

Tronco de Coronaria Izquierda Ocluido Secundario a Lúes Terciaria

Ricardo Wang^{1,2,3}, Gustavo Blume¹, Newton Fernando Stadler Souza Filho^{1,2}, Lidia Zytynski Moura^{1,3}

Hospital Santa Casa de Curitiba¹; Instituto de Neurologia e Cardiologia de Curitiba²; Pontificia Universidade Católica do Paraná³, Curitiba, PR - Brasil

Resumen

Paciente de 27 años, portador de sífilis terciaria, manifestando isquemia miocárdica, con angina inestable, secundaria a la oclusión del tronco de la coronaria izquierda. El diagnóstico fue confirmado por los resultados de la serología y de la patología del fragmento de la aorta.

Introducción

A pesar del aumento de la incidencia de la enfermedad arterial coronaria en pacientes jóvenes, el infarto agudo de miocardio todavía es raro en ese intervalo de edades¹. Incluso en este grupo, la etiología aterosclerótica es, por lejos, la principal causa de la enfermedad isquémica del corazón. Tendemos a tratar a todos los pacientes de una forma estandarizada y nos olvidamos de que en ese grupo de pacientes se debe considerar la etiología no aterosclerótica. Ésta presenta particularidades en la conducción, así como en el tratamiento y en el pronóstico (en general mejor).

La propuesta de este informe de caso clínico es demostrar y discutir la propeútica y la terapéutica de un paciente joven con síndrome coronario agudo, con etiología adquirida no aterosclerótica.

Descripción del caso

Un paciente masculino, de 27 años, hijo adoptivo, casado, trabajador de la construcción civil, refiere que hace cinco meses presentó episodio de dolor precordial típico desencadenado durante esfuerzo físico intenso, asociado a disnea con duración aproximada de 60 minutos y alivio espontáneo. En la ocasión, no le dio la importancia debida, creyendo tratarse de dolor muscular. A partir de ese momento, presentaba dolor precordial a los grandes esfuerzos (clase funcional I de la CCS), y en los últimos 15 días, evolucionó con empeoramiento del dolor, pasando ser con medios esfuerzos (clase funcional II-III), ahora acompañado de disnea.

Palabras clave

Tronco arterial/anormalidades, sífilis cardiovascular.

El individuo negaba otras enfermedades o uso de medicaciones. Por ser hijo adoptivo, relata una historia vaga de coronariopatía con el padre biológico, no sabiendo informar la edad de éste, al momento del diagnóstico. De historia anterior relata comportamiento sexual de riesgo en la adolescencia, con relación sin protección y uso de cocaína de los 16 a los 18 años, negando su uso después de este período. Al examen físico presentaba un buen estado general, sin alteración a la macroscópica, con presión arterial de 110/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 70 latidos por minutos, auscultación cardíaca sin alteraciones significativas, así como ocurrió en el examen vascular.

Las alteraciones en el electrocardiograma (ECG) y en la ergometría isquémica se muestran en las figuras 1 y 2. El ECG mostró raíz aórtica de 29 mm; atrio izquierdo de 32 mm; ventrículo derecho de 16 mm; septo y pared posterior de 11 mm. La fracción de eyección se encontraba en el 63% hipocinesia difusa leve.

Por la presencia de isquemia en la evaluación funcional, se optó por la realización de la angiografía coronaria (figura 3). La coronariografía mostró circulación coronaria con patrón de dominancia de la coronaria derecha, ésta sin lesión significativa. Se observa además la presencia de circulación colateral intercoronaria, originándose de la rama de la arteria del cono para la arteria descendente anterior (circulación colateral de Vieussens) grado III de Rentrop, y circulación colateral de las ramas ventriculares posteriores para la arteria circunfleja. La coronaria izquierda se presentaba ocluida en el origen (figuras 4 y 5). En la ventriculografía, se observa función ventricular preservada con fracción de eyección calculada del 74%, por el método de Simpson (figura 6).

Se indicó cirugía de revascularización miocárdica, realizándose injerto de arteria mamaria derecha para la arteria descendente anterior e injerto de arteria mamaria izquierda para la primera rama marginal de la arteria circunfleja, con auxilio de circulación extracorpórea. En la canulación de la aorta, se observó un engrosamiento anormal de su pared, de la cual se retiró un fragmento y se encaminó para patología.

En el examen patológico del fragmento de la aorta, se observó una degeneración de la túnica media y un infiltrado linfoplasmocitario perivascular focal en la túnica adventicia, compatible con aortitis sífilítica (figura 7). A partir del diagnóstico anatomopatológico, se inició el tratamiento etiológico con penicilina cristalina. En el examen del líquido cefalorraquídeo no se evidenció alteración compatible con neurosífilis.

