

Pseudoaneurisma del tronco de la arteria coronaria izquierda en endocarditis infecciosa posangioplastia. Desafío diagnóstico y terapéutico desde la multiimagen

Left Main Coronary Artery Pseudoaneurysm in Infective Endocarditis Following Percutaneous Coronary Intervention: A Diagnostic and Therapeutic Challenge Addressed by Multimodality Imaging

YANINA CASTILLO COSTA^{1, MTSAC, }, JUAN PABLO GONZÁLEZ^{1, }, NICOLE GOULD^{1, }, CAMILA FORCLAZ^{1, },
GUSTAVO FEDERICO ANDERSEN^{1, }, VÍCTOR MAURO^{1, MTSAC, }

Los pseudoaneurismas coronarios constituyen una complicación infrecuente pero potencialmente letal, caracterizada por una disrupción de la pared arterial con contención del flujo por tejidos perivasculares o trombo organizado. La mayoría se asocia a intervenciones coronarias percutáneas, mientras que los de origen infeccioso representan una entidad excepcional, habitualmente relacionada con bacteriemia o endocarditis infecciosa por *Staphylococcus aureus*. (1,2) El compromiso del tronco de la arteria coronaria izquierda es muy infrecuente, y plantea un desafío diagnóstico y terapéutico debido al elevado riesgo de ruptura, trombosis y muerte súbita, con escasa evidencia existente para orientar su tratamiento. (2,3)

Presentamos el caso de un paciente con endocarditis bacteriana posterior a una angioplastia reciente del tronco de la coronaria izquierda, que entre otras complicaciones clínicas presentó un pseudoaneurisma del mismo, diagnosticado y caracterizado mediante imagen cardiovascular multimodal.

Se trata de un varón de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 1 y cáncer de próstata tratado en 2019, que ingresó por fiebre persistente tras haber sido sometido a angioplastia coronaria del tronco distal de la coronaria izquierda y del ostium de la arteria circunfleja, con implante de dos *stents* farmacológicos. Tras la toma de cultivos e inicio de antibióticos endovenosos, se realizó un ecocardiograma transesofágico que evidenció una vegetación de 6,3 × 3,3 mm sobre la valva anterior mitral, que, junto con hemocultivos positivos para *Staphylococcus aureus* meticilino sensible, llevó a diagnosticar endocarditis infecciosa. El paciente presentó inicialmente un pseudoaneurisma radial derecho que fue tratado

quirúrgicamente, e insuficiencia renal aguda con requerimiento transitorio de hemodiálisis. Ya afebril y con cultivos de control negativos, intercurrió con disnea y deterioro hemodinámico. Se realizó un ecocardiograma de urgencia donde se observó una neocavidad adyacente al seno coronario izquierdo, sugestiva de pseudoaneurisma, trastornos de la motilidad en cara anterior y descenso marcado de la fracción de eyección ventricular izquierda. La cinecoronariografía confirmó un pseudoaneurisma del tronco de la coronaria izquierda con pasaje de contraste al espacio periarterial (Figura 1) y una nueva lesión severa de la arteria descendente anterior proximal, tratada mediante angioplastia con implante de un *stent* farmacológico. La angiotomografía coronaria evidenció un pseudoaneurisma parcialmente trombosado, con extensión hacia los segmentos proximales de la arteria descendente anterior y la arteria circunfleja (Figura 2).

Ante el elevado riesgo de ruptura y el alto riesgo quirúrgico, el *Heart Team* decidió excluir el pseudoaneurisma mediante el implante de un *stent* forrado en el tronco coronario izquierdo. La evolución fue favorable y la función ventricular izquierda se recuperó parcialmente.

En el seguimiento a 4 meses, el paciente repitió dolor precordial y se realizó nueva coronariografía. En ella se halló permeabilidad del *stent* forrado del tronco y exclusión completa del pseudoaneurisma, pero lesiones severas de descendente anterior y circunfleja, por lo cual el *Heart Team* indicó cirugía de revascularización miocárdica electiva, con evolución posoperatoria favorable.

