

Aneurisma coronario gigante bilateral con choque cardiogénico

Bilateral giant coronary aneurysms with cardiogenic shock

Cristian D. Cusco-Cuzco¹ y Juan P. Domínguez-Enríquez^{2*}

Medical Department, Royal Caribbean Group, Oasis of the Seas, Miami, EE.UU.; ²Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación, Quito, Ecuador

El aneurisma coronario gigante es una complicación grave y potencialmente mortal de la enfermedad coronaria. Se caracteriza por la dilatación anormal de las arterias coronarias, generalmente como resultado de la aterosclerosis y la formación de trombos^{1,2}. Esta condición puede comprometer el suministro sanguíneo al músculo cardíaco, lo cual puede acarrear complicaciones, como el infarto agudo de miocardio y el choque cardiogénico^{1,2}. Debido a su tamaño, los aneurismas gigantes tienen mayor riesgo de ruptura, y, por tanto, de causar hemorragias internas potencialmente mortales^{1,2}. Es así como el tratamiento de los aneurismas gigantes es esencial para prevenir complicaciones graves.

El enfoque de tratamiento puede variar de acuerdo con la ubicación y la gravedad del aneurisma. Algunas opciones de tratamiento incluyen la cirugía abierta y la embolización endovascular^{1,2}. En la cirugía abierta, se realiza una incisión en el área afectada y se coloca un clip o se sutura el aneurisma para prevenir la ruptura. En la embolización endovascular, se inserta un catéter a través de los vasos sanguíneos hasta el sitio del aneurisma, y se coloca un material de embolización para bloquear el flujo sanguíneo y prevenir la ruptura^{1,2}.

Es importante tener en cuenta que los casos individuales de aneurismas gigantes bilaterales pueden variar significativamente en términos de ubicación, tratamiento y resultados^{1,2}.

Se describe el caso de un hombre de 61 años, con antecedentes de hipertensión arterial, sobrepeso e

historia familiar de muerte súbita, quien acudió al servicio de Urgencias debido a un dolor intenso en la región precordial que se irradiaba hacia el miembro superior derecho. Los hallazgos en el electrocardiograma de ingreso revelaron un supradesnivel del segmento ST en las derivaciones V1 a V3, así como ondas T simétricas y picudas en las derivaciones V2-V6. Además, el ecocardiograma mostró hipocinesia aguda infero-posterior de base a punta, hipocinesia septal medial anterior y fracción de eyección del 35%. Los niveles de troponina I ultrasensible también estaban considerablemente elevados. Fue tratado con aspirina, ticagrelor e infusión de heparina, y posteriormente desarrolló un cuadro de hipotensión asociado a choque cardiogénico, que se controló con inotrópicos y vasoactivos. La coronariografía reveló oclusión trombosada en la arteria descendente anterior a nivel proximal, con lesión aneurismática de 30 x 25 mm, así como lesión crítica proximal y dilatación aneurismática de 21 x 19 mm en la arteria coronaria derecha (Fig. 1). Ante estos hallazgos, se decidió llevar a cirugía de revascularización miocárdica utilizando la técnica «on-pump beating-heart», en la cual se realiza un puente mamario izquierdo a la arteria descendente anterior, un injerto venoso a la arteria circunfleja y otro injerto venoso a la arteria descendente posterior. Previo a la cirugía, se implantó un balón de contrapulsación intraaórtico, el cual se retiró al día siguiente de la intervención.

***Correspondencia:**

Juan P. Domínguez-Enríquez
E-mail: juanopablodomin@gmail.com

Fecha de recepción: 29-01-2023
Fecha de aceptación: 21-11-2023
DOI: 10.24875/RCCAR.23000008

Disponible en internet: 07-03-2024
Rev Colomb Cardiol. 2024;31(1):70-72
www.rccardiologia.com

0120-5633 / © 2023 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Figura 1. **A:** se observa en la región de la coronaria descendente anterior a nivel proximal una lesión aneurismática trombosada de 30 x 25 mm. **B:** Además, se evidencia lesión proximal con dilatación aneurismática de 21 x 19 mm en la arteria coronaria derecha.