Tampoco hubo complicaciones en el postoperatorio inmediato, y el paciente recibió alta hospitalaria al quinto día. En el seguimiento de cuatro meses el paciente se encuentra asintomático, volviendo a sus actividades diarias.

Correspondencia: Ricardo Wang •

Praça Rui Barbosa 245 - Centro - 80010-030 - Curitiba, PR - Brasil
E-mail: rwang@cardiol.br, rwang@terra.com.br

Artículo recibido el 23/08/08; revisado recibido el 13/09/08; aceptado el 10/10/08.



Fig. 1 - Electrocardiograma de reposo al ingreso.

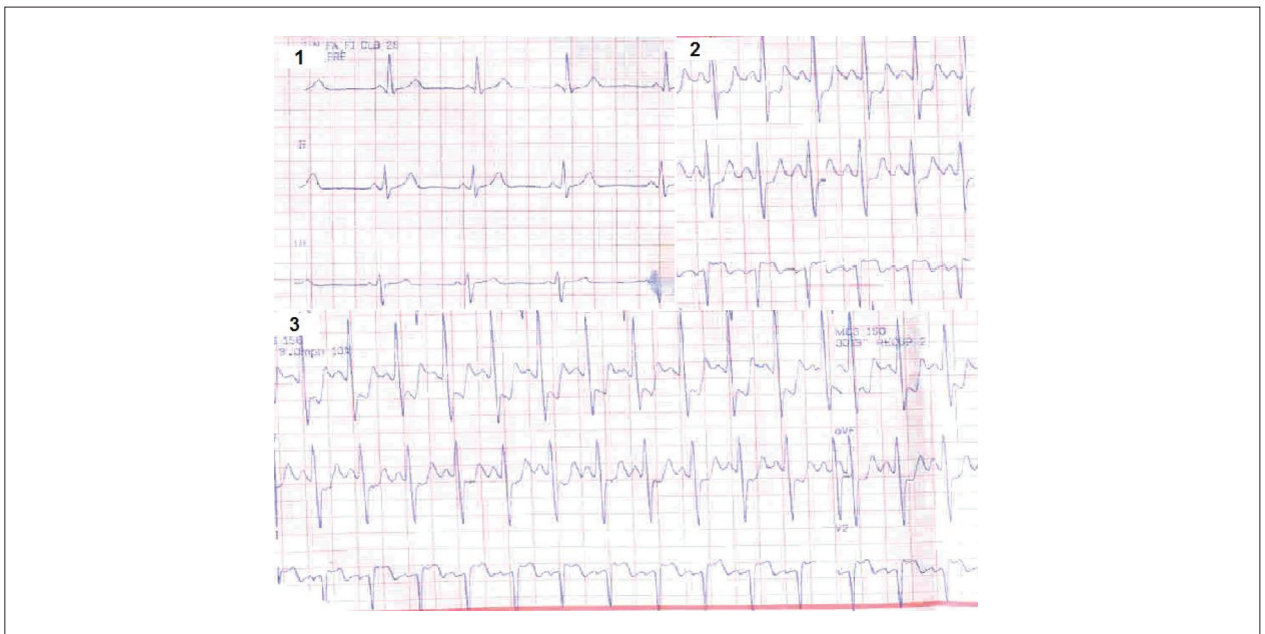


Fig. 2 - Ergometría. Box 1: Registro en reposo antes del esfuerzo. Box 2: Registro en el tercer minuto del primer estadio de Ellestad con dolor y PA = 120/60mmHg. Box 3: A los 18 segundos del segundo estadio, PA = 130/60 mmHg. PA - presión arterial.

Discusión

El dolor torácico es responsable por aproximadamente cuatro millones de los pacientes atendidos anualmente. El dolor de origen isquémico se destaca tanto por su morbilidad como por su mortalidad, debiendo ser siempre descartada por ese motivo². La etiología aterosclerótica representa la principal causa de isquemia miocárdica. Con todo, por debajo de los 35 años, la etiología no aterosclerótica es cuatro veces mayor, destacándose las anomalías congénitas de coronarias o las causas extrínsecas³.

El papel de la evaluación funcional en el abordaje del dolor torácico es, además de descartar el diagnóstico de isquemia miocárdica, estratificar el riesgo cardiovascular. El caso en cuestión presentaba datos clínicos y alteraciones en la ergometría con criterios de gravedad, optándose por la coronariografía.