Los pseudoaneurismas coronarios constituyen una complicación infrecuente de las intervenciones corona-

REV ARGENT CARDIOL 2026;94:360-362. <https://doi.org/rac.es.v94.i4.21035>

Dirección para correspondencia: Juan Pablo González. Correo electrónico: juampi19988@gmail.com



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

©Revista Argentina de Cardiología

¹ Clínica Bazterrica, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Fig. 1. Cinecoronariografía con evidencia de pseudoaneurisma del tronco coronario izquierdo con pasaje de contraste al espacio periarterial.

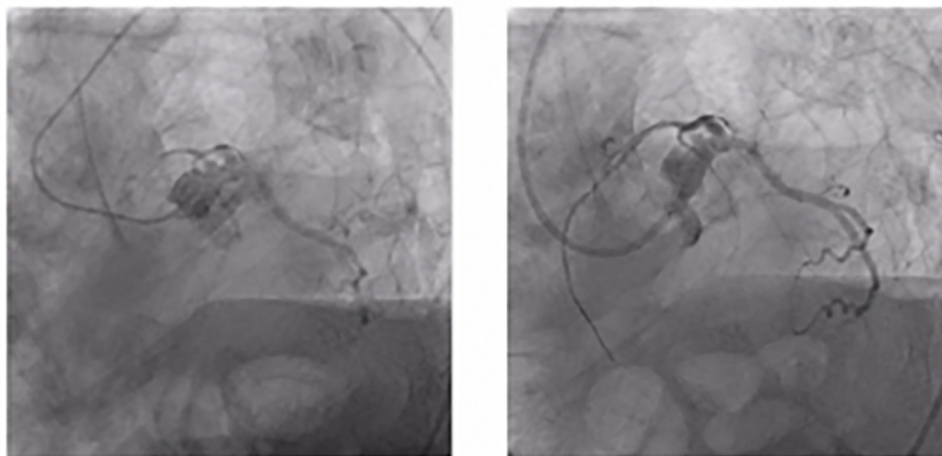
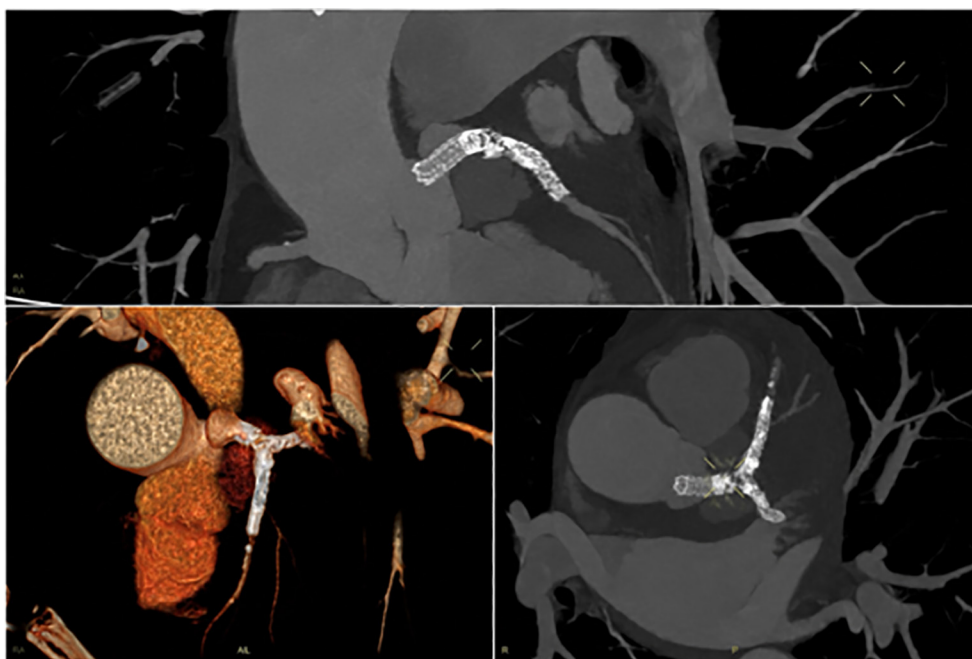


