

Imágenes

## Raro caso de doble anomalía coronaria

### Rare case of double coronary anomaly

Luis A García Nielsen<sup>1</sup>, Gerardo R Padilla<sup>1</sup>, Rafael Feldman<sup>1</sup>, Mariano Estofan<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Angel C. Padilla. <sup>2</sup> Centro Radiológico Méndez Collado. Tucumán, Argentina.

**INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO**

Recibido el 11 de diciembre de 2016

Aceptado después de revisión el

17 de enero de 2017

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

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

**Palabras clave:**

Anomalia coronaria

Angiografía coronaria

Hipoplasia de tronco coronario

**Keywords:**

Coronary anomaly

Coronary angiography

Coronary trunk hypoplasia

Varón de 50 años, hipertenso, que ingresa a unidad coronaria con diagnóstico de angina inestable. Seis meses previos a esta consulta estuvo internado por un cuadro de similares características, dandosele de alta con indicación de prueba de esfuerzo ambulatoria que no realizó.

El ECG de ingreso muestra ondas T negativas en cara anterior. En el laboratorio se constató enzimas cardíacas y troponina I en rango normal. El ecocardiograma objetivó hipertrofia del ventrículo izquierdo (espesor septal 12.7mm y pared posterior 13.8mm), fracción de eyección de ventrículo izquierdo normal con trastornos de motilidad parietal en cara inferior.

Se solicitó **coronariografía** que objetivó tronco de coronaria izquierda (TCI) y porción proximal de descendente anterior (DA), ambas hipoplásicas, naciendo del seno correspondiente (*Figura 1A, flecha delgada*); circunfleja (CX) (*Figura 1B, 2A-B flecha gruesa*) y porciones media y distal de DA naciendo en un tronco común del seno coronario derecho, con angulación del ostium. Las porciones media y distal de la arteria DA eran igualmente hipoplásicas (*Figuras 2A y B flecha delgada*). La coronaria derecha, con nacimiento habitual, sin lesiones angiográficamente significativas (*Figura 3*).

La **cardiorresonancia magnética** con dipiridamol, eje corto basal, medio y apical, no evidenció defectos de perfusión (*Figura 4 A-C*). El realce tardío descartó necrosis (*Figura 4 D-F*) por lo que se optó por tratamiento médico y control evolutivo.

La hipoplasia grave del tronco y la DA constituyen una anomalía coronaria poco frecuente y su manifestación en forma de evento coronario agudo rara vez se ha documentado en la literatura. La incidencia de anomalías coronarias con origen en el seno contralateral se estima entre el 0.28 y el 1.74%. El origen de la CI en el seno coronario derecho es sumamente infrecuente, con una incidencia del 0.017%.

En la mayoría de los casos el hallazgo de esta anomalía es casual en angiografías coronarias diagnósticas<sup>1</sup>, que sin embargo puede provocar angina, disnea, síncope, infarto agudo de miocardio y muerte súbita, especialmente en jóvenes deportistas, menores de 35 años. El trayecto de la DA anómala puede ser retroaórtico, interarterial, septal, o anterior a la pared libre del ventrículo derecho<sup>2</sup>.

Se atribuye gran relevancia pronóstica al trayecto interarterial, dado que podría existir compresión de la coronaria entre la arteria aorta y la pulmonar, hecho que se asocia a muerte súbita cardíaca, en especial durante o inmediata-



**FIGURA 1.**



**FIGURA 2.**

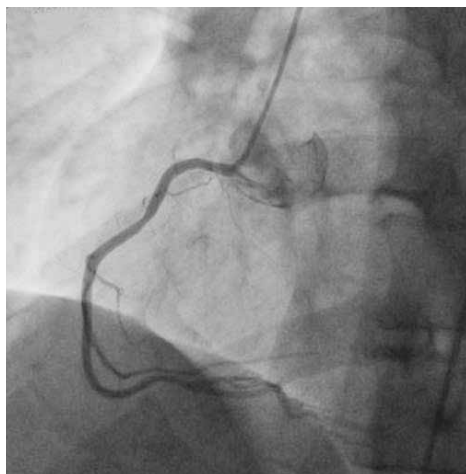


FIGURA 3.

