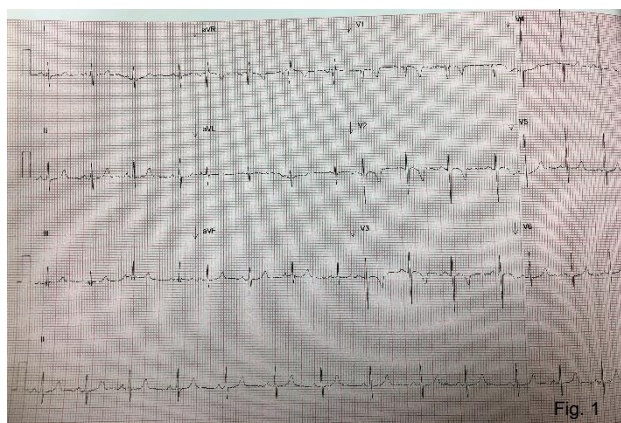


Macías- Argüelles D, Sánchez-López S, Germán-Arroyo C, Márquez-González H, López Gallegos D, Yáñez Gutiérrez L, Riera-Kinkel C.

**Servicio de Cardiopatías congénitas. UMAE H. Cardiología Centro Médico Nacional Siglo XXI.**

**Introducción:** Las fístulas coronarias son malformaciones congénitas en las que existe una comunicación entre una de las arterias coronarias y otra estructura, ya sea una cavidad cardiaca, una arteria pulmonar o vena sistémica. Los síntomas son variables y dependen del tamaño y localización del defecto, los cuales incluyen disnea, fatiga, angina, falla cardiaca e infarto de miocardio. La frecuencia en la población general es de aproximadamente el 0.002%–0.3%. Por frecuencia, generalmente se originan de la arteria coronaria derecha, seguida de la descendente anterior y en menor frecuencia de la arteria circunfleja.

**Resumen clínico:** Femenino de 6 años, desde los 2 años con presencia de soplo cardiaco y disnea de mediados esfuerzos. Clínicamente con soplo continuo II/VI en 4º espacio intercostal línea paraesternal izquierda. Electrocardiograma con datos de sobrecarga sistólica del ventrículo derecho. (Figura 1)



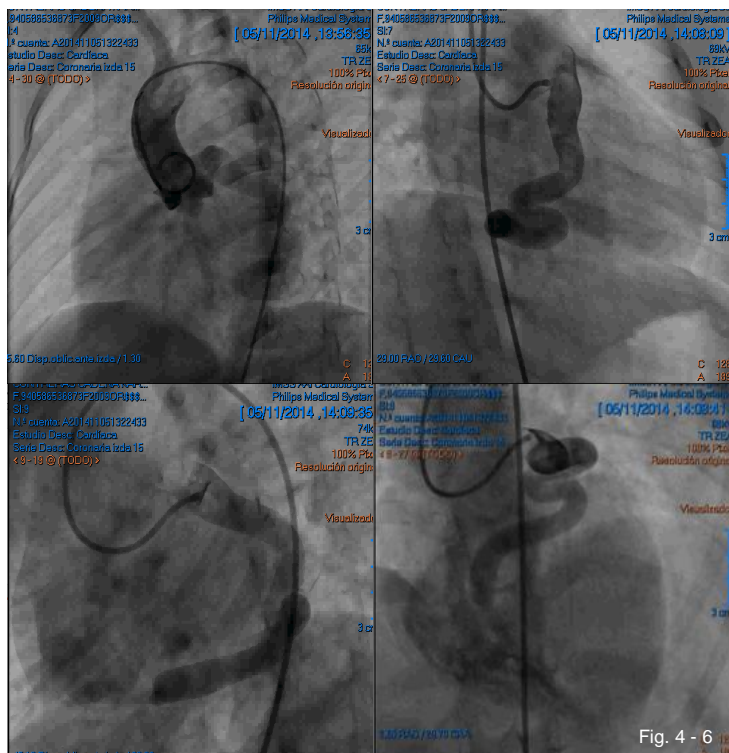
Ecocardiograma con dilatación importante del tronco coronario izquierdo, flujo turbulento en ventrículo derecho con gradiente de 84 mmHg. Angiotomografía con fístula coronaria con trayecto de circunfleja a porción inferoseptal del ventrículo derecho con diámetro mayor de 7 x 10 mm y sitio de desembocadura de 4x6 mm, diámetro del TCI 11x10 mm, PSAP 25 mmHg.

