

## Origen anómalo de arterias coronarias desde un tronco común en el seno de Valsalva derecho

### Al Director

El origen anómalo de las arterias coronarias es una alteración poco frecuente. Puede ser causa de isquemia miocárdica y en ocasiones presentarse como muerte súbita (MS). Existen diferentes variedades; el origen de la coronaria izquierda en el seno de Valsalva derecho es muy poco prevalente.

Se presenta el caso de una mujer de 50 años, sin factores de riesgo cardiovascular, que ingresa al hospital por dolor precordial típico. El electrocardiograma evidencia infradesnivel de 1 mm del segmento ST en cara inferior y lateral. Se interna en Unidad Coronaria con diagnóstico de angina inestable. La determinación de troponina I arroja un valor de 1,85 (normal h: 0,04). Evoluciona estable, sin recurrencia de los síntomas. La coronariografía (Figura 1) informa ausencia de obstrucciones significativas y origen de la coronaria derecha (CD), la descendente anterior (DA) y la circunfleja (CX) desde un tronco común en el seno coronario derecho. La paciente evoluciona favorablemente, por lo cual se otorga el alta domiciliaria. Posteriormente se confirma el diagnóstico con una angiotomografía coronaria de 64 cortes (Figura 2), destacándose además un trayecto de la arteria DA retropulmonar, con un segmento intramiocárdico a nivel del *septum* interventricular, ausencia de obstrucciones coronarias y un puntaje de calcio de 18.

Los estudios de perfusión practicados posteriormente no evidencian isquemia.

El origen anómalo de las arterias coronarias tiene una prevalencia de alrededor del 1% en estudios angiográficos, cifra aún menor en registros basados en necropsias. (1) Inicialmente consideradas simples hallazgos, su diagnóstico adquirió relevancia a partir de

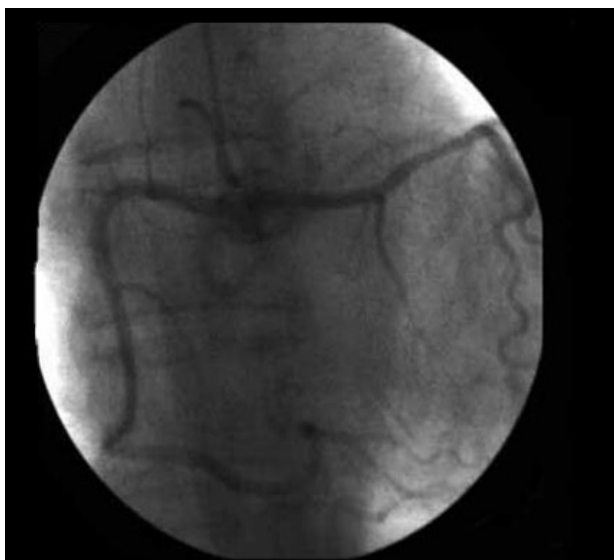


Fig. 1.

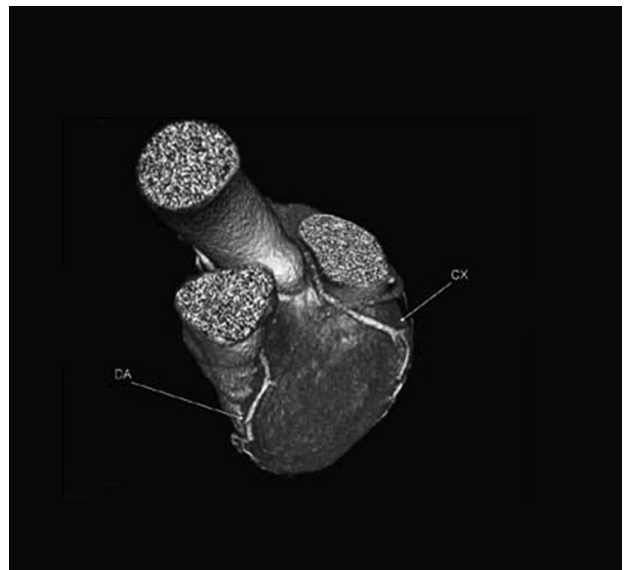


Fig. 2.

