

Origen anómalo de las arterias coronarias

CASO 1

Detección por métodos no invasivos del origen anómalo de la arteria circunfleja desde la arteria pulmonar

RICARDO LEVIN^{MTSAC}, MARCELA DEGRANGE^{MTSAC},
RAFAEL PORCILE^{MTSAC}

Universidad Abierta Interamericana (UAI), Buenos Aires
Grupo DIR-Nashville, Nashville, Tennessee
^{MTSAC} Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología

Paciente de 35 años sin factores de riesgo cardiovascular, que consulta por angina de esfuerzo. La angiotomografía (realizada con un tomógrafo multicorte de 64 detectores Phillips Brilliance MX 8000 –dual CT 64 scanner–, con disparo cardíaco sincronizado con ECG) corroboró el diagnóstico de origen anómalo de la arteria circunfleja (Figura 1). Ante la detección de isquemia en prueba funcional en territorio compatible con la arteria circunfleja se decidió conducta quirúrgica y se efectuó reimplante del *ostium* de la circunfleja. El paciente evolucionó sin complicaciones.

CASO 2

Origen de la coronaria derecha del seno coronario izquierdo

LUIS R. LLERENA¹, VLADIMIR MENDOZA-RODRÍGUEZ²,
EDDY W. OLIVARES-AQUILES²

Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, La Habana, Cuba
¹ Profesor Consultante de Imagenología
² Especialista de Primer grado en Cardiología

Paciente masculino, de 65 años, con hipertensión arterial controlada como único factor de riesgo coronario, que desde hace dos meses presenta dolor precordial a los grandes esfuerzos. El examen físico es normal. El electrocardiograma de reposo y el ecocardiograma transtorácico no mostraron alteraciones. En una prueba ergométrica se apreció infra-desnivel del segmento ST de V4 a V6 sin dolor. Se indicó coronariografía por tomografía computarizada, que se realizó con un equipo de 64 cortes (tomógrafo Somatom Sensation, Forchheim, Siemens), en la que no se detectaron calcificaciones coronarias y se apreció origen de la coronaria derecha del seno coronario izquierdo (Figuras 2 y 3). El paciente fue advertido de su afección y que debía evitar esfuerzos violentos y acudir periódicamente a nuestra consulta.

CASO 3

Origen anómalo de la arteria coronaria circunfleja

RICARDO J. MÉNDEZ^{MTSAC}, GUILLERMO F. MACCAGNO,
SERGIO M. GOLUB, VÍCTOR MEZZALIRA

Servicio de Cardiología. Hospital General de Agudos “Dr. Enrique Tornú”
^{MTSAC} Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología

Mujer de 39 años, ama de casa, obesa, tabaquista (40 cigarrillos/día) y con estrés, que consulta desde enero de 2006 por presentar diariamente dolor precordial opresivo, irradiado al cuello y sin relación con los esfuerzos físicos. Los

electrocardiogramas (ECG) realizados tanto en reposo como intradolor fueron semejantes sin cambios sugestivos de isquemia.

Se realizó un ecocardiograma transtorácico que mostró la presencia de una imagen vascular en relación con la raíz aórtica compatible con arteria coronaria anómala (Figura 4).

Finalmente se completó el estudio con cinecoronariografía (CCG), que mostró tronco coronario izquierdo y arteria descendente anterior sin lesiones angiográficamente significativas, coronaria derecha dominante, de gran desarrollo sin lesiones angiográficamente significativas y arteria circunfleja hipoplásica, con calibre menor de 1,2 mm, originada en forma anómala desde el seno coronario derecho (Figura 5). Se realizó prueba para vasoespasma mediante acetilcolina intracoronaria con resultado negativo.

CASO 4

Origen anómalo de la coronaria derecha desde el seno de Valsalva izquierdo, detectado por angiotomografía de tórax

RICARDO LEVIN^{MTSAC},¹ MARCELA DEGRANGE^{MTSAC},¹
RAFAEL PORCILE^{MTSAC},¹

Universidad Abierta Interamericana (UAI). Buenos Aires
Grupo DIR-Nashville, Nashville, Tennessee
^{MTSAC} Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología
¹ Médicos Cardiólogos

Paciente de 32 años que consulta por episodios de dolor torácico en esfuerzo no totalmente característicos. Se solicita una prueba ergométrica, en la cual repite el dolor con cambios isquémicos en derivaciones de la cara inferior (ondas T negativas). Se solicitó angiotomografía, que determinó el diagnóstico de origen anómalo de la coronaria derecha (Figura 6). Ante la detección de isquemia se decidió conducta quirúrgica y se efectuó reimplante del *ostium* de la coronaria derecha en el seno de Valsalva derecho.

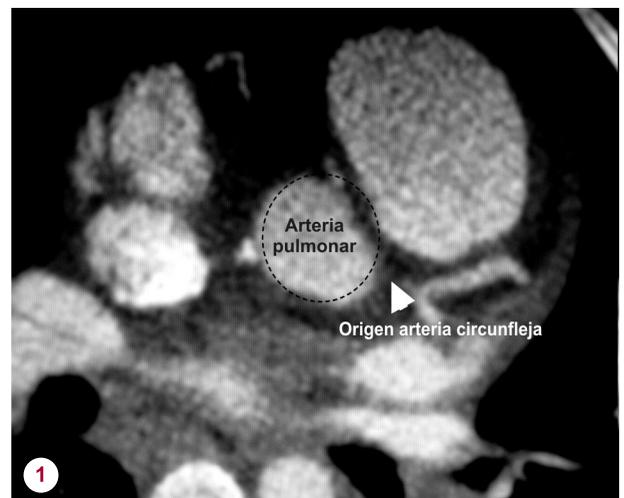


Fig. 1. Angiotomografía que muestra el origen anómalo de la arteria circunfleja desde la arteria pulmonar.

