

Caso 6/2011 - Mujer de 27 años de Edad, con Origen Anómalo de la Arteria Coronaria Izquierda del Tronco Pulmonar

Edmar Atik

Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil

Aspectos clínicos

Soplo cardíaco que había sido auscultado en la infancia y también a los 18 años de edad. Durante años, se mantuvo con los síntomas vagos de disnea y dolor precordial irradiado hacia el miembro superior izquierdo. Dilatación de la arteria coronaria derecha, visualizada por ecocardiograma, que indicó el diagnóstico de sospecha inicial de la enfermedad de Kawasaki, y que fue recientemente descartado por un estudio angiográfico. El paciente usaba ácido acetilsalicílico.

Al examen físico, tenía un buen estado general, eupneico, enrojecido, con pulsos normales y con peso de 65 Kgs, altura de 156 cm, PA de 110/70 mmHg y FC de 86 lpm. La aorta no fue palpada en la fúrcula. El precordio estaba sin deformidades o impulsos y el *ictus cordis* no fue palpado. Los ruidos eran normofonéticos y se auscultó un soplo sistólico, +/+ + de intensidad timbre suave, de eyección en los 3º, 2º y 1º espacios intercostales izquierdos en el borde esternal. El hígado no fue palpado.

Exámenes complementarios

Electrocardiograma

Mostraba un ritmo sinusal y señales de fibrosis septal dada la ausencia de potenciales del primer vector cardíaco en V1 y en V6. No había señales de sobrecarga cavitaria, pero sí un hemibloqueo anterior izquierdo (Figura 1).

Radiografía de tórax

Mostraba un discreto aumento del área cardíaca sobre el arco ventricular izquierdo. El arco medio era convexo y la trama vascular pulmonar ligeramente prominente (Figura 1).

Ecocardiograma

Mostraba un aumento de las cavidades izquierdas (AE = 37 mm, Ao = 30 mm, DDVE = 69 mm, DSVE = 47 mm),

Palabras clave

Origen anómalo de la arteria coronaria izquierda, cardiopatía congénita, complicaciones

además de la dilatación de la arteria coronaria derecha (9 mm) con relación a la izquierda (4 mm). La función del ventrículo izquierdo estaba preservada con una fracción de acortamiento de la fibra miocárdica de un 32,0%.

Angiografía y cateterismo cardíacos y tomografía torácica:

Fueron establecidos el diagnóstico del origen anómalo de la arteria coronaria izquierda del tronco pulmonar. La coronaria derecha estaba dilatada y nutría a la coronaria izquierda por una grave circulación colateral, propiciando el flujo de la izquierda hacia la derecha al nivel del tronco pulmonar (Figura 2).

Diagnóstico

Origen anómalo de la arteria coronaria izquierda del tronco pulmonar, con flujo en dirección al árbol arterial pulmonar, en paciente poco sintomático.

Razonamiento clínico

El diagnóstico de este desenlace se observa en general cuando existe una exteriorización clínica por insuficiencia cardíaca con miocardiopatía isquémica, y que se instala en los primeros meses de edad. Sin embargo, en presencia de una circulación colateral más acentuada entre las dos arterias coronarias (caso aquí tratado), e incluso con la desviación de la sangre de la arteria coronaria hacia el árbol arterial pulmonar, se instala entonces el cuadro de fístula arteriovenosa, tipo canal arterial. Por eso fue identificado en este caso el predominio de la sobrecarga de volumen del ventrículo izquierdo sobre el proceso isquémico miocárdico (fibrosis septal en el ECG). Los síntomas vagos, el soplo sistólico suave en el área pulmonar, la fibrosis septal en el electrocardiograma, la trama vascular pulmonar aumentada podrían retrospectivamente haber orientado el diagnóstico de la mencionada anomalía. La ecocardiografía podría también haber avanzado en el diagnóstico, en el caso de que la sospecha clínica nos hubiese avisado sobre ese hecho. Por eso es importante analizar todos los hallazgos en su conjunto.

