

Aneurisma Coronariano Micótico: Relato de Dois Casos

Mycotic Coronary Aneurysm: Report of Two Cases

Franco Javier Vallejo García, Carlos Eusse, Carlos Tenorio, Carlos Uribe
Clínica Cardiovascular Santa Maria, Medellín - Colombia

O número de intervenções percutâneas com implante de *stents* tem aumentado dramaticamente nos últimos anos, apesar da frequência no uso do dispositivo nos relatos de infecções serem extremamente raros. Neste artigo relatamos dois casos de aneurisma micótico após implante de *stents* com diferentes apresentações clínicas e evolução.

The number of percutaneous interventions with stent implantation has increased dramatically in recent years, although the frequent use of this device in reports of infections is extremely rare. In this article we report two cases of mycotic aneurysm after implantation of stents with different clinical presentations and outcomes.

Introdução

Os *stents* foram uma grande mudança na cardiologia intervencionista, implantados em mais de 90% dos casos em que a intervenção coronariana percutânea é realizada¹.

Sabe-se que a inserção de corpos estranhos pode causar infecção, de modo que o implante de dispositivos médicos se tornou um dos principais fatores de risco para infecções nosocomiais. Apesar disso, os relatos sobre infecções do *stent* coronariano são extremamente raros².

Durante sua evolução apresentou picos febris de 41°C e elevação dos reagentes de fase aguda, obtendo três hemoculturas positivas para *staphylococcus aureus* meticilino sensível, iniciando terapia antibiótica com oxacilina parenteral. Mediante esses achados, foi realizada angiogramia axial computadorizada (AngioTAC) multicorte de tórax com reconstrução tridimensional, o que revelou dilatação aneurismática (27 x 19 mm), que foi preenchida com contraste no segmento proximal ao previamente implantado na artéria circunflexa, além da oclusão do mesmo vaso distal ao e hemopericárdio moderada (Figura 1A).

O paciente apresentou recuperação clínica e radiológica (Figura 1B) satisfatória após 6 semanas da terapia antibiótica.

Caso 1

Indivíduo de 49 anos, do sexo masculino, com histórico de doença coronariana que necessitou de duas intervenções coronarianas, a primeira com implante de *stent* com sirolimus na artéria descendente anterior, e o segundo, 20 dias antes da admissão, com *stent* não medicamentoso na artéria circunflexa (ambos os procedimentos realizados na mesma sala de hemodinâmica com material novo).

Consulta ao fim de 3 meses, após a realização do procedimento intervencionista por duas semanas de dispnéia progressiva, dor torácica e febre.

É admitido com ingurgitação jugular a 45°, estertores até o terço médio de ambos os campos pulmonares, sem sopros cardíacos, e hepatomegalia. O ECG foi considerado e não evidenciou qualquer distúrbio, e hemograma com leucocitose.

O ecocardiograma transtorácico revelou cardiopatia dilatada com fração de ejeção de 30% e derrame pericárdico em quantidade moderada.

Caso 2

Indivíduo de 65 anos, do sexo masculino, com um histórico de insuficiência renal crônica (IRC) estágio 5, diabetes melito tipo 2 (DM2), hipertensão arterial (HTA) e doença coronariana; histórico de *stent* liberador de paclitaxel em artéria coronária direita (ACD) e *stent* liberador de sirolimus na artéria descendente anterior (ADA) 4, quatro meses antes da admissão (ambos os procedimentos realizados na mesma sala hemodinâmica com material novo); consulta após 5 meses da realização do procedimento intervencionista por quatro dias de dispnéia progressiva, dor torácica e febre.

Chega pálido, suando, hipotenso e febril com estertores crepitantes em bases pulmonares hepatomegalia e edema de 1° de membros inferiores. Ecocardiograma com onda T negativa na parede lateral alta, hemograma com leucocitose, neutrofilia, proteína C reativa (PCR) elevada e positividade dos biomarcadores cardíacos.