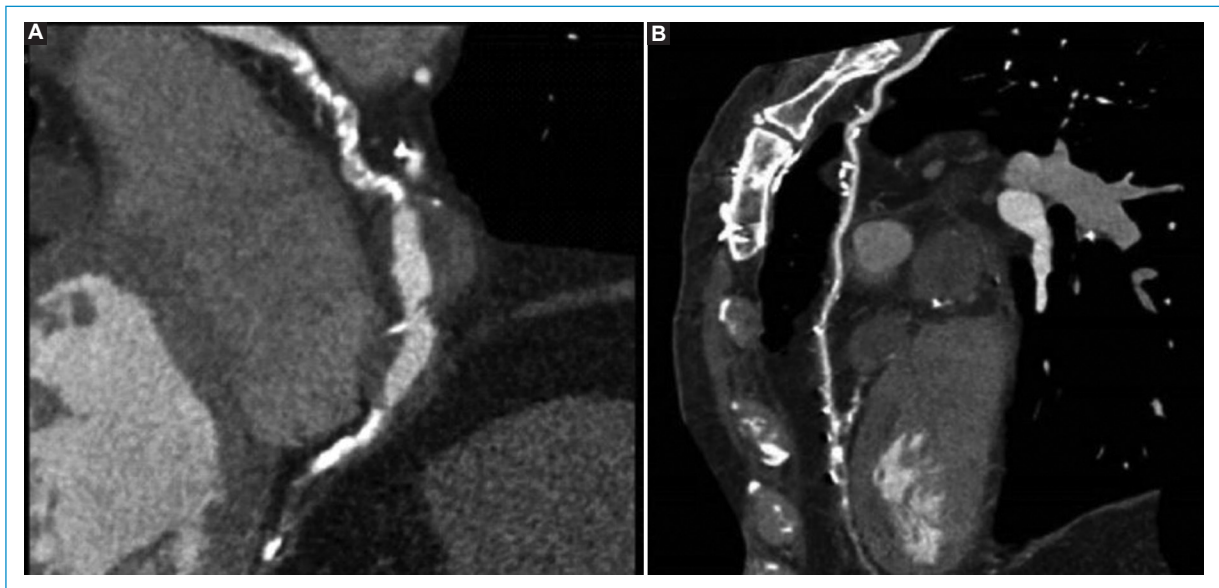


Figura 2. Angiotomografía coronaria de seguimiento realizada luego de tres meses. **A:** se aprecia dilatación aguda de la coronaria derecha en su tercio medio. **B:** se observan dilataciones aneurismáticas graves en el tercio medio de la arteria descendente anterior y puente arterial mamario a la descendente anterior permeable.

Gracias a la evolución favorable del paciente en los días posteriores a la cirugía, se decidió darle el alta. Posteriormente, se procedió a realizar un seguimiento a los tres meses mediante angiotomografía coronaria, en la que se observaron dilataciones aneurismáticas graves en el tercio medio de la arteria descendente

anterior. Además, se visualizó un puente arterial mamario a la descendente anterior que se encontraba permeable. En lo que respecta a la coronaria derecha, se observó gran dilatación en su tercio medio (Fig. 2). La razón de llevar a cabo el seguimiento mediante angiotomografía se debió a la necesidad de verificar el

estado de permeabilidad de los puentes coronarios. Para tal fin, se optó por realizar una tomografía, dado que se trata de un procedimiento no invasivo y es menos costoso en comparación con la angiografía.

Este caso ilustra la importancia del diagnóstico y el tratamiento oportunos del aneurisma coronario gigante, así como la necesidad de una intervención quirúrgica en determinados casos para restablecer el flujo sanguíneo adecuado al músculo cardíaco y prevenir complicaciones graves.

Financiamiento

Los autores declaran que este trabajo ha sido autofinanciado.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses de los autores.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han

realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Bibliografía

1. Yoshimura T, Akasaka T, Watanabe N, Takano M, Kawamoto T, Kishi K, et al. Three-dimensional evaluation of coronary artery aneurysms in patients with Kawasaki disease using optical coherence tomography. *Int J Cardiol.* 2010;139(1):8-13.
2. Tanaka H, Mori T, Yoshida H, Nakashima T, Umeda H, Naito M, et al. Giant coronary aneurysm and atherosclerosis: a case report and review of the literature. *Journal of Cardiology Cases.* 2016;14(4):119-22.