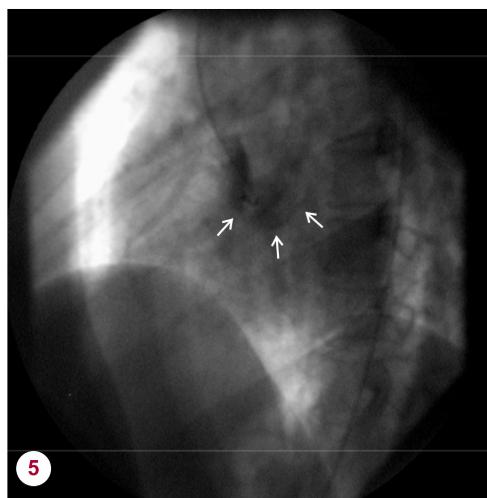
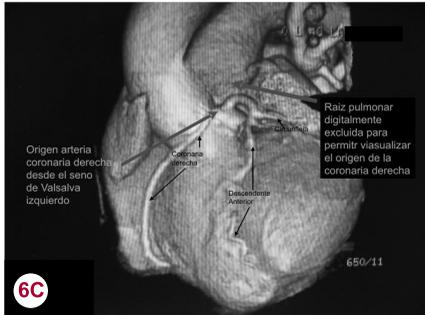
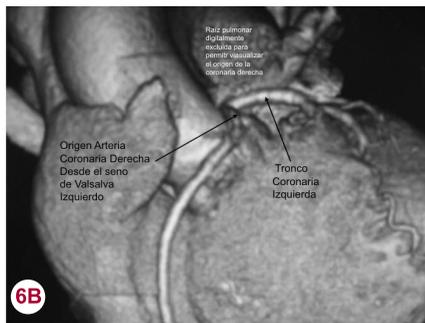
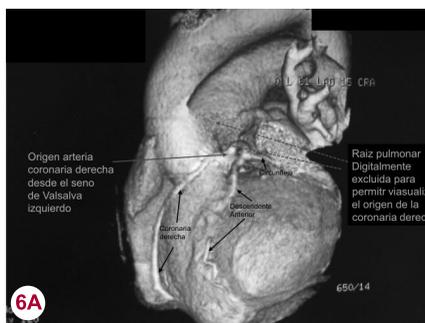
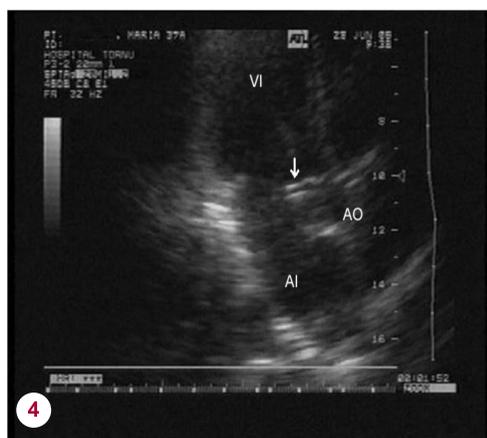
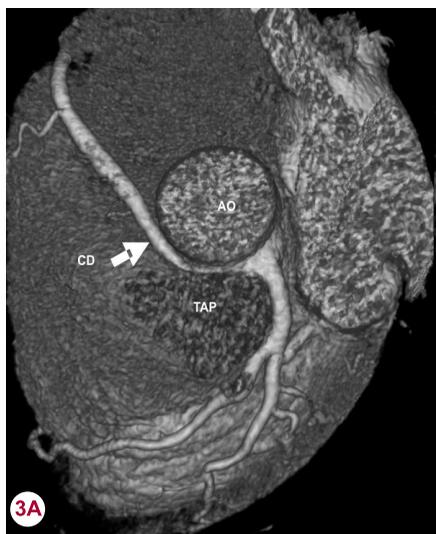
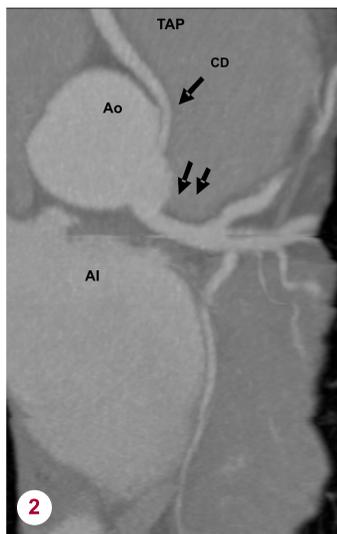


Fig. 2. Reconstrucción de máxima intensidad fina, curvada. Se demuestra el origen de la coronaria derecha (CD) del seno coronario izquierdo. Ligero estrechamiento en su porción proximal entre la aorta (Ao) y el tronco de la arteria pulmonar (TAP). Doble flecha: Tronco de la coronaria izquierda. Ao: aorta. AI: aurícula izquierda.

Fig. 3. A y B. Reconstrucción vo-lumétrica (3D). Vista craneal. La arteria coronaria derecha (CD) y el tronco de la coronaria izquierda (doble flecha) se originan en forma independiente del seno coronario izquierdo (SCI).

Fig. 4. Ecocardiograma transtorácico. Vista del eje largo apical que identifica la misma estructura vascular.

Fig. 5. Cinecoronariografía. Arteria coronaria derecha en oblicua anterior izquierda. Se identifica la arteria circunfleja hipoplásica emergiendo desde el *ostium* derecho con su trayecto retroaórtico.

Fig. 6. A-C. Angiotomografía de tórax que muestra el origen anómalo de la coronaria derecha.