Foram realizadas 3 hemoculturas positivas para SAMS no início da terapia antibiótica tendo uma resposta insatisfatória, com piora do estado geral. Por persistência da sintomatologia, foram realizadas coronariografia e AngioTAC de tórax que mostraram uma grande dilatação aneurismática (20 x 10 mm) em ACD (Figura 2). O paciente foi encaminhado para a UTI onde posteriormente foi a óbito.

Palavras-chave

Stents, infecção, aneurisma infectado.

Correspondência: Franco Javier Vallejo García •

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

El poblado - Antioquia - Medellín - CE

E-mail: homefra78@yahoo.es

Artigo recebido em 26/05/10; revisado recebido em 05/09/10; aceito em 17/11/10.

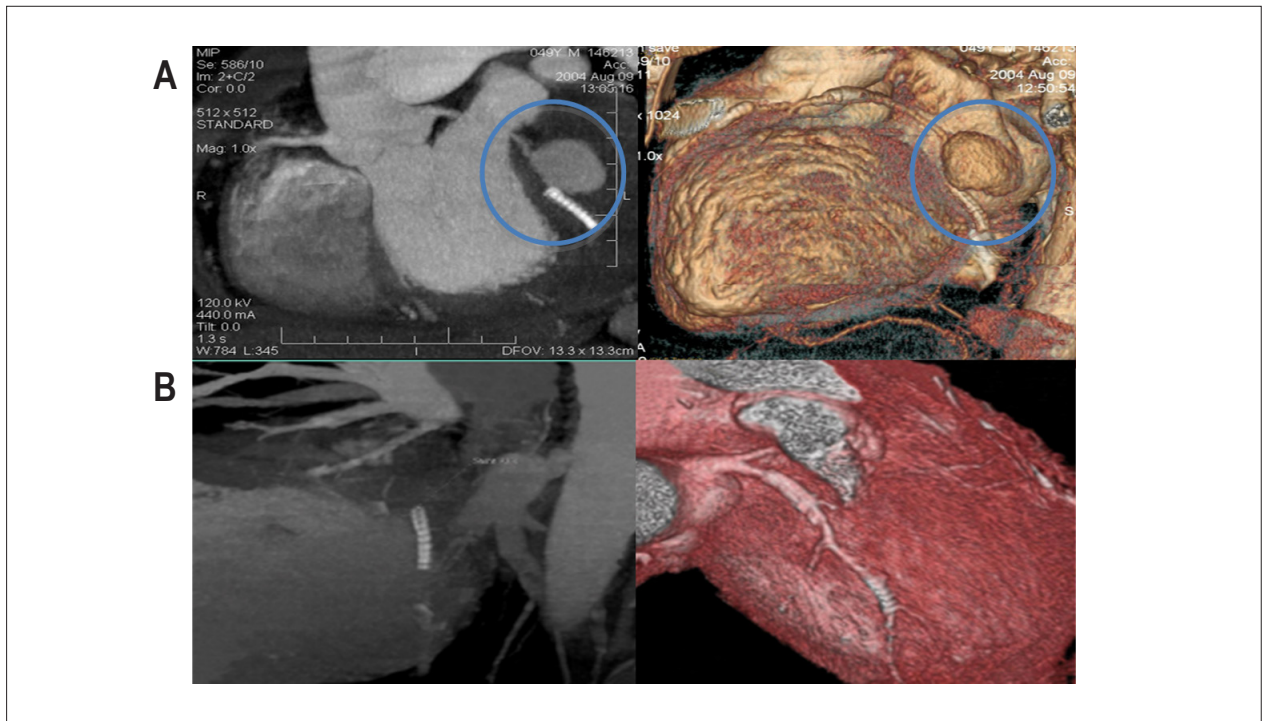


Fig. 1 - A - Angiotomografia axial computadorizada com ampla dilatação aneurismática em segmento proximal da artéria circunflexa antes do stent⁶. B - Controle que mostra o desaparecimento do aneurisma⁷.

