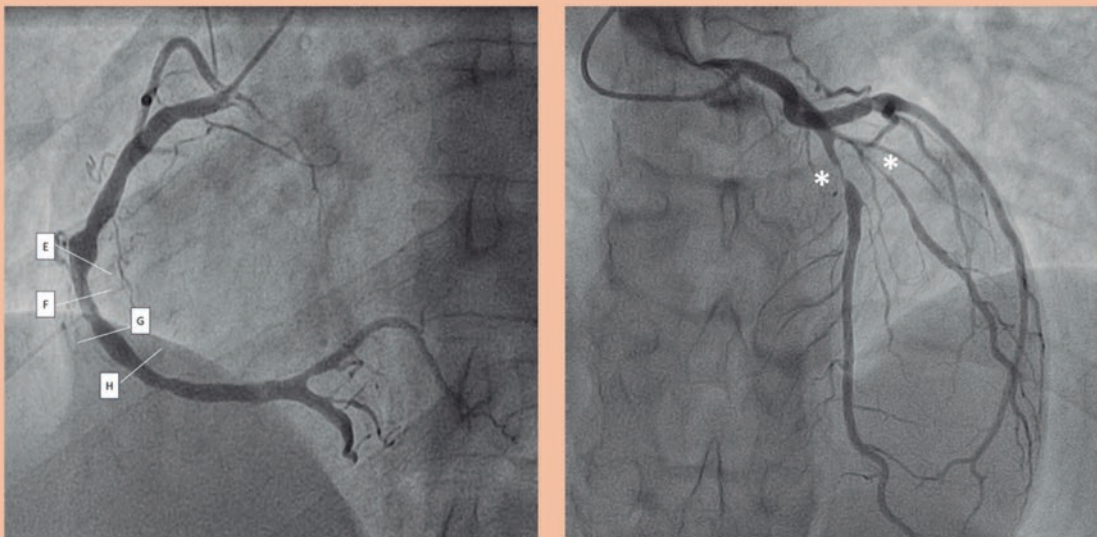
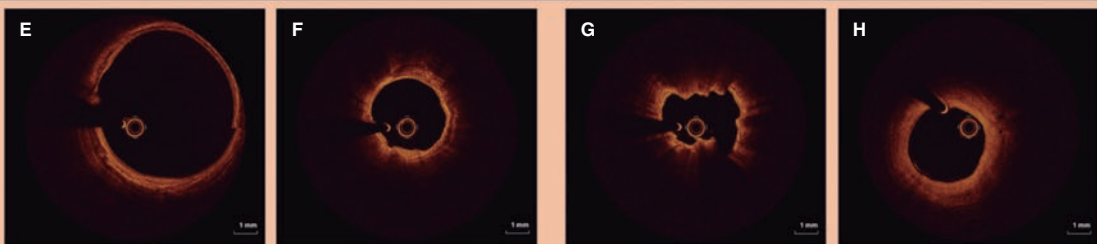
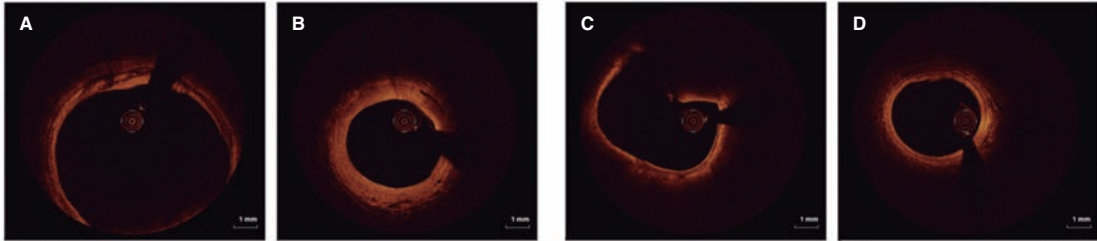
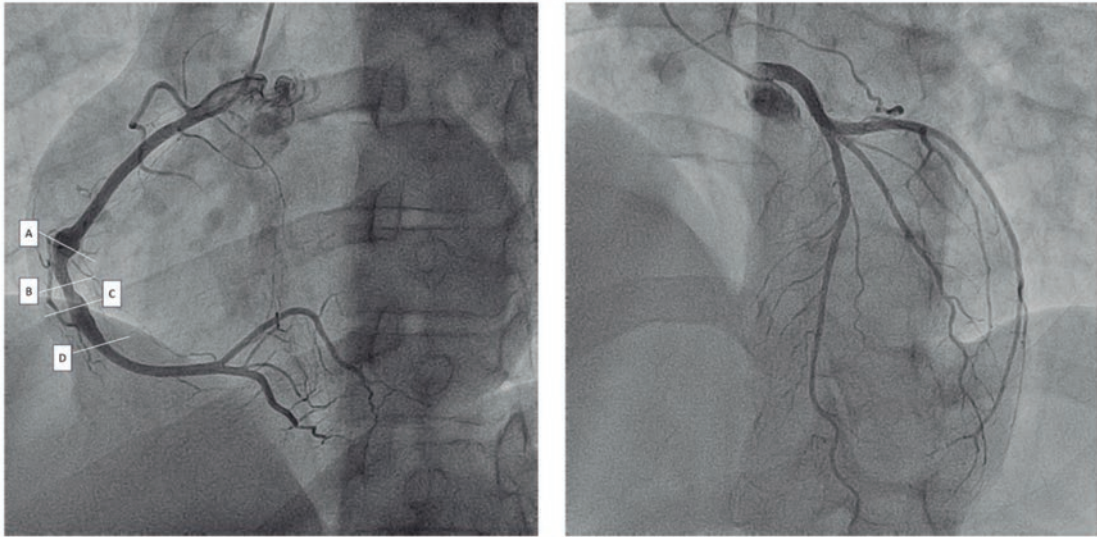
X [@pabloSalinas](#)

Recibido el 2 de marzo de 2025. Aceptado el 5 de mayo de 2025. Online el 14 de julio de 2025.

