

Imágenes

Fístulas coronario-ventriculares múltiples como causa de dolor torácico

Multiple coronary-ventricular fistulas as a cause of chest pain

Luis A. García Nielsen, Rafael Feldman, Gerardo R. Padilla.

Servicio de Hemodinamia, Hospital Angel C. Padilla, Tucumán, Argentina.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 2 de Octubre de 2020

Aceptado después de revisión

el 14 de Octubre de 2020

www.revistafac.org.ar

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Palabras clave:

Fístula coronaria.

Anomalía coronaria.

Dolor torácico.

Keywords:

Coronary fistula.

Coronary abnormality.

Chest pain.

Paciente de 67 años, sexo masculino, hipertenso, diabético. Refiere dolor precordial, opresivo, de esfuerzo. Electrocardiograma con signos de sobrecarga de volumen. Derivado a nuestro servicio para coronariografía que evidencia macrofístulas, de tipo 1, coronario-ventriculares, desde ramas septales y apical de la Descendente Anterior (*Figura 1* [oblicua derecha caudal], *Figura 2* [oblicua derecha craneal]) y rama del cono arterioso de la Coronaria Derecha (*Figura 3*) hacia ventrículo derecho (videos 1-5), sin obstrucción de vasos epicárdicos. Se indica tratamiento médico con betabloqueantes y controles periódicos.

Se define fístula coronaria a la comunicación anormal

entre una arteria coronaria y otra estructura vascular. Con una incidencia aproximada del 0,7%, se originan en el 60% de la CD y menos del 5% son, como en nuestro paciente, bilaterales. La mayoría drenan en cavidades derechas (65%). Habitualmente son congénitas, pueden ser secundarias a biopsias, hemangiomas y cardiopatía reumática.

Se clasifican en tipo 1, drenando directamente a la cavidad cardiaca; tipo 2, drenaje a la cavidad mediante los sinusoides del miocardio, y tipo 3, drenaje hacia los capilares y mediante el sistema de Tebesio a la cavidad cardiaca. Además pueden ser macrofístulas (>1.5 mm) o microfístulas (<1.5 mm).



FIGURA 1.

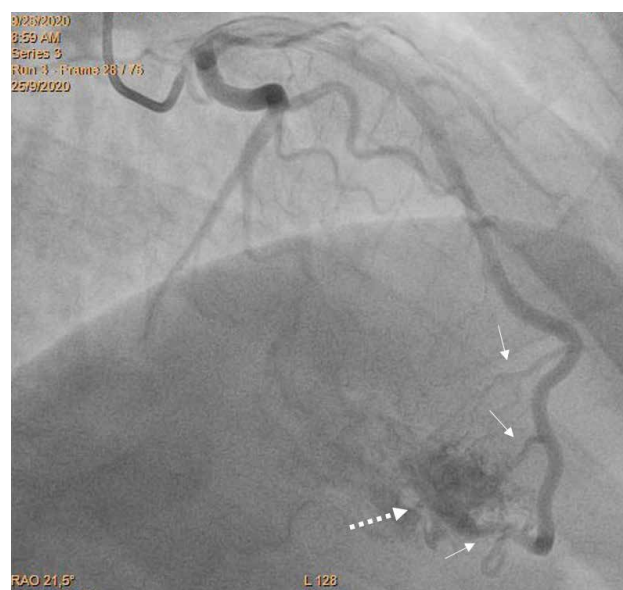


FIGURA 2.

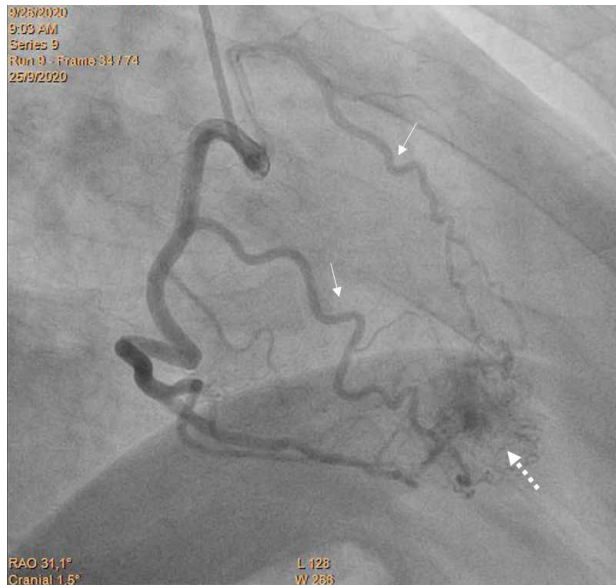


FIGURA 3.

La mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos, aunque en la quinta / sexta década pueden aparecer síntomas / signos de insuficiencia cardiaca por sobrecarga de volumen, o angor por “fenómeno de robo”, desbalance entre oferta/demanda de oxígeno o vasoespasmo. La exploración física es normal, pero en fístulas de alto flujo puede auscultarse soplo, incluso con thrill palpable.

El electrocardiograma, la prueba de esfuerzo o la gammagrafía habitualmente son negativos. El ecocardiograma, la angiotomografía coronaria y la resonancia magnética pueden ser útiles, sin embargo, el diagnóstico es habitualmente angiográfico. Los pacientes asintomáticos no requieren tratamiento. En los sintomáticos, se recomiendan los betabloqueantes y/o calcioantagonistas. En casos severos, está indicado el cierre quirúrgico o percutáneo de la fístula^{1,2,3,4,5}.

BIBLIOGRAFIA

1. Hashmi ZA, Yoon PD, Smaroff GG, Cardone JC. Coronary cameral fistula: left anterior descending artery to left ventricle. *J Card Surg* **2010**; 25 (3): 343-45. doi: 10.1111/j.1540-8191.2009.00892.x. PMID: 19732219.
2. Taha ME, Al-Khafaji J, Abdalla AO, Wilson CR. Coronary artery-left ventricular fistula and takotsubo cardiomyopathy - An association or an incidental finding? A Case Report. *Am J Case Rep* **2018**; 19: 614-18. doi: 10.12659/AJCR.908836. PMID: 29807977.
3. Lee HN, Kim JI, Cho JM. Bilateral coronary artery to left ventricular fistula: CT demonstration of drainage via a single, common channel. *Cardiol Young* **2017**; 27 (4): 782-83. doi: 10.1017/S1047951117000294. PMID: 28279232
4. Carvalho NV, Desouza DA, Desouza KA, Beohar N. Coronary steal phenomenon from a coronary artery to left ventricular fistula. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging* **2015**; 16 (2): 176. doi: 10.1093/ehjci/jeu189. PMID: 25336539.
5. Jiang Z, Chen H, Wang J. Right coronary artery fistula to left ventricle treated by transcatheter coil embolization: a case report and literature review. *Intern Med.* **2012**; 51 (11): 1351-3. PMID: 22687840.