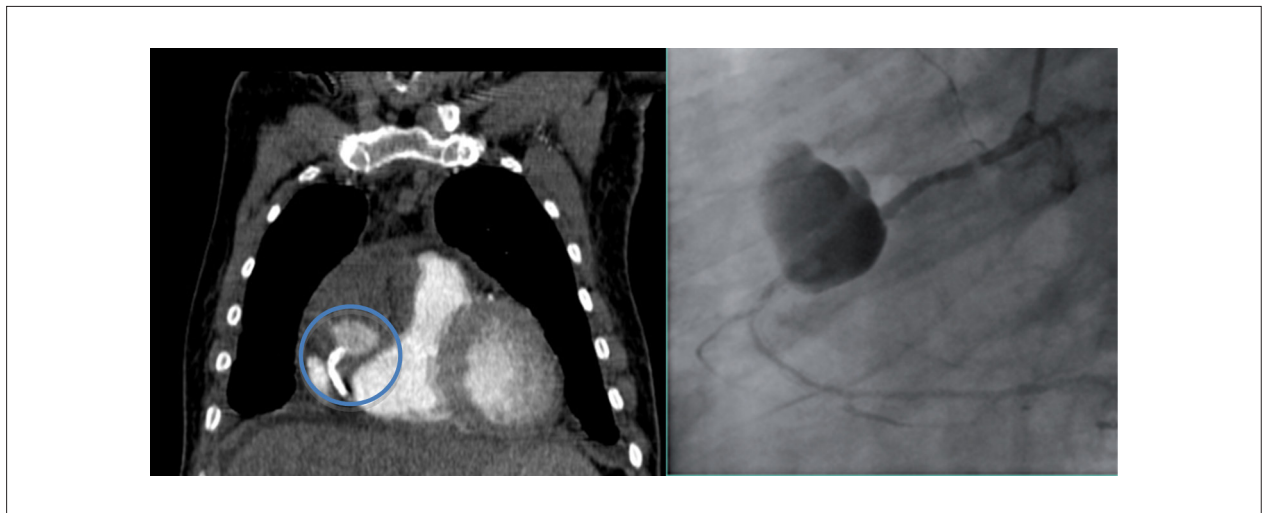


Fig. 2 - Angiotomografia axial computadorizada e coronariografia com aneurisma na coronária direita.

Discussão

A incidência de infecções do *stent* coronariano é desconhecida, no entanto, o baixo número de relatos publicados sugere que seja uma complicação pouco comum do intervencionismo coronariano percutâneo (ICP). A incidência de hemoculturas positivas após o procedimento é de 7,3% após um cateterismo diagnóstico e 4,6% depois de ICP; as bactérias mais comumente isoladas são *staphylococcus aureus*, *staphylococcus coagulase* negativo, e *streptococcus* do grupo B¹.

Nos dois casos que relatamos, a infecção se manifestou de forma subaguda, entre 20 dias e 4 meses, a sintomatologia predominante foi a febre, a dor torácica e dispneia; as hemoculturas foram positivas nos dois pacientes e a bactéria identificada foi o *staphylococcus aureus* resistente à metilicina.

A identificação do foco infeccioso requer imagens cardíacas específicas, que inclui a ecocardiografia transtorácica, transesofágica, angiografia coronariana, tomografia axial computadorizada (TAC) e ressonância magnética nuclear (RMN)³. Levando em consideração os poucos dados

Relato de Caso

disponíveis, não existem recomendações sobre qual dos métodos diagnósticos anteriormente mencionados seja o eleito, sendo utilizados como base para a experiência local⁴.

A terapia com antibióticos endovenosos foi a escolhida, no entanto, considerando que as infecções por corpo estranho são extremamente resistentes aos antibióticos, o desbridamento cirúrgico e/ou remoção do *stent* poderiam ser necessários⁵. Nossos casos foram manejados somente com terapia endovenosa, alcançando uma sobrevivência de 50%. Dos casos relatados na literatura, um total de 10, seis precisaram de procedimento cirúrgico adicional, com uma mortalidade de 50% durante o intra e pós-operatório sugerindo somente um modesto benefício da cirurgia nessa população.

Referências

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.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica

Este artigo é parte de livre-docência de Franco Javier Vallejo Garcia pela Clinica Cardiovascular y la Universidad Pontificia Bolivariana.