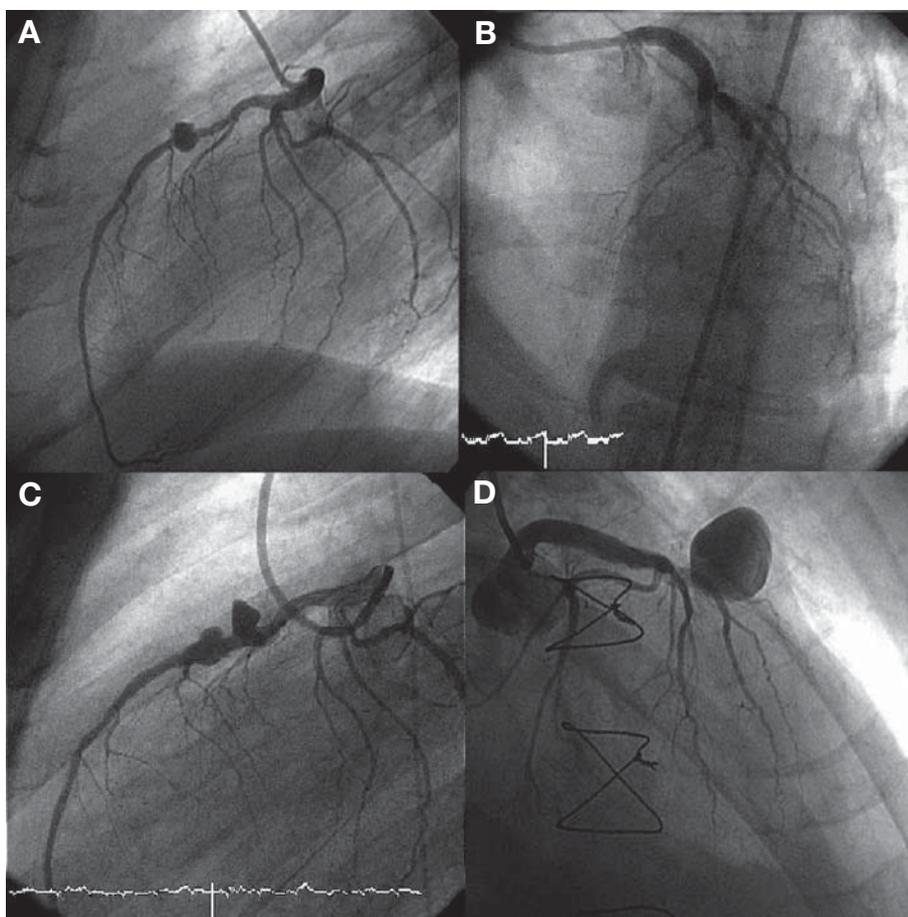


**Aneurisma coronario de rápido  
crecimiento y pericarditis purulenta  
por *Streptococcus pneumoniae*:  
¿asociación casual o causal?**

**Sr. Editor:**

Los aneurismas coronarios son una afección infrecuente. Son más frecuentes en el árbol coronario derecho, y la etiología más frecuente es la enfermedad arteriosclerótica. Otras causas son las agre-

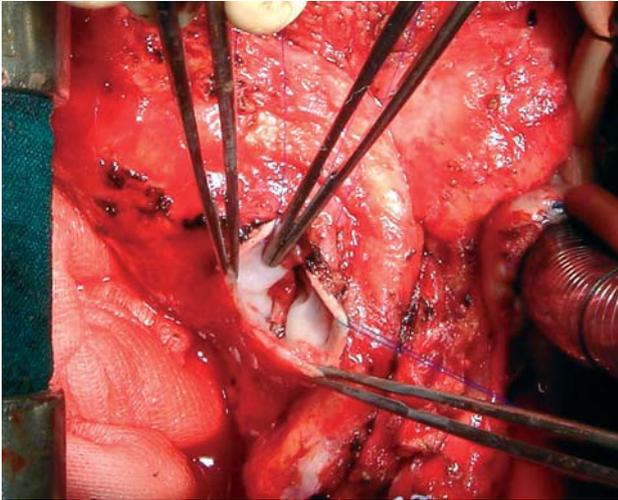


**Fig. 1.** A: aneurisma sacular de 10 mm de diámetro a nivel de la descendente anterior media. B: oclusión aguda en la descendente anterior media previa al aneurisma. C: tras apertura del vaso, se comprueba que el aneurisma ha duplicado su tamaño. D: última coronariografía, en la que se objetiva un aneurisma gigante con alto riesgo de complicaciones.

siones externas, las enfermedades inflamatorias y del tejido conectivo, las enfermedades infecciosas y los aneurismas congénitos<sup>1-3</sup>.