Medicina nuclear con isquemia apical e inferior leve.

**Referencias:**

- Yun, G., Nam, T. and Chun, E. (2018). Coronary Artery Fistulas: Pathophysiology, Imaging Findings, and Management. *RadioGraphics*, p.170158.
- Domínguez-Massa, C., Bel-Minguez, A., Pérez-Guillén, M., Valera-Martínez, F. and Homero-Sos, F. (2018). Fístula coronaria de arteria circunfleja a vena cava superior. *Cirugía Cardiovascular*.
- Díaz de la Llera, L., Fournier Andray, J., Gómez Moreno, S., Mayol Deya, A., González García, A. and Pérez Fernández-Cortacero, J. (2005). Fístulas de arterias coronarias en adultos. *Oclusión percutánea mediante coils*. *Revista Española de Cardiología*, 58(1), pp.93-96.
- Nava-Oliva Alfa Larissa, David-Gómez Felipe, Martínez-Sánchez Arturo, Ortegón-Cardena José, Jiménez-Arteaga Santiago, López-Gallegos Diana et al. Fístula coronaria congénita: Presentación de siete casos y revisión de la literatura. *Arch. Cardiol. Méx.* 2009; 79( 2 ): 135-139.
- Descalzo Señorans, A., Santos de Soto, J., González García, A. and Mayol Deya, A. (1999). Fístula coronaria congénita a ventrículo derecho. Tratamiento mediante embolización transcatéter con coils. *Revista Española de Cardiología*, 52(7), pp.526-528.
- Atik, E., Leal, F. and Arrieta, R. (2018). Case 2 / 2018 - Coronary-Cavitary Fistula of Right Ventricular Coronary Artery 5 Years after its Occlusion by Interventional Catheterization. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*.

Cateterismo cardiaco con TCI con nacimiento independiente de la arteria Descendente Anterior, primer ramo diagonal y arteria Circunfleja, que se encontró ectásica con ramos obtusos marginales múltiples en su trayecto, con presencia de trayecto fistuloso de alto flujo a ventrículo derecho y TAP; arteria coronaria derecha normal. Se realizó nuevo cateterismo cardiaco con intención de intervencionismo, no exitoso debido a que durante la prueba con catéter balón en sitio de la fístula presentó cambios electrocardiográficos, por lo que se decidió realizar corrección mediante procedimiento quirúrgico con ligadura de fístula coronaria exitosa. Seguimiento en consulta externa con evolución favorable.



**Revisión:** Las fístulas coronarias comúnmente se originan 55% de la arteria coronaria derecha, 35% de la arterial descendente anterior y hasta el 20%, según la literatura, de la arteria circunfleja. La cámara más frecuente involucrada es el ventrículo derecho (41%), seguido de la aurícula derecha (26%) y la aurícula izquierda y ventrículo izquierdo (3 – 5%).

El cierre está indicado en pacientes sintomáticos con fístulas de alto flujo, fístulas de gran calibre y en aquellos pacientes con presencia de isquemia miocárdica documentada; su manejo dependerá de las características anatómicas, ya que pueden abordarse tanto de manera quirúrgica como percutánea.

La intervención percutánea está indicada en pacientes con anatomía favorable para el procedimiento que incluye aquellas con drenaje único y estrecho, de origen proximal y en ausencia de múltiples fístulas o aquellas que involucren ramas de grandes vasos, así como ausencia de alguna enfermedad cardiaca concomitante. El tratamiento quirúrgico está indicado en pacientes sintomáticos con fístulas de gran tamaño, múltiples comunicaciones y con arterias aneurismáticas y de trayecto tortuoso. En este caso con indicación para intervención percutánea, sin embargo, con presencia de cambios electrocardiográficos, por lo que se optó por tratamiento quirúrgico, que consiste en la ligadura de la fístula, realizada de manera exitosa con evolución favorable.