estudios que mostraron la importancia de su detección, especialmente la determinación de su trayecto inicial y su relación con las arterias aorta y pulmonar (AP), por la probable compresión que estas podrían producir sobre las coronarias. (2) El abanico de presentación es muy amplio, desde un cuadro completamente silente y benigno hasta formas que evolucionan con síncope, angina, infarto y/o arritmias. Síntomas graves se han comunicado en alrededor del 20% de los casos. La MS cardíaca se ha descrito principalmente asociada con situaciones de estrés físico, con particular relevancia por los casos documentados de MS en deportistas. No se ha determinado con precisión el mecanismo responsable de la sintomatología descrita, planteándose diferentes hipótesis. La compresión arterial durante el estrés físico en las anomalías que involucran un recorrido interarterial entre la aorta y la AP, el trayecto intramural en la pared aórtica esencialmente en el origen de la arteria, y el nacimiento de las arterias

coronarias con excesiva angulación pueden originar fenómenos compresivos desencadenantes de cuadros isquémicos. (3) Se han descrito distintas variantes, entre ellas la detección del *ostium* coronario en el seno contralateral o en el seno no coronario, la presencia de una arteria coronaria única, el origen desde otra arteria coronaria y el origen anómalo desde la arteria pulmonar.

Clásicamente se describen dos grandes grupos: anomalías de origen y distribución y fistulas coronarias, de las que las primeras son las más frecuentes, en una proporción de 4:1. El origen anómalo de la coronaria izquierda en el seno de Valsalva derecho se presenta con una muy escasa prevalencia, cercana al 0,15% de los casos. (4)

La indicación de cirugía es controversial y aún no está bien establecida en los pacientes asintomáticos en los que no se demuestra isquemia. La SPECT de reposo y esfuerzo ha demostrado su utilidad para identificar pacientes en riesgo y seleccionar a los candidatos para corrección quirúrgica. (5)

**Dres. Federico Rocca, Leonardo Onetto L.,  
Cynthia Scarano, Geraldine Cura,  
Juan P. Barrio, Germán Ramallo**

Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna"  
Lainez 2401 - (8000)  
Bahía Blanca - Pcia. de Buenos Aires, Argentina

## BIBLIOGRAFÍA

1. Angelini P, Velasco JA, Flamm S. Coronary anomalies: incidence, pathophysiology, and clinical relevance. *Circulation* 2002;105:2449-54. <http://doi.org/bh8phc>
2. Taylor AJ, Byers JP, Cheitlin MD, et al. Anomalous right or left coronary artery from the contralateral coronary sinus: "high risk" abnormalities in the initial coronary artery course and heterogeneous clinical outcomes. *Am Heart J* 1997;133:428-35. <http://doi.org/dt7gmp>
3. Ugalde H, Ramírez A, Ugalde D, et al. Nacimiento anómalo de las arterias coronarias en 10000 pacientes sometidos a coronariografía. *Rev Med Chile* 2010;138:7-14. <http://doi.org/fkmmhj>
4. Angelini P, Villason S, Chan AV. Normal and anomalous coronary arteries in humans. En: Angelini P, editor. *Coronary artery anomalies: a comprehensive approach*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 1999. p. 27-150.
5. De Luca L, Bovenzi F, Rubini D, et al. Stress-rest myocardial perfusion SPECT for functional assessment of coronary arteries with anomalous origin or course. *J Nucl Med* 2004;45:532-6.