Las descripciones de oclusiones crónicas del tronco de la arteria coronaria izquierda son raras en la literatura, todavía más cuando se asocian a la función ventricular normal, siendo su incidencia estimada entre el 0,04% y el 0,4% de

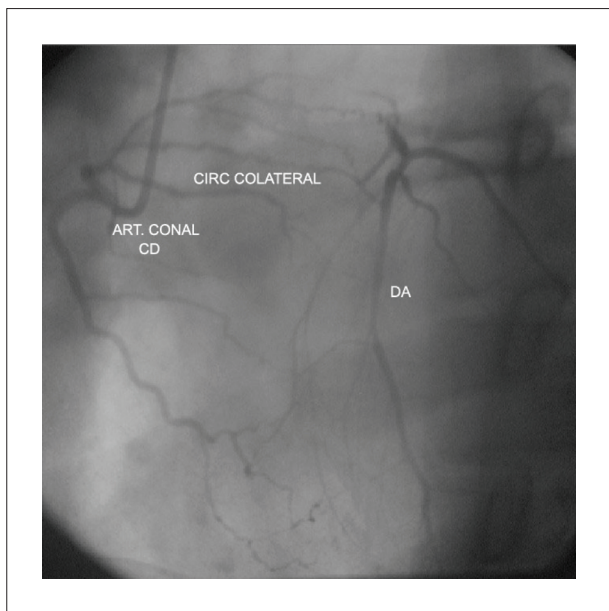


Fig. 3 - Angiografía de la coronaria derecha en proyección oblicua anterior izquierda, con inyección selectiva en la arteria del cono, mostrando circulación colateral para la arteria descendente anterior (anillo anastomótico de Vieussens).

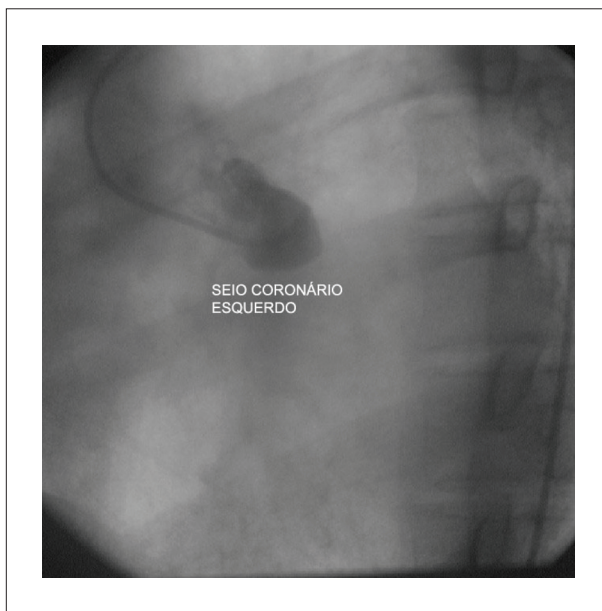


Fig. 5 - Inyección de contraste en el seno coronario izquierdo, en proyección oblicua anterior izquierda, con ausencia de opacidad de la coronaria izquierda.

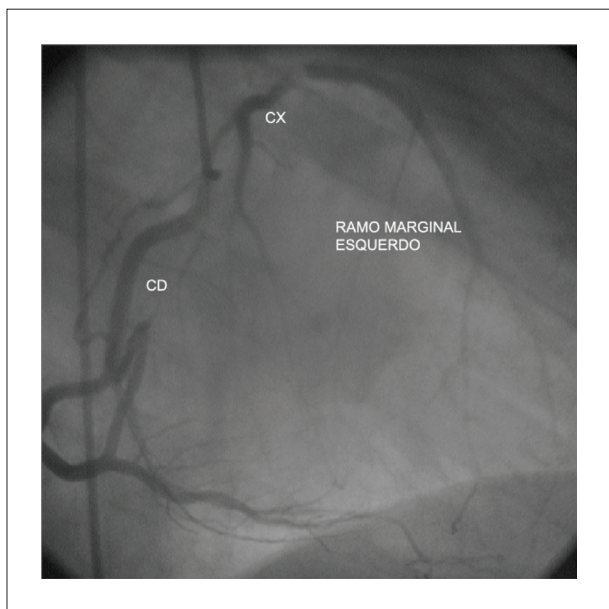


Fig. 4 - Angiografía de la coronaria derecha (CD) en proyección oblicua anterior derecha, mostrando circulación colateral de las ramas distales de la CD para la arteria circunfleja.

