

Aneurisma Coronario Micotico: Reporte de Dos Casos

Franco Javier Vallejo García, Carlos Eusse, Carlos Tenorio, Carlos Uribe

Clinica Cardiovascular Santa Maria, Medellin - Colombia

El número de intervenciones percutáneas con implantación de *stents* ha incrementado dramáticamente en los últimos años, a pesar del gran auge del dispositivo los reportes de infecciones son extremadamente raros. En el presente artículo reportamos dos casos de aneurismas micóticos luego de la implantación de *stents* con presentación y evolución clínicas diferentes.

Introducción

Los *stents* han supuesto un importante cambio en la cardiología intervencionista, implantándose en más del 90% de los casos en que se realiza intervencionismo percutáneo¹.

Se conoce que la inserción de cuerpos extraños predispone al desarrollo de infecciones, es así que la implantación de dispositivos médicos se ha convertido en uno de los factores de riesgo más importantes para infecciones nosocomiales. A pesar de esto, los reportes de infecciones del *stent* coronario son extremadamente raros².

Caso 1

Masculino de 49 años, con historia de enfermedad coronaria que requirió dos intervenciones coronarias, la primera con implantación de *stent* liberador de sirolimus en la arteria descendente anterior, y la segunda 20 días previos al ingreso con colocación de *stent* no medicado en la arteria circunfleja (Ambos procedimientos realizados en la misma sala de hemodinámica con material nuevo). Consulta luego de 3 meses de la realización del procedimiento intervencionista por dos semanas de disnea progresiva, dolor torácico y fiebre.

Ingresa con ingurgitación yugular a 45°, estertores hasta tercio medio de ambos campos pulmonares, sin soplos cardíacos, y hepatomegalia. Se tomó EKG que no evidenció algún trastorno, cuadro hemático con leucocitosis. El ecocardiograma transtorácico mostró cardiopatía dilatada con fracción de eyección del 30% y derrame pericárdico en cantidad moderada.

Palabras clave

Stents, infección, aneurisma micótico.

Durante su evolución presenta picos febriles de 41° C y elevación de reactantes de fase aguda, obteniendo tres hemocultivos positivos para *estafilococo aureus metilino* sensible, iniciando terapia antibiótica con oxacilina parenteral. Ante estos hallazgos se realiza angiografía axial computarizada (AngioTAC) multicorte de tórax con reconstrucción tridimensional revelando dilatación aneurismática (27 x 19 mm) que se llenaba con contraste en el segmento proximal al *stent* previamente implantado en la arteria circunfleja, además oclusión del mismo vaso distal al *stent* y hemopericardio moderado (Figura 1A).

El paciente presentó una recuperación clínica y radiológica (Figura 1B) satisfactoria luego de 6 semanas de tratamiento antibiótico.

Caso 2

Masculino de 65 años, con antecedentes de insuficiencia renal crónica (IRC) estadio 5, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión arterial (HTA), y enfermedad coronaria; historia de *stent* liberador de paclitaxel en arteria coronaria derecha (ACD) y *stent* liberador de sirolimus en arteria descendente anterior (ADA) 4 meses previos al ingreso (Ambos procedimientos realizados en la misma sala de hemodinámica con material nuevo); consulta luego de 5 meses de la realización del procedimiento intervencionista por cuatro días de disnea progresiva, dolor torácico y fiebre.

Ingresa pálido, sudoroso, hipotenso y febril, con estertores crepitantes en bases pulmonares, hepatomegalia y edema 1° de miembros inferiores. EKG con onda T negativa en pared lateral alta, cuadro hemático con leucocitosis, neutrofilia, proteína C reactiva (PCR) elevada y positividad de los biomarcadores cardíacos.

Se obtienen 3 hemocultivos positivos para SAMS iniciando terapia antibiótica dirigida con pobre respuesta, con empeoramiento del estado general. Por persistencia de la sintomatología se realizaron coronariografía y AngioTAC de tórax que mostraron gran dilatación aneurismática (20 x 10 mm) en ACD (Figura 2). EL paciente es llevado UCI donde posteriormente fallece.

Discusión

La incidencia de infecciones del *stent* coronario es desconocida, sin embargo, el bajo número de reportes publicados sugieren que es una complicación poco común de la intervencionismo coronario percutáneo (PCI). La incidencia de hemocultivos positivos luego del procedimiento es del 7,3% luego de un cateterismo diagnóstico y 4,6% luego de PCI; las bacterias más

Correspondencia: Franco Javier Vallejo García •

cl 7 sur numero 37a-25 apto 408 torre 1 - Parque residencial salento -

El poblado - Antioquia - Medellin - CE

E-mail: homefra78@yahoo.es

Artículo recibido el 26/05/10; revisado recibido el 05/09/10; aceptado el 17/11/10.

