

Editorial: Hospital Metropolitano

ISSN (impreso) 1390-2989 - **ISSN (electrónico)** 2737-6303

Edición: Vol. 29 (suppl 2) 2021 - noviembre

DOI: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol29/supple2/2021/63-65>

URL: <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/357>

Pág: 63-65

Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del ST Aneurisma de la Arteria Circunfleja

MARCO TEÓRICO

El aneurisma de las arterias coronarias o de sus ramas subsecuentes, es un hallazgo angiográfico con baja incidencia ya que se ha identificado entre el 0.15-4.9% y con prevalencia relativamente mayor en hombres; su definición es la presencia de una dilatación localizadas o difusas del lumen coronario y es mayor de 1.5 veces el diámetro de arterias adyacentes.

En la patogenia para su formación pueden estar factores genéticos como factores externos, de los cuales para el mundo occidental la aterosclerosis es la causa principal mientras que en el mundo oriental la enfermedad de Kawasaki ocupa el primer lugar, pese a esto existen otro tipo de entidades tales como: vasculitis (poliarteritis nodosa, arteritis de Takayasu, enfermedad de Bechcet's), infecciosas (bacterianas: Chlamydia pneumoniae, viral: Epstein Baar, espiroquetas: Sífilis), enfermedad de tejido conectivo (LES, AR, esclerodermia), posterior a intervencionismo (angioplastia con balón, implantación de stent, aterectomía coronaria direccional).

La presentación clínica de la enfermedad aneurismática comprende desde la ausencia completa de síntomas, hasta el síndrome coronario agudo, incluyendo presentaciones atípicas de dolor torácico; esta variedad de manifestaciones clínicas depende de la extensión y severidad de la enfermedad.

Para su diagnóstico, el gold estándar es la angiografía, otra técnica es el ultrasonido intravascular tiene alta sensibilidad para el diagnóstico, aunque son métodos invasivos.

El ímpetu para manejar esta entidad se centra en las complicaciones asociadas con estas lesiones; las más comunes incluyen angina, infarto de miocardio y muerte súbita, se recomienda el uso de doble antiagregación (ácido acetilsalicílico + clopidogrel) por el tiempo recomendado de un año posterior a intervencionismo con colocación de stent; sin embargo, la asociación con anticoagulación se basa en reportes de casos o análisis de subgrupos, y no hay estudios que avalen su uso.

Descripción de caso clínico

Paciente masculino de 42 años de edad, sin antecedentes clínicos de importancia, niega consumo de tabaco, ejercicio: caminata de 30 minutos diarios, quien presenta cuadro de dolor retroesternal que despertó a las 04:30 am de gran intensidad (EVN 7/10) que irradió a hombro y brazo derecho acompañado de síntomas vagales por lo que acudió a valoración, a su llegada a ER a las 06:20 facie álgica, TA: 141/97, FC: 83 LPM, FR: 19 RPM, SatO₂: 92% al aire ambiente, peso: 110 Kg, talla: 1.73, IMC: 36.82 (obesidad Grado I), cardiopulmonar sin patología evidente, se solicitó EKG: donde se evidencia en DII onda T negativa, sin otras modificaciones.

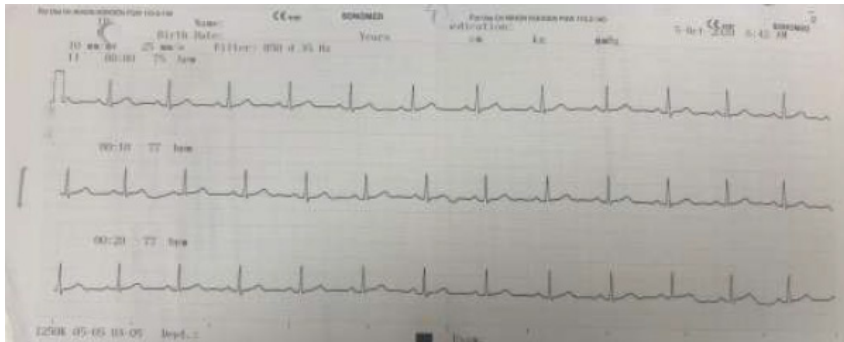


Gráfico 1. Electrocardiograma a su ingreso- 6:42 am.

Se solicitó en paraclínicos troponina ultra sensible inicial elevada (21.44), ecocardiograma sin alteración en la contractilidad, curva de troponina con tendencia a la elevación progresiva.