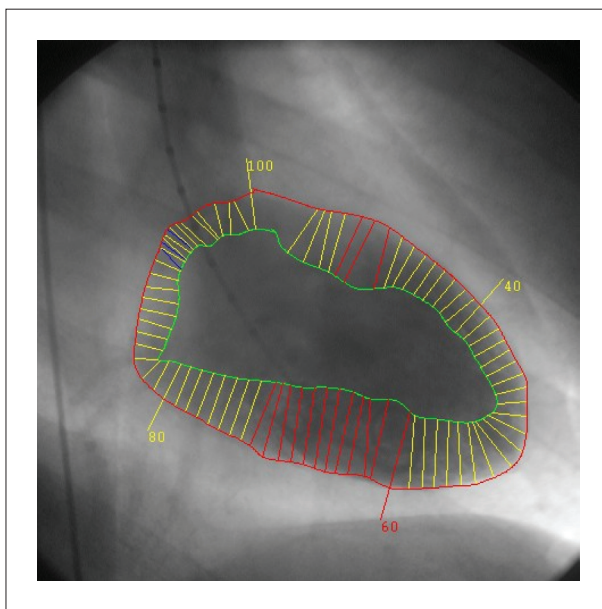


Fig. 6 - Ventriculografía izquierda en la proyección oblicua derecha, con función ventricular normal y fracción de eyección del 74%.

los pacientes con coronariopatía⁴. Para llegar a esta condición clínica, el paciente necesariamente debe tener una circulación colateral bien desarrollada, ya que su ausencia está asociada a disfunción ventricular grave, conduciendo invariablemente a la muerte, debido a la gran área isquémica. En este caso, el paciente presentaba la coronaria derecha sin lesión obstructiva, lo que no limitó el flujo coronario, asociado a una

circulación colateral bien desarrollada, que fue responsable por la preservación de la función ventricular⁴.

El hallazgo quirúrgico de engrosamiento aórtico asociado a la ausencia de otras lesiones coronarias en la coronariografía previa, llamó la atención para la investigación de una patología que afecta primariamente la aorta. Entre los diagnósticos diferenciales, debemos prestar atención principalmente para

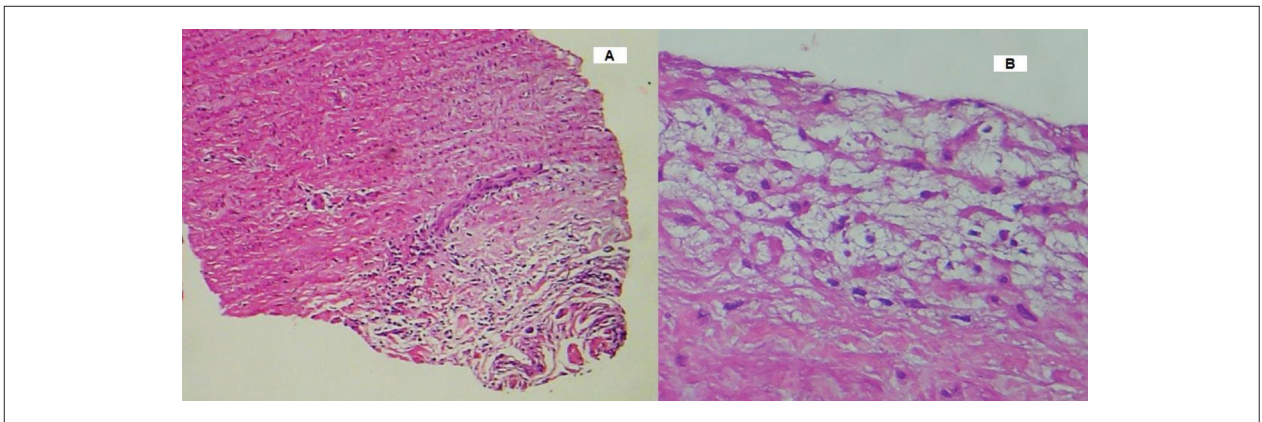


Fig. 7 - Corte histológico del fragmento de la aorta. A - Corte mostrando la superficie endotelial con engrosamiento de la intima. B - Infiltrado plasmocitario en la capa adventicia de la aorta. (coloración HE, cortesía Dr. Luiz Kortze).

las vasculitis, como la arteritis de Takayasu, arteritis de células gigantes y síndrome de Reiter⁵. Otro diagnóstico que debe ser recordado es la aortitis sífilítica, que es cada vez más rara en los días actuales, principalmente con el surgimiento de la antibioticoterapia. El diagnóstico puede realizarse mediante un cuadro clínico y de laboratorio, confirmado con los resultados patológicos.