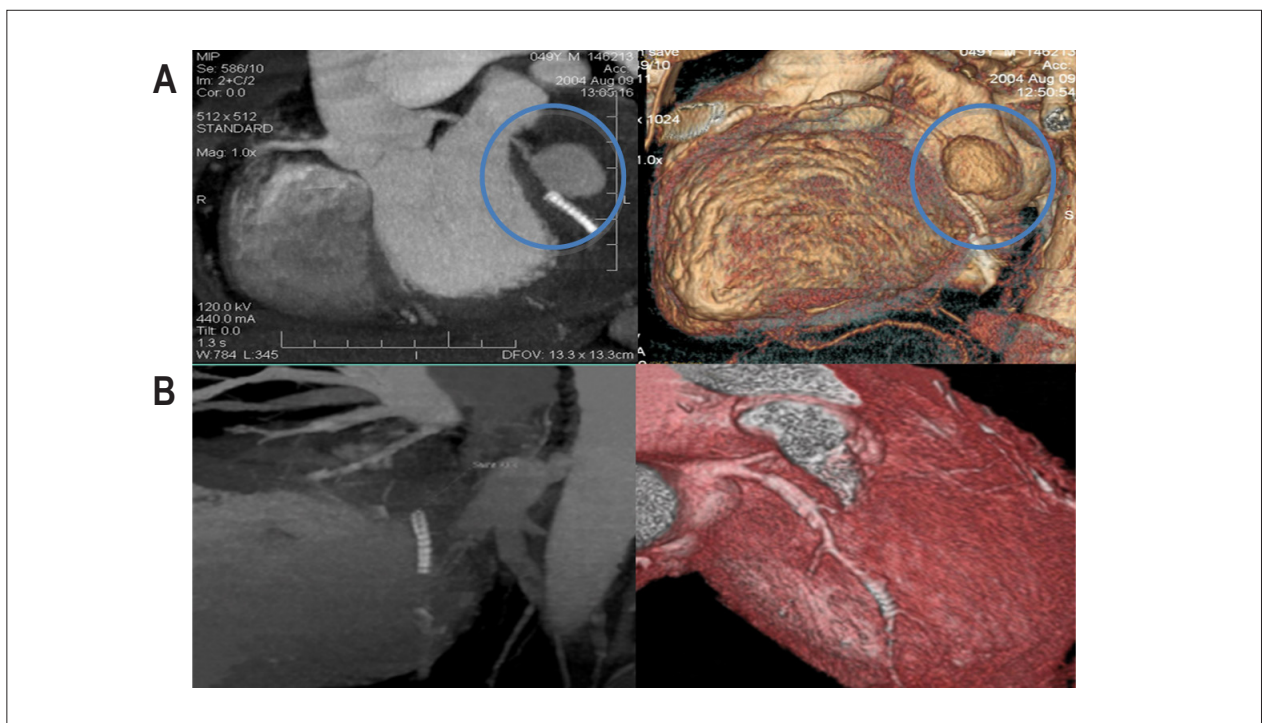


Fig. 1 - A - AngioTAC con gran dilatación aneurismática en segmento proximal de la arteria circunfleja previo al stent⁶. B - Control que muestra desaparición del aneurisma⁷.