Curva de Troponina Ultrasensible

(punto de corte 14 ng/L)

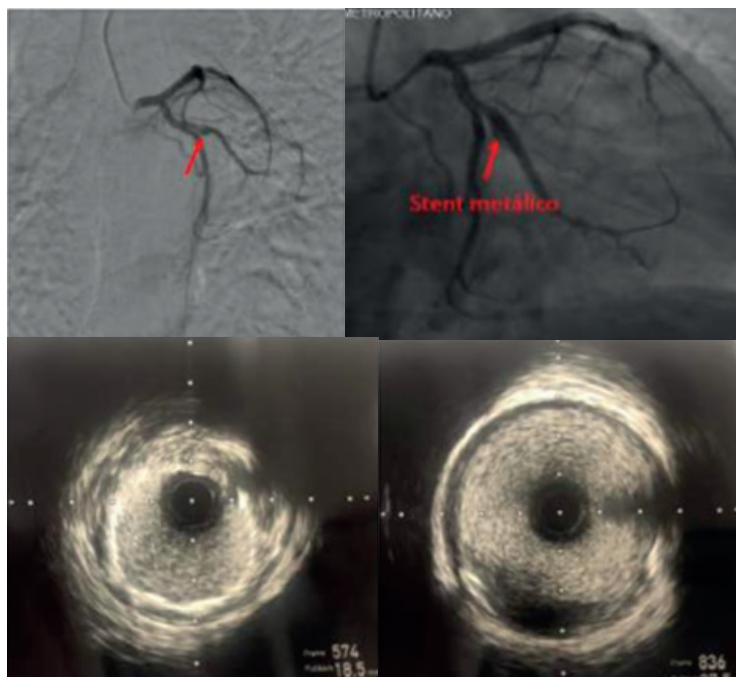
1. 07:15 am: 21.44 ng/L

2. 09:42 am: 89.06 ng/L

3. 11:49 am: 91.92 ng/L

4. 12:03 pm: 354.3 ng/L

Por lo que se decidió realizar coronariografía donde se halló aneurisma sacular a nivel de segmento medio de la circunfleja, se colocó stent metálico sin complicaciones se verificó a través de sistema IVUS (no signos de disección proximal o distal).



Paso a UCI para cuidados postcoronariografía, 24 horas posteriores es dado de alta hemodinámicamente estable a sala general en piso de Hospitalización y finalmente 48 horas posteriores de su ingreso y sin evidenciar complicaciones posintervencionismo se decidió alta a domicilio, con las siguientes indicaciones: perindopril 5 miligramos cada día, bisoprolol 2.5 miligramos cada día, atorvastatina 80 miligramos cada noche, ácido acetilsalicílico 100 miligramos

cada día más clopidogrel 75 miligramos cada día concomitante con control por consulta externa en 7 días con cardiología.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Caso clínico de revisión bibliográfica por la rareza con la que dichos aneurismas se presentan a nivel de las arterias coronarias ya que en los artículos que se obtuvo, el aneurisma de arterias coronarias en la

epidemiología solo se encuentra en baja incidencia alrededor de 0.15 a 4.9%, suelen ser asintomáticos o manifestarse como síndrome coronario agudo, el tratamiento puede ser farmacológico o con intervencionismo cardíaco, el tratamiento farmacológico se base en la doble antiagregación plaquetaria (con mayor evidencia el uso de ácido acetilsalicílico y clopidogrel), la importancia de la exposición de este caso como la revisión del mismo al público es para su conocimiento e interés en un síndrome coronario de presentación atípica.

En conclusión, la presentación de este caso clínico permite dar a conocer que a través de una adecuada historia clínica que generan un razonamiento clínico adecuado y a su vez aplicar las diferentes técnicas diagnósticas tanto de imagen como de laboratorio se pudo llegar al diagnóstico e intervención oportuna por el servicio de hemodinamia para la colocación del stent.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Flamarique S, Cembrero H, Artaiz M, Rábago G, Hernández-Estefanía R.** Características morfológicas de los aneurismas de arterias coronarias. Incidencia e implicación clínica. Sociedad Española de Cirugía Torácica – Cardiovascular. Elsevier- España 2014.
2. **Diayuan L, Qingyu W, Lizhong S, Yunhu S, Wey W, Shiwey P, et al.** Surgical treatment of giants artery aneurysm. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2005;130: 817–21.
3. **Solodkyy A, Shalhoub J, Chetty G, Briffa NP.** A rare case of giant coronary artery aneurysm in the context of multiple arterial aneurysms. *Int J Surg Case Rep.* 2012;3:311–3.
4. **Chauhan A, Musunuru H, Hallett RL, Walsh M, Szabo S, Halloran W.** An unruptured, thrombosed 10 cm right coronary artery aneurysm mimicking a pericardial cyst. *J Cardiothorac Surg.* 2013;8:2. <http://dx.doi.org/10.1186/1749-8090-8-2>.
5. **Roberts WC.** Natural history, clinical consequences, and morphologic features of coronary arterial aneurysms in adults. *Am J Cardiol.* 2011;108:814–21.

Ricardo Cortez Andrade¹

Médico Tratante de Medicina Interna
Hospital Metropolitano
Quito, Ecuador

 <https://orcid.org/0000-0001-7667-2004>

Sol Calero Revelo²

Médico Tratante de Cardiología
Hospital Metropolitano
Quito, Ecuador

 <https://orcid.org/0000-0002-5557-5704>

René Astudillo Mancero³

Médico Posgradista de Medicina Interna
Hospital Metropolitano
Quito, Ecuador

 <https://orcid.org/0000-0002-2534-5684>

Sthefany Michelle Albán Tonato⁴

Médico Residente Asistencial
Hospital Metropolitano
Quito, Ecuador

 <https://orcid.org/0000-0002-2772-0791>