Diagnóstico diferencial

Las cardiopatías congénitas acianogénicas con hiperflujo pulmonar deben ser evocadas en la diferenciación. De todas, el canal arterial, la ventana aortopulmonar y las fístulas arteriovenosas en general, se aproximan más del cuadro presentado. La comunicación interatrial se exterioriza por la sobrecarga de volumen de las cavidades derechas,

Correspondencia: Edmar Atik •

Rua Dona Adma Jafet, 74 conj. 73 - Bela Vista - 01308-050 - São Paulo, SP - Brasil

E-mail: eatik@cardiol.br, conatik@incor.usp.br

Artículo recibido el 29/07/10; revisado recibido el 13/01/11; aceptado el 13/01/11.

Correlación Clínico-Radiográfica

la comunicación interventricular en esa franja etaria está presente por la sobrecarga izquierda y con la dilatación discreta del tronco pulmonar.

Conducta

La corrección operatoria del defecto fue considerada en vista a la repercusión de las alteraciones originadas por el hiperflujo pulmonar y también por el proceso isquémico.

A la hora de la operación, las dos arterias coronarias estaban muy dilatadas (10 mm de diámetro), como también el tronco pulmonar. La coronaria izquierda emergía de la pared posterior del tronco pulmonar en visualización directa después de una incisión en esa estructura. A partir de entonces, se reconstruyó un tubo con colgajo del propio tronco pulmonar que, conteniendo el ostium coronario, fue anastomosado con la pared lateral de la aorta

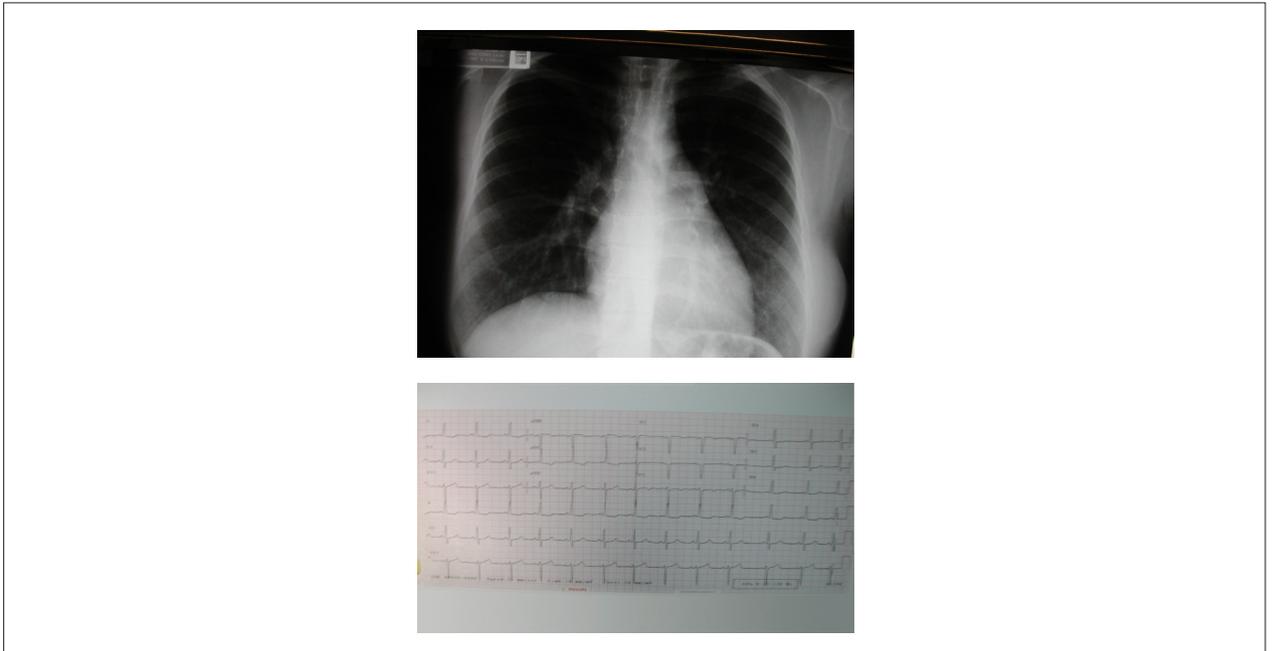


Figura 1 - Radiografía de tórax que muestra un aumento de las cavidades izquierdas, arco medio convexo y trama vascular pulmonar aumentada, que sugiere una anomalía con desviación de sangre de la izquierda hacia la derecha. Electrocardiograma destacando fibrosis septal y el hemibloqueo anterior izquierdo.

