

Fístulas arteriales coronarias bronquiales múltiples

Multiple coronary arterial fistula bronchial

Cafaro G¹⁻², Fallet M¹, Saccone F¹, Scattini F¹, Zivano D¹

Palabras claves: fístulas coronarias bronquiales, anomalías congénitas

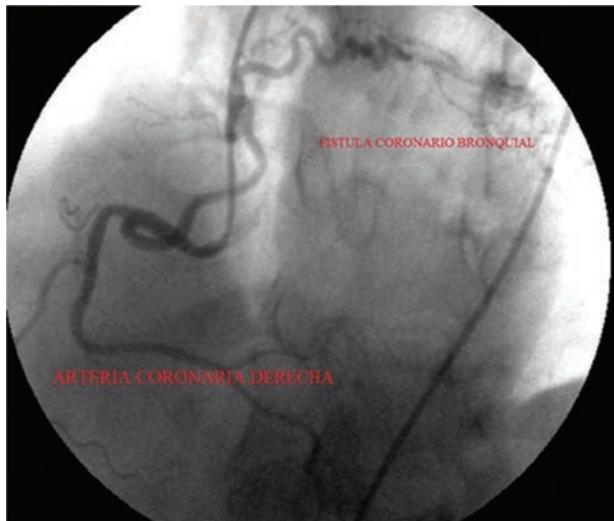


Imagen 1. Caudal anteroposterior. Fístula coronario bronquial



Imagen 2. Oblicua cefálica anterior izquierda. Fístula coronario bronquial

INTRODUCCION

La incidencia de las anomalías en las arterias coronaria fueron estimadas en 1.3% en la población que se realizó una angiografía coronaria, presentándose las fistulas coronarias en un 13% de estas anomalías¹. La fistula de la arteria coronaria es definida como una anormal comunicación entre la arteria coronaria y alguna cámara cardíaca o hacia grandes vasos². En un reciente estudio, la incidencia de fistula coronario bronquial (FCB) fue estimada en un 0.61% de la población que se realizó angiografía coronaria por tomografía computada multicorte 64³. Usualmente la FCB se origina desde la arteria circunfleja vía ramas auriculares izquierdas. La mayoría de los pacientes con FCB se encuentran asintomáticos, pero pueden llegar a presentar signos y síntomas cardiovasculares como soplo continuo en maquinaria, angor pectoris por fenómeno de robo coronario, insuficiencia cardíaca congestiva, ruptura de aneurisma fistuloso que se pueden desarrollar. La FCB puede también cursar con hemoptisis. A pesar de la comunicación anómala entre una arteria coronaria y la arteria mediastínica bronquial o en otras se creen que son congénitas. Los estudios por imágenes parecen reconocer un modelo de enfermedad asociada, como ser a bronquiectasias en un número creciente de pacientes. Algunos informes han sugerido una asociación entre fístulas coronarias y bronquiectasias³. Nuestro caso puede apoyar esta hipótesis, aunque la evidencia aún es más necesaria para aclarar el origen exacto de las bronquiectasias en este tipo de situaciones.

En cuanto al tratamiento específico de esta anomalía se establece según criterio de sintomatología o en forma preventiva ante el posible riesgo de endocarditis, infarto de miocardio, hemoptisis severa en particular cuando se asocia a patología pulmonar como las bronquiectasias. El enfoque terapéutico en general se realiza a través de intervención endovascular por medio de embolización o en forma quirúrgica.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente de 52 años de edad de sexo masculino con factores de riesgos cardiovasculares positivos hipertenso, ex tabaquista, con antecedentes de fibrilación auricular paroxística, en seguimiento

1. Servicio de Cardiología del Sanatorio Dr. Julio Méndez. Obsba.
2. Servicio de Hemodinámica y Cardioangiología Intervencionista Policlínico del Docente. Osplad.

✉ Correspondencia: German Cafaro
mail: ger75ar@yahoo.com.ar

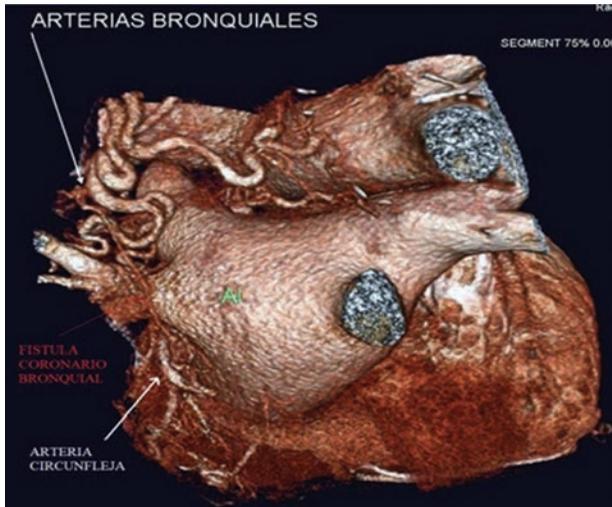


Imagen 3. Vista posterior del corazón por reconstrucción de tomografía computada multicorte, donde se observa importante desarrollo de las arterias bronquiales izquierdas en comunicación con ramas auriculares de la arteria circunfleja.

por disnea con ecocardiograma stress positivo para isquemia antero lateral medio y apical en plan de cinecoronariografía en forma ambulatoria. Consulta a guardia del hospital correspondiente por obra social presentando dolor precordial típico característico prolongado sin cambios electrocardiográficos agudos ni movilización enzimática. Se solicitó cinecoronariografía

evidenciando arterias coronarias sin obstrucciones angiográficamente significativas. Se observa comunicación anómala desde la arteria coronaria derecha a través de una de sus ramas nodo sinusal y desde la arteria circunfleja por rama auricular hacia las arterias bronquiales como se muestra en las imágenes N°1 y 2. Se optimiza tratamiento médico, el paciente evoluciona asintomático para angor y/o equivalentes. Se realizó en forma ambulatoria tomografía multicorte 64 informando fistulas coronario bronquiales con importante desarrollo de todas las arterias bronquiales del pulmón izquierdo asociado a bronquiectasias bilaterales (imagen N°3). En seguimiento para abordaje terapéutico endovascular se realiza prueba de perfusión miocárdica de reposo y esfuerzo sin evidencia de isquemia, alcanzando 750 kgm e ITT 25300 sin trastornos electrocardiográfico y con respuesta hipertensiva intraesfuerzo.

Keywords: *bronchial coronary fistulas, congenital anomalies*

REFERENCIA

1. Yamanaka O, Hobbs RE. Coronary 1. Artery anomalies in 126,595 patients undergoing coronary arteriography. *Cathet Cardiovasc Diagn.* 1990; 21: 28-40.
2. Papadopoulos DP, Perakis A, Votreas V, Anagnostopoulou S. Bilateral fistulas: a rare cause of chest pain. Case report with literature review. *Hellenic J Cardiol.* 2008; 49:111-113.
3. Lee ST, Kim SY, Hur G, et al. Coronary-to-bronchial artery fistula: demonstration by 64-multidetector computed tomography with retrospective electrocardiogram-gated reconstructions. *J Comput Assist Tomogr.* 2008; 32: 444-447.