

## Imágenes

# Arteria coronaria única. Hallazgo ocasional en paciente con taquicardia ventricular

## Single coronary artery. Occasional finding in a patient with ventricular tachycardia

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

Servicio de Cardioangiología Intervencionista, Hospital Angel C. Padilla, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 29 de mayo de 2017

Aceptado después de revisión el

21 de junio de 2017

[www.revistafac.org.ar](http://www.revistafac.org.ar)

### Palabra clave:

Coronaria unica.  
Anomalías congénitas.  
Coronariografía.

### Keywords:

Single coronary artery.  
Congenital anomalies.  
Coronary angiography.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

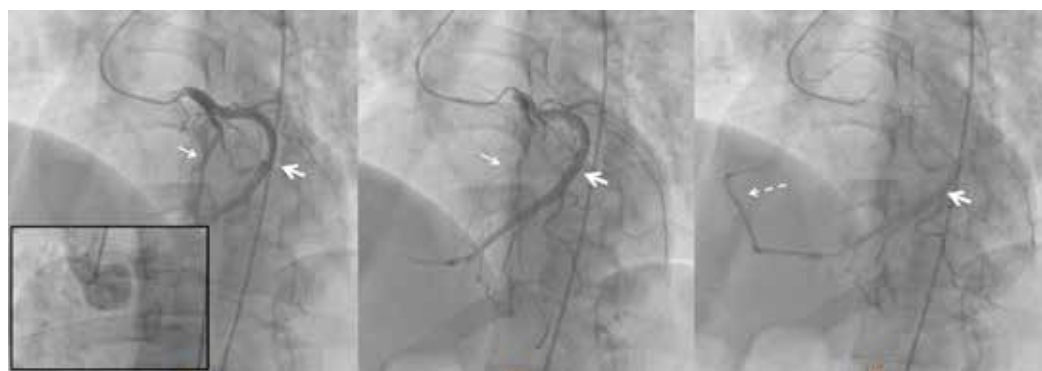


FIGURA 1.

Varón 47 años, hipertenso. Antecedente de serología positiva para Chagas. Ingresa por taquicardia ventricular (TV) monomorfa sostenida, sin descompensación hemodinámica, que revierte a ritmo sinusal post cardioversión eléctrica. En el ecocardiograma se diagnostica cardiomiopatía dilatada, con deterioro de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (37%) e hipoquinesia global. La Coronariografía reveló una arteria coronaria única con salida en el seno de Valsalva izquierdo, trayecto normal de Descendente Anterior (flecha delgada *Figura 1* proyección oblicua craneal izquierda), *Figura 2* (oblicua caudal izquierda) y *Figura 3* (proyección lateral) al igual que la arteria Circunfleja (flecha gruesa, *Figuras 1, 2 y 3*). Se observó que el trayecto de la Circunfleja continúa por el surco aurículo-ventricular con la Coronaria derecha y que termina sin conexión con el seno de Valsalva correspondiente (flecha punteada, *Figuras 1, 2 y 3*). La inyección en el seno de Valsalva derecho, no demuestra salida de ninguna arteria coronaria (recuadro pequeño, inferior, izquierdo en *Figura 1*). No se observa-

ron estenosis angiográficamente significativas. El servicio de electrofisiología indicó implante de desfibrilador automático con resincronizador ventricular más ablación por radiofrecuencia.

### DISCUSIÓN

La arteria coronaria única (ACU) es una anomalía congénita muy poco frecuente, con una incidencia de 0,026-0,06%<sup>1</sup>. La ACU se refiere al origen tanto de la arteria coronaria derecha como de la arteria coronaria izquierda a partir de un solo ostium en la raíz aórtica, que aporta el riego coronario a todo el corazón<sup>2</sup>. No existen diferencias en la frecuencia entre el origen derecho e izquierdo de la ACU<sup>3</sup>. Puede provocar angina, infarto de miocardio, incluso muerte súbita, aunque en la mayoría de los casos es un hallazgo ocasional de la coronariografía, sin repercusión clínica<sup>1</sup>. El mecanismo de la isquemia puede ser por angulaciones del vaso o por su compresión cuando cruza



FIGURA 2.

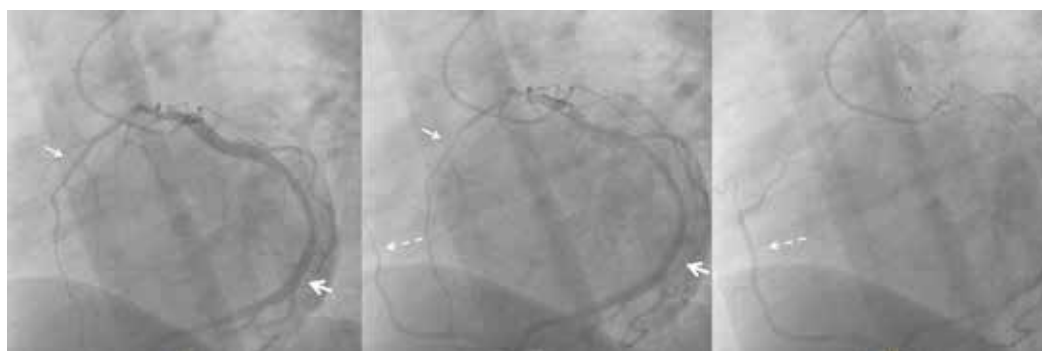


FIGURA 3.

entre los grandes vasos, generalmente relacionada con el esfuerzo. En los casos en que la ACU se divide distalmente, se puede comportar como una larga secuencia de resistencias en serie, y se produce isquemia aun sin lesiones significativas. Cuando la coronaria derecha se origina desde la izquierda, son dos los trayectos posibles, el interarterial o retroaórtico, que implica mayor riesgo y el anterior<sup>1</sup>. También puede desarrollarse enfermedad aterosclerótica como en casos de anatomía normal y los síntomas deberse a estenosis severa del vaso y no la anomalía coronaria por sí sola. La actitud terapéutica se debe individualizar en función de los síntomas, la presencia de lesiones coronarias asociadas y la edad del paciente. Cuando los síntomas de isquemia miocárdica aparecen en pacientes jóvenes, el riesgo de muerte súbita es elevado y la conducta quirúrgica debe plantearse en la variante con trayecto interarterial<sup>3</sup>. Cuando aparecen después de los 50 años, la incidencia de muerte súbita es muy baja y la actitud terapéutica a

seguir es similar a la del resto de los pacientes con cardiopatía isquémica. Se ha demostrado que la ACU, en ausencia de otra enfermedad congénita, no es causa de menor sobrevivencia, porque ha sido descrita incluso en individuos de la octava década de la vida<sup>4</sup>.

#### BIBLIOGRAFIA

1. de Agustín JA, Marcos-Alberca P, Manzano MC, et al. Intervencionismo en arteria coronaria única: valoración y utilidad de la tomografía multidetector. *Rev Esp Cardio*. **2010**; 63 (5): 607-11.
2. 2Ozyurtlu F, Acet H, Zihni BM, et al. A rare coronary artery anomaly: single coronary artery originate from right sinus Valsalva R-IIP sub-group type. *Cardiol Res* **2012**; 3 (3): 140-2
3. Said SA, de Voogt WG, Bulut S, et al. Coronary artery disease in congenital single coronary artery in adults: A Dutch case series. *World J Cardiol* **2014**; 6 (4): 196-204.
4. Morimoto H, Mukai S, Obata S, et al. Incidental single coronary artery in an octogenarian with acute type A aortic dissection. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* **2012**; 15: 307-8.