Fig. 2. Angiotomografía coronaria que confirmó un pseudoaneurisma parcialmente trombosado con extensión hacia los segmentos proximales de la arteria descendente anterior y la arteria circunfleja



rias percutáneas. Además del traumatismo mecánico asociado a la angioplastia, factores como la inflamación local, el retraso de la endotelización y la infección, pueden contribuir a su desarrollo, particularmente tras el implante de *stents* farmacológicos. (4)

En presencia de infección, el *Staphylococcus aureus* es el microorganismo causal más frecuente y la arteria coronaria derecha la localización predominante. El compromiso del tronco de la arteria coronaria izquierda es excepcional, tal como lo muestra la serie de casos publicada más numerosa. (2)

La presentación clínica suele ser inespecífica y el diagnóstico requiere un elevado índice de sospecha, especialmente en pacientes con fiebre persistente o bacteriemia luego de una intervención coronaria. En nuestro caso, el diagnóstico no surgió del cuadro infeccioso inicial sino del deterioro clínico y hemodinámico, que motivó una nueva evaluación ecocardiográfica. La integración secuencial del ecocardiograma, la cinecoronariografía y la angiotomografía coronaria permitió confirmar el diagnóstico, definir la extensión de la lesión y planificar el tratamiento, destacando el valor

de la imagen cardiovascular multimodal en este tipo de pacientes.

El tratamiento de los aneurismas y pseudoaneurismas coronarios debe individualizarse según la etiología, la anatomía y el riesgo de complicaciones, debido a la ausencia de estudios comparativos y recomendaciones específicas. (5) Si bien la cirugía continúa siendo el tratamiento de elección en los pseudoaneurismas infecciosos, Kilic et al. señalan que los *stents* forrados pueden constituir una alternativa para excluir algún tipo de pseudoaneurismas cuando el riesgo quirúrgico inmediato es elevado como en el caso de nuestro paciente, aunque advierten sobre su mayor riesgo de trombosis y reestenosis. (3)

Consideramos que el principal aporte de este caso, además de reportar la excepcional localización del pseudoaneurisma, es demostrar que una estrategia basada en imagen multimodal y discusión por el *Heart Team* es fundamental tanto para el diagnóstico como para planificar el tratamiento. (6)

Consideraciones éticas

No aplica

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web)

BIBLIOGRAFÍA

1. Matta AG, Yaacoub N, Nader V, Moussallem N, Carrie D, Roncalli J. Coronary artery aneurysm: A review. *World J Cardiol* 2021;13:446-55. <https://doi.org/10.4330/wjc.v13.i9.446>
2. Restrepo CS, Gonzalez TV, Baxi A, Rojas CA. Infected ("Mycotic") coronary artery aneurysm: Systematic review. *J Cardiovasc Comput Tomogr* 2020;14:e99-e104. <https://doi.org/10.1016/j.jcct.2019.01.018>
3. Kilic ID, Fabris E, Serdoz R, Caiazzo G, Foin N, Abou-Sherif S, et al. Coronary covered stents. *EuroIntervention* 2016;12:1288-95. <https://doi.org/10.4244/EIJV12I10A210>
4. Aoki J, Kirtane A, Leon MB, Dangas G. Coronary artery aneurysms after drug-eluting stent implantation. *JACC Cardiovasc Interv* 2008;1:14-21. <https://doi.org/10.1016/j.jcin.2007.10.004>
5. Kawsara A, Núñez Gil IJ, Alqahtani F, Moreland J, Rihal CS, Alkhouli M. Management of Coronary Artery Aneurysms. *JACC Cardiovasc Interv* 2018;11:1211-23. <https://doi.org/10.1016/j.jcin.2018.02.041>
6. Flygel MR, Bogale N, Lundemoen S, Leiva RA, Larsen TH, Saeed S, et al. Acute Coronary Stent Infection With Pseudoaneurysm Formation and Stent Separation After Percutaneous Coronary Intervention. *JACC Case Rep* 2025;30:103909. <https://doi.org/10.1016/j.jaccas.2025.103909>