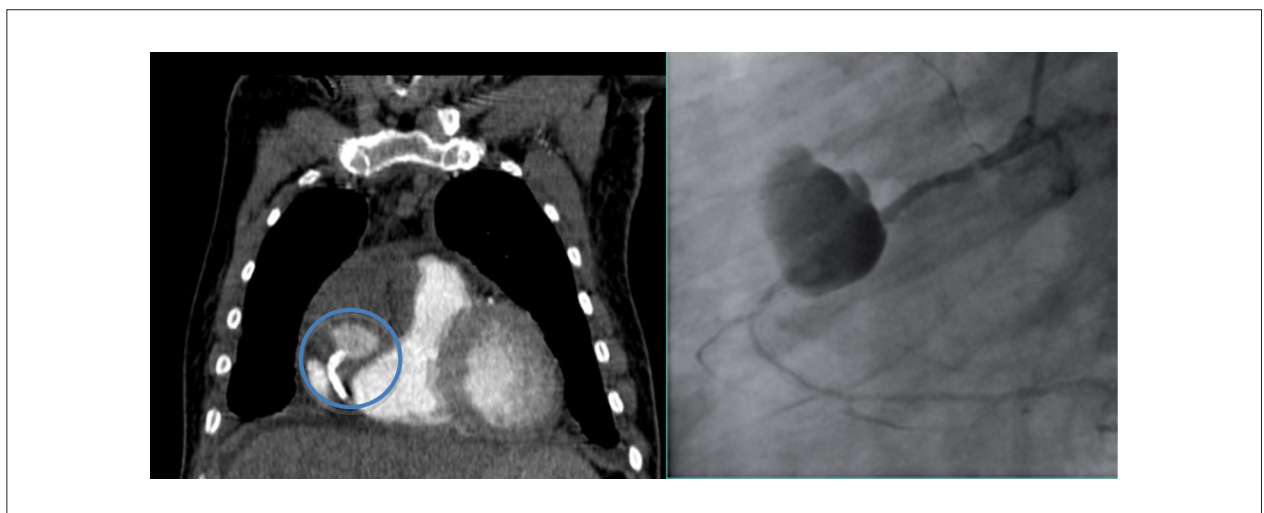


Fig. 2 - AngioTAC y coronariografía con aneurisma en coronaria derecha.

comúnmente aisladas son *estafilococo aureus*, *estafilococo coagulasa* negativo, y *estreptococos* del grupo B¹.

En los dos casos que reportamos la infección se manifestó de forma subaguda, entre 20 días y 4 meses, la sintomatología predominante fue la fiebre, el dolor torácico y disnea; los hemocultivos fueron positivos en los dos pacientes y el germen identificado fue *Estafilococo aureus* metililino sensible.

La identificación del foco infeccioso requiere imágenes cardiacas específicas, que incluye la ecocardiografía transtoracica, transesofagica, angiografía coronaria,

tomografía axial computarizada (TAC) y resonancia magnetica nuclear (RMN)³. Dado la poca evidencia disponible, no existen recomendaciones acerca de cuál de los métodos diagnósticos anteriormente nombrados sea el de elección, siendo utilizados en base a la experiencia local⁴.

La terapia dirigida con antibióticos endovenosos es la elección, pero dado que las infecciones por cuerpo extraño son extremadamente resistentes a los antibióticos, la cirugía con debridamiento y/o remoción del *stent* podría ser requerida⁵. Nuestros casos fueron manejados solo con terapia endovenosa, logrando una supervivencia del

Caso Clínico

50%. De los casos reportados en la literatura, un total de 10, seis requirieron manejo quirúrgico adicional, con una mortalidad del 50% durante el intra y postoperatorio sugiriendo solo un modesto beneficio de la cirugía en esta población.

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

Este artículo forma parte de libre docencia del Franco Javier Vallejo García, por la Clínica Cardiovascular y la Universidad Pontificia Bolivariana.

Referencias

1. Kaufman BA, Kaiser C, Pfisterer ME, Bonetti PO. Coronary stent infection: a rare but severe complication of percutaneous coronary intervention. *Swiss Med Wkly*. 2005;135(33-34):483-7.
2. Liu JC, Cziperle DJ, Kleinman B, Loeb H. Coronary abscess: a complication of stenting. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2003;58(1):69-71.
3. Golubev N, Schwammenthal E, Di Segni E, Pudil R, Hay I, Feinberg MS. Echocardiographic imaging of coronary artery abscess following stent implantation. *Echocardiography*. 2004;21(1):87-8.
4. Bangher M, Liva P, Baccaro J. Coronary stent infection: case report and definition. *Rev Esp Cardiol*. 2003;56(3):325-6.
5. Singh H, Singh C, Aggarwal N, Dugal JS, Kumar A, Luthra M. Mycotic aneurysm of the left anterior descending artery after sirolimus-eluting stent implantation: a case report. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2005;65(2):282-5.
6. Aoki J, Kirtane A, Leon M, Dangas G. Coronary artery aneurysms after drug-eluting stent implantation. *JACC Cardiovasc Interv*. 2008;1(1):14-21.
7. Virmani R, Guagliumi G, Farb A, Musumeci G, Grieco N, Motta T, et al. Localized hypersensitivity and late coronary thrombosis secondary to a sirolimus-eluting stent: should we be cautious? *Circulation*. 2004;109(6):701-5.