REV ARGENT CARDIOL 2013;81:276-277. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v81.i3.968>

## Fístula aortopulmonar

### Al Director

La fístula aortopulmonar es un diagnóstico poco frecuente. (1) Se trata de una comunicación malformativa entre la aorta y la arteria pulmonar. Puede ser congénita o adquirida, casi siempre resultado de aneurismas del seno de Valsalva. Su complicación viene dada por la sobrecarga de volumen de izquierda a derecha por hiperflujo pulmonar e insuficiencia cardíaca, situación

reversible con tratamiento quirúrgico. (2) En la mayoría de los casos el diagnóstico se realiza por aortografía o eco-Doppler. (3, 4) Pueden emplearse eco transesofágico o tomografía axial computarizada.

Recibimos un paciente masculino de 36 años, antecedentes de salud aparente, que comienza a presentar disnea a grandes y moderados esfuerzos.

Clase funcional II (NYHA), pulsos arteriales periféricos amplios, latido supraesternal, ápex quinto espacio intercostal izquierdo, frémitos. Auscultación: primer ruido normal, segundo ruido pulmonar desdoblado y fijo, soplo continuo pulmonar.

Ecocardiograma: a nivel de los grandes vasos vista paraesternal en eje corto, dilatación del tronco pulmonar (TAP), flujo turbulento procedente de la aorta hacia el TAP, *jet* de regurgitación pulmonar (Figura 1).

Dada la necesidad de tratamiento quirúrgico, se indicó una tomografía computarizada que confirmó la sospecha diagnóstica de fístula aortopulmonar (Figura 2).



Fig. 1.

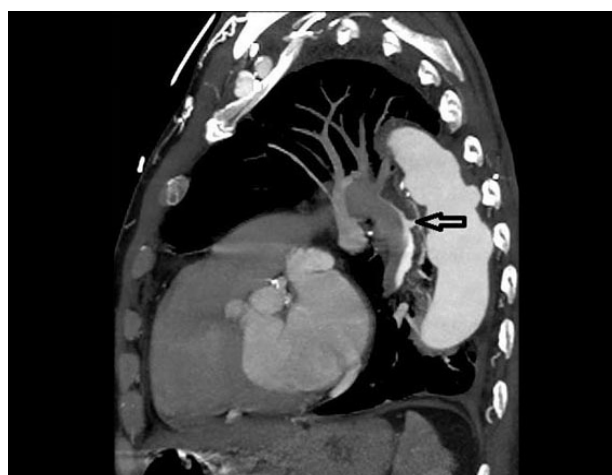


Fig. 2.

Este paciente fue intervenido quirúrgicamente, sin complicaciones. Otros centros realizan el cierre por dispositivo Amplatzer. (3, 5)

**Dres. Eudis Reyes Mozo, Yordalis Segura Durán,  
Antonio Felizola Rodríguez**

Hospital Universitario "Celestino Hernández Robau"  
Calle 6° N° 236 B, e/ F y G  
Vigia. Santa Clara, Villa Clara. Cuba  
e-mail: eudisreyes1976@yahoo.es

---

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Sakashita I, Yokosawa T, Suzuki C, Aorticopulmonary fistula. A case of successful repair with review of literature since 1943. *Jpn Heart J* 1976;17:676-84.

2. Heikkinen LO, Järvinen AA. Aortopulmonary fistula after coarctation repair with Dacron patch aortoplasty. *Ann Thorac Surg* 2002;73:1634-6.

3. Lachurie M, Mercier L, Castonguay Y. Aortopulmonary fistula detected by echocardiography 12 years after aortoplasty for correction of ascending aorta aneurysm. *J Am Soc Echocardiogr* 1992;5:456-8.

4. Feigenbaum H, Amstrong W, Ryan T. *Ecocardiografía*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007. p. 678-81.

5. Piciche M, De Paulis R, Fabbri A. Postoperative aortic fistulas into the airways: etiology, pathogenesis, presentation, diagnosis, and management. *Ann Thorac Surg* 2003;75:1998-2006.

---

REV ARGENT CARDIOL 2013;81:277-278. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v81.i3.1630>