Se presenta el caso de un varón de 60 años, fumador activo, diabético e hipercolesterolémico. Un año antes ingresó por bacteriemia neumocócica de origen no filiado que se trató con ceftriaxona. El paciente acudió al servicio de urgencias por dolor torácico pericárdico y, en los días previos, cuadro catarral y fiebre. El ECG no mostraba datos de pericarditis aguda, con QS en V1 y V2. La analítica presentaba elevación aislada de troponina T. En el ecocardiograma había hipocinesia leve anterior, con fracción de eyección conservada y mínimo derrame pericárdico. Ante la sospecha de infarto anterior, se realizó coronariografía (fig. 1A). La descendente anterior media presentaba una lesión arteriosclerótica moderada e, inmediatamente distal, un aneurisma sacular de 10 mm de diámetro. Se inició tratamiento antiinflamatorio y el paciente permaneció asintomático en planta. Ante los hallazgos de la coronariografía y con el juicio clínico de miopericarditis, se realizó ergometría con tecnecio para valoración clínica de la lesión en la descendente anterior. En el minuto 6 de ejercicio co-

menzó con dolor torácico y malestar general, y en el registro electrocardiográfico presentó ascenso del ST. Fue trasladado al laboratorio de hemodinámica donde se objetivó oclusión completa a nivel de la descendente anterior media, previa al aneurisma (fig. 1B), y se realizó angioplastia con implante de dos *stents* convencionales. Tras la reperusión se comprobó que el aneurisma había doblado su tamaño (fig. 1C). El paciente evolucionó en los días siguientes a insuficiencia cardiaca congestiva derecha y bajo gasto. En ecocardiogramas seriados se objetivó derrame pericárdico en aumento y, ante la sospecha de rotura aneurismática, se decidió intervención quirúrgica urgente. El aneurisma permanecía intacto, el pericardio presentaba 2 cm de grosor y el líquido pericárdico era purulento. Todo ello indicaba enfermedad infecciosa, lo que suponía, en caso de resección del aneurisma y derivación con arteria mamaria, el riesgo de sobreinfección en esa localización. Se realizó pericardiectomía antefrénica bilateral y se tomaron muestras para cultivo, en las que creció *Streptococcus pneumoniae*. Tras completar el tratamiento antibiótico con ceftriaxona durante 6 semanas, se realizó nueva coronariografía, que objetivó un mayor crecimiento del aneu-



**Fig. 2.** Cirugía de resección del aneurisma. En su interior hay importante fibrosis e inflamación. Al fondo se puede ver el *stent* implantado previamente.

risma (fig. 1D). Ante el riesgo de complicaciones (trombosis, embolias, rotura), se decidió nueva intervención quirúrgica con resección del aneurisma y derivación de arteria mamaria interna a descendente anterior (fig. 2). El cultivo microbiológico fue estéril y la histología mostró fibrosis inespecífica. El paciente fue intervenido sin complicaciones y se le dio de alta tras 4 meses de ingreso. Un año después permanece asintomático.

La historia natural y el tratamiento de los aneurismas coronarios arterioscleróticos no están claramente definidos y están en relación con el tamaño y los síntomas. Así, algunos autores consideran que un tamaño > 1 cm o 3-4 veces el tamaño del vaso nativo es indicación quirúrgica<sup>4</sup> o de cierre percutáneo mediante implante de *stent graft*. Otros autores consideran que, si es de pequeño tamaño y no presenta lesiones severas ni complicaciones, tiene un buen pronóstico a largo plazo y se puede realizar tratamiento médico<sup>5</sup>.

Los aneurismas micóticos representan un 2% del total de los aneurismas coronarios. En la mayor parte de los casos son complicación de endocarditis bacterianas que afectan a válvula aórtica y/o mitral. Los microorganismos aislados con mayor frecuencia son *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus viridans*. El tratamiento antibiótico precoz puede hacer que aneurismas de pequeño tamaño respondan favorablemente, pero suelen precisar cirugía para la curación.

Hasta ahora en las publicaciones revisadas no hay casos descritos sobre aneurismas coronarios micóticos por *S. pneumoniae*. En nuestro caso no podemos afirmar que se trate de un aneurisma sobreinfectado, pues el cultivo de la pieza histológica fue negativo (tras tratamiento antibiótico), pero su

rápido crecimiento y la asociación con la pericarditis purulenta hacen que sea el diagnóstico más probable.

Elvira Barrios<sup>a</sup>, Javier Chimeno<sup>a</sup>, Julio García-Tejada<sup>a</sup>  
y José M. Cortina<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cardiología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

<sup>b</sup>Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ercan E, Tengiz I, Yakut N, Gurbuz A. Large atherosclerotic left main coronary aneurysm: a case report and review of literatura. *Int J Cardiol.* 2003;88:95-8.
2. Taneja AK, Boyd M, Clarkson P. Right coronary artery (RCA) aneurysm as a collateral circulation in sub totally occluded mid RCA stenosis. *Int J Cardiol.* 2007;120:e13-4.
3. Berkowitz JM, Lansman S, Fyfe B. Coronary artery mycotic aneurysm following endocarditis of a composite aortic graft. *Angiology.* 1998;49:145-50.
4. Biglioli P, Alamanni F, Antona C, Agrifoglio M, Spirito R. Aneurysms of the coronary arteries: one case report. *Thorac Cardiovasc Surg.* 1988;36:239-40.
5. Tunick PA, Slater J, Kronzon I, Glassman E. Discrete atherosclerotic coronary artery aneurysm: a study of 20 patients. *J Am Coll Cardiol.* 1990;15:279-82.