Full English text available from: <https://www.recintervcardiol.org/en>.

2604-7306 / © 2025 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.

2014



2024

Figura 1.

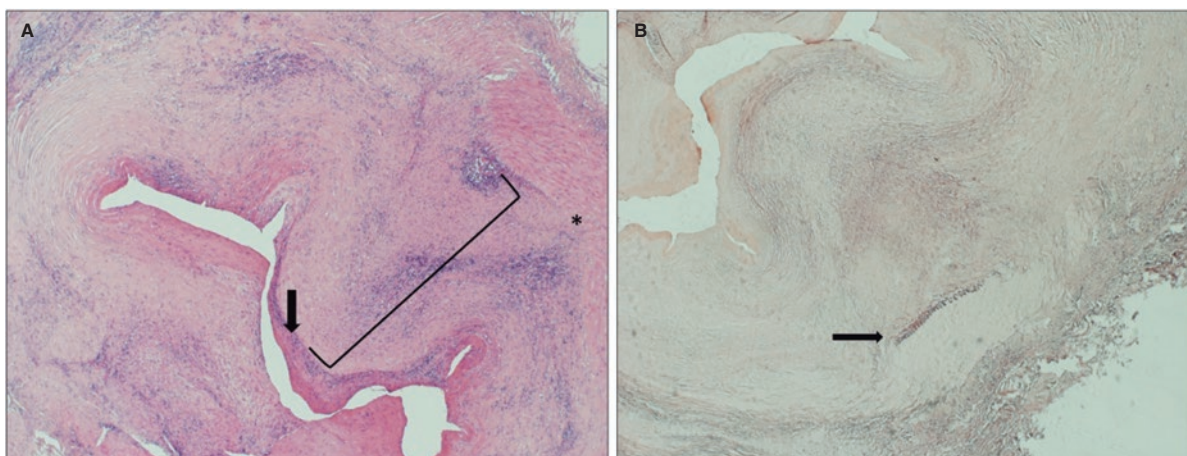


Figura 2.

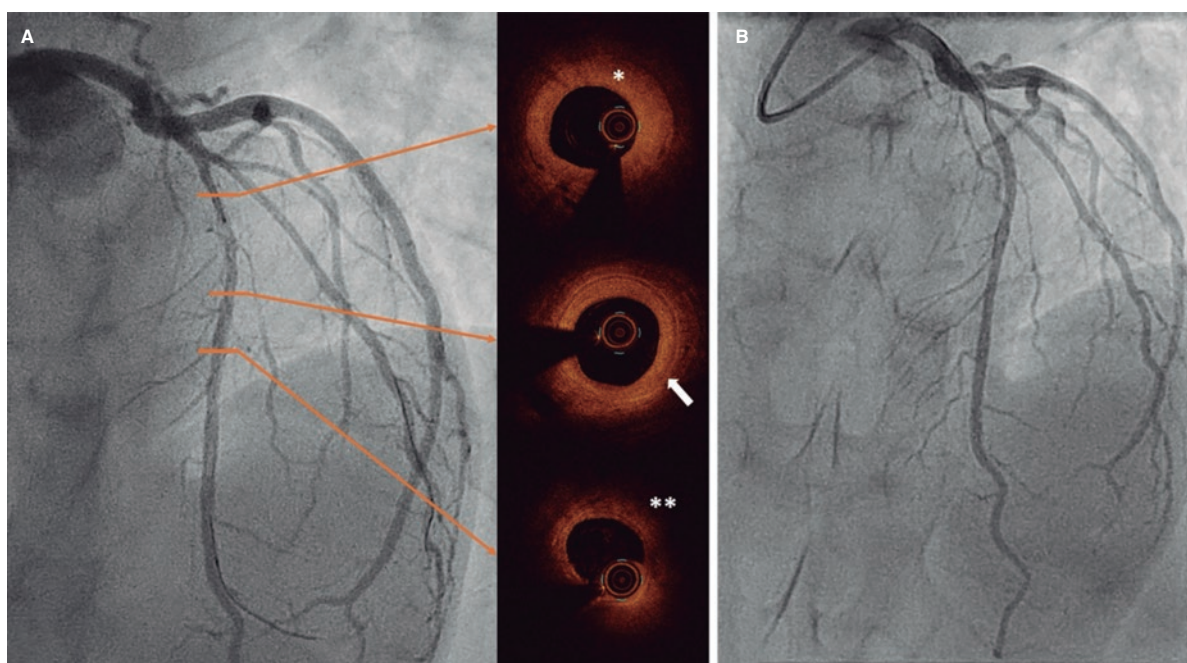


Figura 3.

DECLARACIÓN SOBRE EL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

No se utilizó inteligencia artificial en el presente manuscrito.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

C. Tejada y J.M. de Alba fueron los médicos tratantes del paciente. C. Real, P. Salinas y J.F. Chávez-Solsol fueron los cardiólogos intervencionistas que realizaron las intervenciones. Y. Castro analizó los hallazgos patológicos. C. Tejada y C. Real redactaron la versión inicial de este manuscrito, que posteriormente fue revisado por P. Salinas. Todos los autores hicieron una revisión crítica y aprobaron la versión final del manuscrito.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.