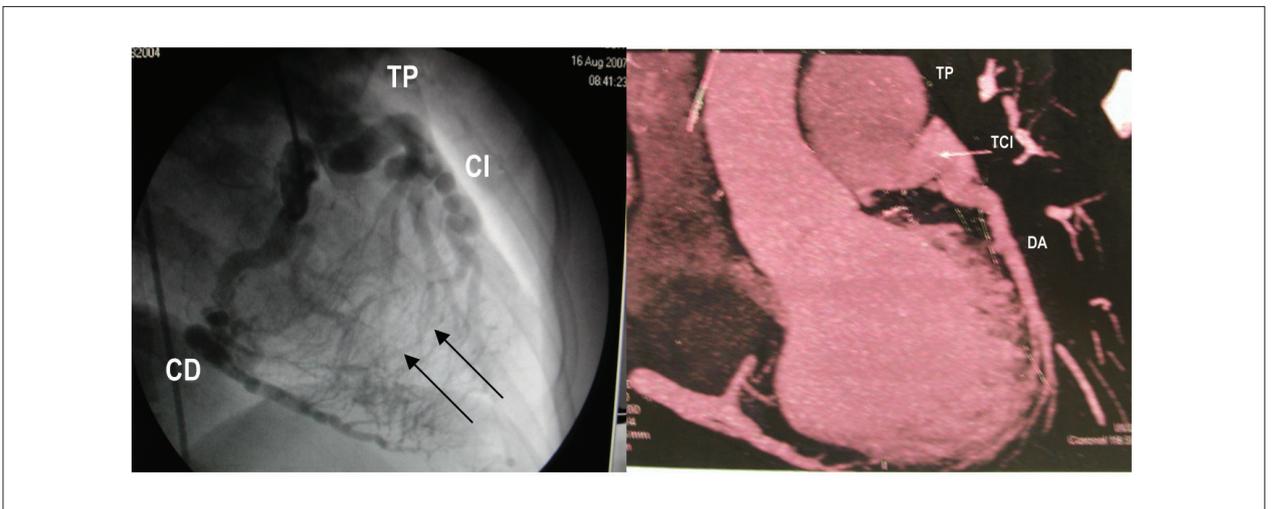


Figura 2 - Cineangiogramografía que muestra la arteria coronaria derecha dilatada y anastomosada por intensa circulación colateral (flechas), con la arteria coronaria izquierda también dilatada y ésta en conexión con el tronco pulmonar. Esa anastomosis quedó más nitida por la tomografía torácica a la izquierda, en que se demuestra la mayor dilatación arterial pulmonar con relación a la aorta. Abreviaturas: CD - coronaria derecha; CI - coronaria izquierda; DA - descendente anterior; TCl - tronco de la coronaria izquierda; y TP - tronco pulmonar.

Correlación Clínico-Radiográfica

ascendente. El postoperatorio, complicado por arritmia (taquicardia paroxística supraventricular), y por anemia a causa del sangramiento perioperatorio en la zona de la vía de salida del ventrículo izquierdo, exigió cuidados que demoraron el alta hasta el 12° día posterior a la operación. En el electrocardiograma no hubo alteraciones y la función ventricular continuó siendo preservada.

Consideraciones

El origen anómalo de la arteria coronaria izquierda, generalmente del tronco pulmonar, ultimamente ha obtenido un beneficio en función de la realización del diagnóstico más precoz cuando, en un típico cuadro de miocardiopatía dilatada, se da la alteración característica de isquemia

miocárdica en el electrocardiograma. Tal exteriorización se manifiesta rápidamente en los primeros meses de vida, y empieza con irritabilidad persistente, llanto irreprímible, sudoración y cansancio, que son los prenuncios del proceso isquémico miocárdico. Sin lugar a dudas, ese cuadro inicial debe ser más valorado para la realización del diagnóstico más rápido de tal anomalía, para que la intervención pueda ser hecha preferentemente incluso antes de la instalación de una deterioración cardíaca más grave.

Sin embargo, en presencia de una circulación colateral más grave entre las dos arterias coronarias, el cuadro aparece menos grave evolucionando a isquemia discretamente, como también el hiperflujo pulmonar. Pero incluso así, esos pacientes deben ser corregidos anatómicamente antes de que se instalen las alteraciones más significativas.