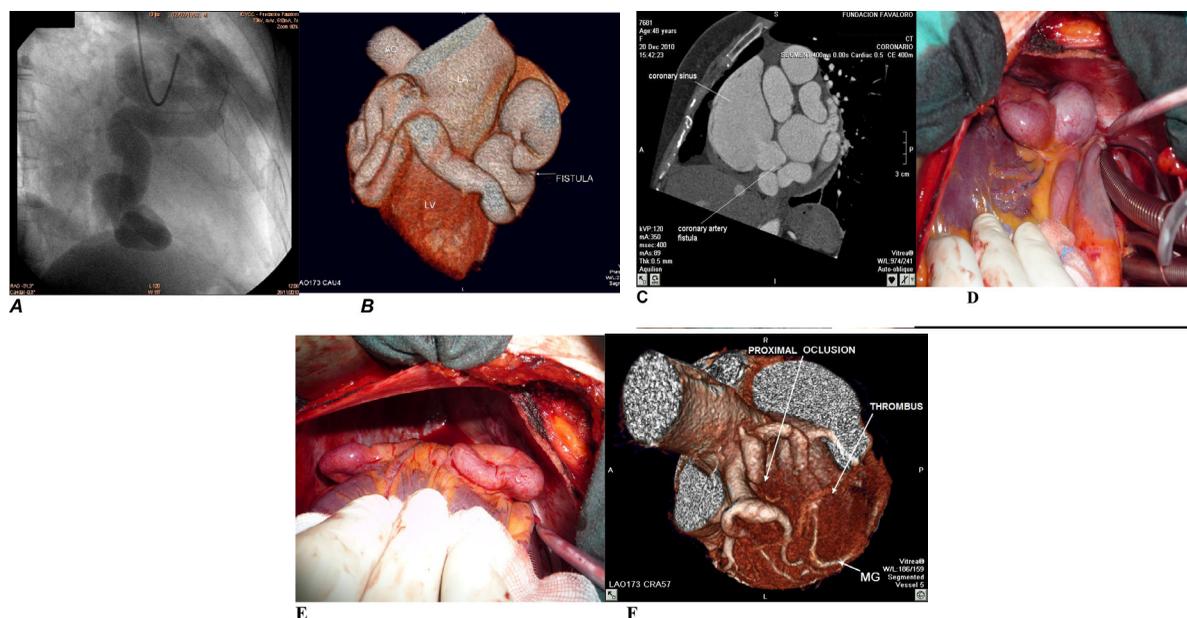


Fístula coronaria gigante resuelta quirúrgicamente

Mujer de 48 años con angina-disnea de esfuerzo. El ECG mostró ritmo sinusal con hipertrofia del ventrículo izquierdo, radiografía de tórax: cardiomegalia. Una ecocardiografía transesofágica (ETE) reveló comunicación fistulosa de la arteria circunfleja (Cx) a seno coronario (SC) muy dilatado, dilatación auricular y ventricular izquierda y función sistólica biventricular preservada. La angiografía coronaria mostró fístula de arteria coronaria gigante a partir de la Cx, drenando en SC (Fig. 1A). Arterias coronarias: sin lesiones angiográficas significativas. La TAC multicorte reveló trayectoria tortuosa (diámetro: 26.4 mm), con paredes lisas sin trombo ni placa aterosclerótica (Fig. 1 B-C). La cirugía reveló fístula intraepicárdica, a 2-3 mm de la bifurcación de arteria descendente anterior, con 10-15 mm de diámetro en su origen (Fig. 1 D-E). Se ligó y suturó el origen de la fístula, el vástago distal se abrió longitudinalmente y se ligó. Un ETE confirmó exclusión de la fístula, el postoperatorio fue normal. Tres meses después, TAC y angiografía coronaria no mostraron fístula (Fig. 1 F). Las fístulas coronarias son una anomalía infrecuente (0.2-0.4% de los defectos cardíacos congénitos). La mayoría se diagnostica incidentalmente en la cineangiocoronariografía. Pueden complicarse con insuficiencia cardíaca, hipertensión pulmonar, infección, ruptura o robo miocárdico.



Roberto R. Favaloro, J. Horacio Casabé, María C. Escarain, Guillermo E. Ganum, Oscar Mendiz
 Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Fundación Favaloro
 e-mail: jhcasabe@favaloro.org