La afectación cardiovascular de la Lúes puede dividirse en cuatro categorías principales: 1^a: Aortitis sífilítica; 2^a: Aortitis con aneurisma; 3^a: Aortitis con valvulitis y regurgitación aórtica; 4^a: Estenosis de ostios de coronarias, ésta es la segunda complicación cardiovascular más común³. En el estudio de Heggveit⁶, en el que se analizaron 100 casos de pacientes con sífilis terciaria; el 40% la presentaba con aneurisma; el 29% con afectación valvular; y el 26% con afectación de las coronarias, siendo de ellos, el 11% de forma aislada. Presenta característica insidiosa, ocurriendo generalmente de 15 a 30 años después de la crisis infecciosa inicial de la enfermedad⁷. En este caso, además de la presentación precoz de las manifestaciones cardiovasculares de la Lúes, éstas se manifestaron con oclusión del tronco de la coronaria izquierda, lo que también es un hecho raro.

La afectación de los ostios de las coronarias es la lesión típica de la sífilis, afectando los 3 a 4 mm iniciales, siendo rara la afectación de segmentos distales³. La presentación puede ir desde angina estable y síndrome coronario agudo, hasta muerte súbita⁸. En el análisis de la patología, se observa inflamación crónica con infiltrado linfoplasmocitario y destrucción de la media, acompañado de fibrosis. El abordaje quirúrgico preferencial es la realización de bypass, de preferencia con conducto arterial. El abordaje del ostium, a pesar de tener buenos resultados iniciales, presenta un riesgo de recurrencia de fibrosis y reoclusión⁹.

En el tratamiento etiológico de la sífilis, el momento ideal

para el abordaje en el tratamiento es controvertido. Hay autores que defienden que el tratamiento con beta-lactámico debe realizarse después de la revascularización miocárdica, en la medida que el curso de antibiótico puede desencadenar una reacción de Jarish-Herxheimer, con edema de la aorta y hasta oclusión del ostium coronario enfermo⁵. También hay posibilidades de trombosis intracoronaria, justificando el uso de corticoterapia asociada.

Conclusión

El presente relato ilustra la necesidad de investigación etiológica en pacientes jóvenes con coronariopatía, principalmente cuando ésta ocurre en el TCI. El tratamiento sintomático reduce las chances de eficacia terapéutica y comprobadamente, en este caso, puede llevar a mayores complicaciones futuras, no impidiendo la progresión natural de la enfermedad.

La aortitis sífilítica no ocurre de forma usual, pero su reconocimiento y su terapéutica eficaz disminuyen no sólo la progresión de la enfermedad, como también su transmisión.

Potencial Conflicto de Intereses

Declaro no haber conflicto de intereses pertinentes.

Fuentes de Financiación

El presente estudio no tuvo fuentes de financiación externas.

Vinculación Académica

No hay vinculación de este estudio a programas de postgrado.

Referencias

1. Hong MK, Cho SY, Hong BK, Chang KJ, Chung IM, Lee MH, et al. Acute myocardial infarction in young adults. *Yonsei Med.* 1994; 35 (2): 184-9.
2. Baracioli LM, Borges FA. Dor torácica. In: Cavalcanti EFA, Martins HS. (eds.). *Clínica médica dos sinais e sintomas ao diagnóstico e tratamento.* São Paulo: Editora Manole; 2007.
3. Waller BF. Nonatherosclerotic coronary heart disease. In: Fuster V, Alexander RW, O'Rourke RA. *Hurst's the heart* 10th ed. Philadelphia: McGraw Hill; 2001.
4. Sugihita K, Shimizu T, Kinugawa K, Harada K, Ikenouchi H, Matsui H, et al. Chronic total occlusion of the left main coronary artery. *Inter Med.* 1997; 36: 471-8.
5. Scully RE, Mark EJ, McNeely WF, Ebeling SH, Phillips LD. Case 10-1998, Case record of the Massachusetts General Hospital. *N Engl J Med.* 1998; 338: 897-903.
6. Heggveit HA. Syphilis aortitis: a clinical pathologic autopsy: study of 100 cases, 1950 to 1960. *Circulation.* 1964; 29: 346-55.
7. Virmani R, Burke AP. Nonatherosclerotic diseases of the aorta and miscellaneous diseases of the main pulmonary arteries and large veins. In: Silver MD, Gotlieb AI, Schoen FJ. *Cardiovascular pathology.* 3rd. ed. Saint Louis: Churchill Livingstone; 2001.
8. Topaz O, Warner M, Lanter P, Soffer A, Burns C, DiSciascio G, et al. Isolated significant left main coronary artery stenosis: angiographic, hemodynamic, and clinical findings in 16 patients. *Am Heart J.* 1991; 122 (5): 1308-14.