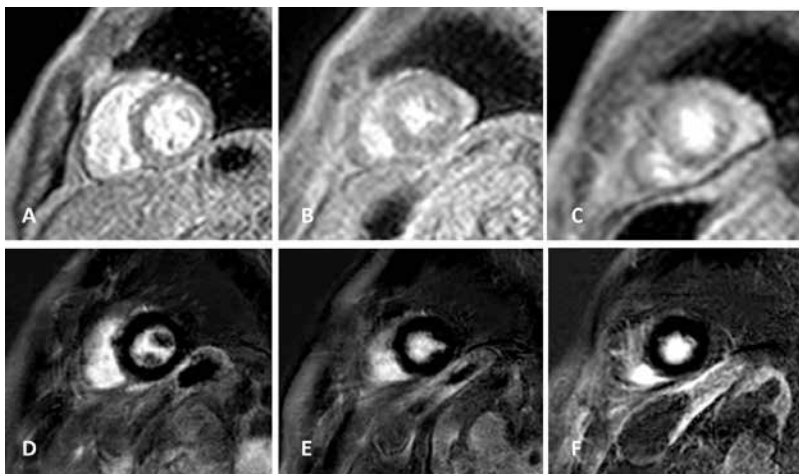


FIGURA 4.

mente después de un ejercicio físico intenso, como consecuencia de la compresión coronaria<sup>1</sup>.

Otra causa de isquemia podría ser la marcada angulación de la arteria anómala tras su salida de la aorta, ya que tiene que “acodarse” sobre sí misma para alcanzar, desde el seno de Valsalva contralateral, su territorio de distribución normal. Por ello, el ostium de la coronaria anómala podría comprimirse en caso de una gran expansión aórtica, como ocurre durante el ejercicio intenso. Además, si el inicio del trayecto es intramural, la coronaria puede deformarse dentro de la pared de la aorta durante períodos de hipertensión arterial. Otro mecanismo propuesto sería el espasmo de la coronaria anómala, resultante del daño endotelial fruto del trayecto anómalo. Por último, todos los mecanismos señalados pueden producir arritmias por isquemia<sup>3</sup>.

La prueba ergométrica suele ser negativa, lo que indica que la isquemia sólo se presenta ocasionalmente. La ecocardiografía en eje corto paraesternal, en el plano de la raíz

aórtica permite distinguir los dos ostiums coronarios e incluso determinar el trayecto inicial. La angioTAC o la RM permiten determinar el trayecto de la coronaria anómala y su relación con aorta y arteria pulmonar.

El tratamiento de estas anomalías es controvertido, y no existen recomendaciones específicas en las guías clínicas<sup>3</sup>.

Se presentan las imágenes de un raro caso de doble anomalía coronaria, con hipoplasia del TCI y DA asociada a nacimiento anómalo de CX y DA (media-distal) en el seno coronario derecho.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Jorge C, Duarte JA, Cardoso P, et al. Infarto agudo de miocardio en pacientes con forma muy rara de origen anómalo de la arteria coronaria principal izquierda. *Rev Esp Cardiol* 2013; 66: 744-6.
2. Ugalde H, Ramírez A, Ugalde D, et al. Coronary artery origin anomalies. Analysis of 10.000 coronary angiographies. *Rev Med Chil* 2010; 138: 7-14.
3. Barriales-Villa R, Morís de la Tassa C. Anomalías congénitas de las arterias coronarias con origen en el seno de Valsalva contralateral: ¿qué actitud se debe seguir?. *Rev Esp Cardiol* 2006; 59: 360-70.