

IMÁGENES EN CARDIOLOGÍA

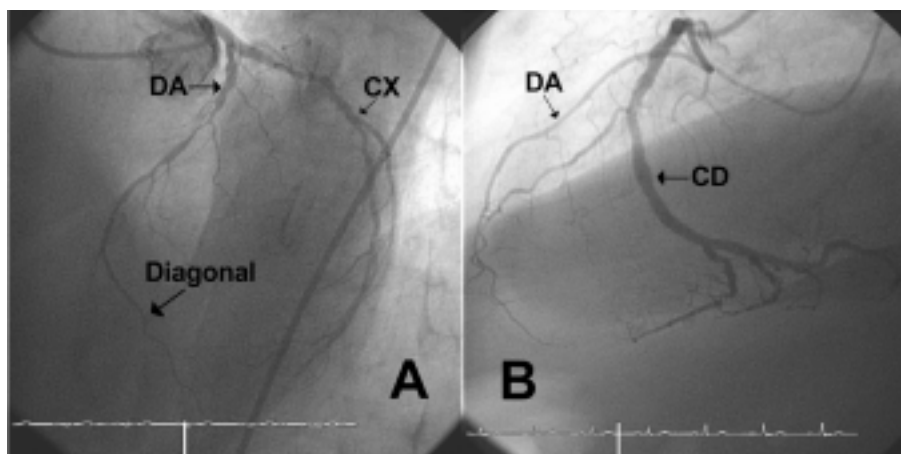


Fig. 1.

Doble arteria descendente anterior tipo IV

Un varón de 72 años, diabético e hipertenso, consultó por angina de esfuerzo de reciente comienzo. El electrocardiograma revelaba un bloqueo completo de la rama izquierda. Se realizó una ergometría con talio-201, que puso de manifiesto un defecto de perfusión reversible lateral. Por ello, el paciente se sometió a una coronariografía, con los siguientes hallazgos: el tronco común izquierdo no presentaba lesiones; la arteria descendente anterior (DA) era un vaso corto que se agotaba en el tercio proximal del surco interventricular (SIV), originando septales y una diagonal. La DA y la diagonal presentaban lesiones severas. La arteria circunfleja (CX), de escaso desarrollo, tenía una lesión severa proximal a la salida de la primera obtusa marginal, que presentaba otras dos lesiones (fig. 1A). Del segmento proximal de la coronaria derecha (CD) dominante se originaba un vaso que, por delante del tronco de la pulmonar, se dirigía hacia el SIV, descendien-

do por éste hasta el ápex, originando septales. La CD presentaba lesiones severas en su tercio medio, así como en el tercio medio de la descendente posterior (fig. 1B).

El grupo de Spindola-Franco describió 4 tipos de doble DA. En tres de ellos, la DA se divide en dos ramas: una corta, que riega el tercio proximal del septo, y otra larga, que abandona inicialmente el SIV discuriendo sobre el ventrículo izquierdo (tipo I), el derecho (tipo II) o intramiocárdica (tipo III), y finalmente regresa al SIV para llegar al ápex. El tipo IV, en el que la DA larga se origina en la CD, es el menos frecuente y el que aquí describimos.

Ángela Flox Camacho, Rafael Salguero Bodes
y Felipe Hernández Hernández
Unidad de Hemodinámica. Servicio de Cardiología.
Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.