

Fístulas coronariocavitarias múltiples

ALEJANDRO TETTAMANZI^{1,2}, JORGE N. WISNER^{MTSAC, 1,}, MARCEL G. VOOS BUDAL ARINS^{1,2}

La fístula coronaria es un defecto de la circulación coronaria que se caracteriza por una comunicación anormal entre las arterias coronarias principales o alguna de sus ramas y las cavidades cardíacas, el seno coronario, las arterias pulmonares o las venas sistémicas. (1)

La etiología más frecuente es la congénita, aunque puede ser adquirida.

Las fístulas congénitas se atribuyen a la persistencia de sinusoides miocárdicos embrionarios o venas tebesianas con comunicación directa con la cavidad ventricular. (2)

Constituyen el 4% de las cardiopatías congénitas, con una incidencia del 0,15% en la población adulta sometida a una coronariografía. (3)

En el 55% de los casos se originan de la arteria coronaria derecha, en el 35% de la coronaria izquierda y en menos del 5% de ambas arterias coronarias. (4)

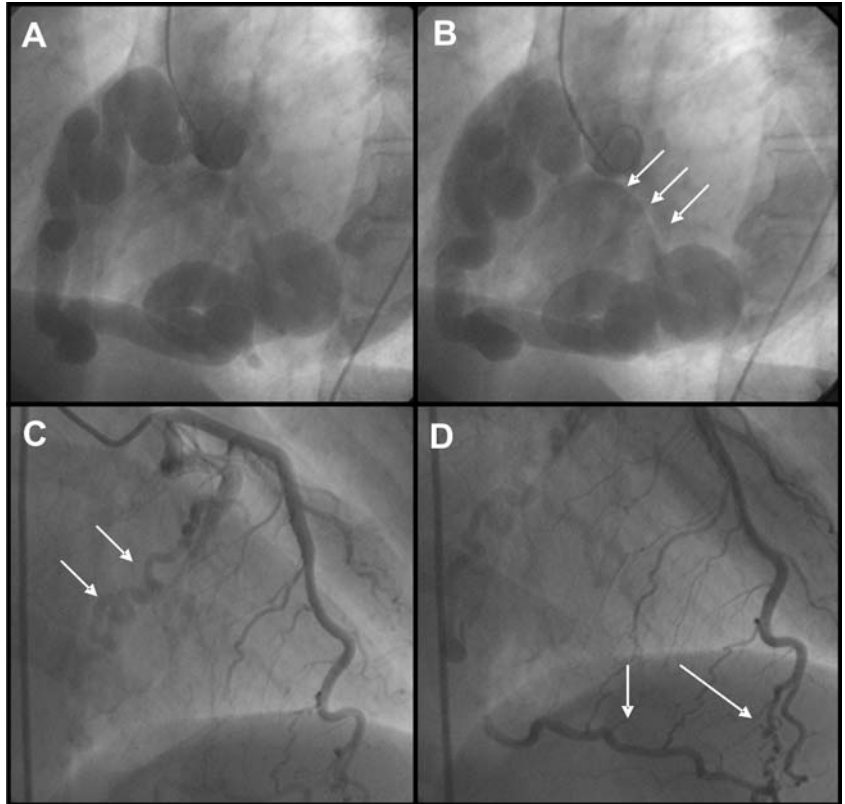
La sintomatología está directamente relacionada con la magnitud del *shunt* y con el tiempo de evolución de la malformación. (1)

La mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos hasta la quinta o la sexta década de la vida, cuando pueden presentarse isquemia miocárdica provocada por el robo coronario o bien el desarrollo de hipertensión pulmonar e insuficiencia cardíaca congestiva si existe un cortocircuito de considerable magnitud. Otras complicaciones observadas son rotura o trombosis de la fístula, aneurisma y endocarditis infecciosa. (4)

La historia natural a largo plazo se desconoce.

El diagnóstico de las fístulas coronarias grandes se realiza por ecocardiograma bidimensional con Doppler. El tamaño y las características anatómicas de la fístula se establecen en forma definitiva con la coronariografía. (5) La coronariografía demuestra que la arteria coronaria involucrada se encuentra elongada y dilatada, aunque el tamaño varía directamente en relación con la magnitud del *shunt*. La dilatación se extiende solamente hasta el punto de origen de la fístula; la porción del vaso distal a ella presenta un calibre normal. Deben efectuarse muestras oximétricas en el circuito derecho y en el izquierdo para evaluar la presencia de resalto y así establecer la magnitud del *shunt*. (6)

Es de suma importancia integrar la información clínica, anatómica y funcional para evaluar la significación hemodinámica de la fístula coronaria en la toma de decisiones terapéuticas.



A. Coronaria derecha (CD) que muestra gran dilatación y tortuosidad. **B.** En la fase tardía se observa la opacificación de cámaras derechas (*flechas*). **C.** En el mismo paciente, la arteria circunfleja presenta una fístula hacia el ventrículo izquierdo (*flechas*). **D.** Debido al robo de flujo coronario, en la CD se aprecia la presencia de circulación colateral heterocoronaria (*flechas*).

BIBLIOGRAFÍA

1. Graham D, Reyes P, Pires A. Coronary artery fistula. *Clin Cardiol* 1998;21:597-98.
2. Grollman JH Jr. The fistulous connection: how does it go? *Cathet Cardiovasc Diagn* 1998;43:184.
3. Díaz de la Llera LS, Fournier Andray JA, Gómez Moreno S, Mayol Deya A, González García A, Pérez Fernández-Cortacero JA. Fístulas de arterias coronarias en adultos. Oclusión percutánea mediante *coils*. *Rev Esp Cardiol* 2005;58:93-6.
4. Spaedy TJ, Wilensky R. Coronary artery fistulas: Clinical implications. *ACC Current J Rev* 1994;3:224.
5. Descalzo Señorans A, Santos de Soto J, González García A, Mayol Deya A. Fístula coronaria congénita a ventrículo derecho. Tratamiento mediante embolización transcáteter con *coils*. *Rev Esp Cardiol* 1999;52:526-8.
6. Levin DC. Anomalies and anatomic variations of the coronary arteries. En: Herbert L Abrams, editor. *Abrams Angiography. Vascular and Interventional Radiology*. Third edition. Boston: Little, Brown and Company; 1983. p. 675-91.

MTSAC Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología

¹ Servicio de Hemodinamia del CEMIC.

² Servicio de Hemodinamia de LA Corporación Médica de General San Martín
e-mail: voos82@hotmail.com