

Imagen en cardiología

Corazón de medusa (*cor medusae*): fístula arteriovenosa coronaria gigante

Cor Medusae: Giant Coronary Arteriovenous Fistula

Geoffrey R. Wong*, Adam J. Nelson y Adil Rajwania

Cardiac Magnetic Resonance Imaging Department, Royal Adelaide Hospital, Adelaide, Australia

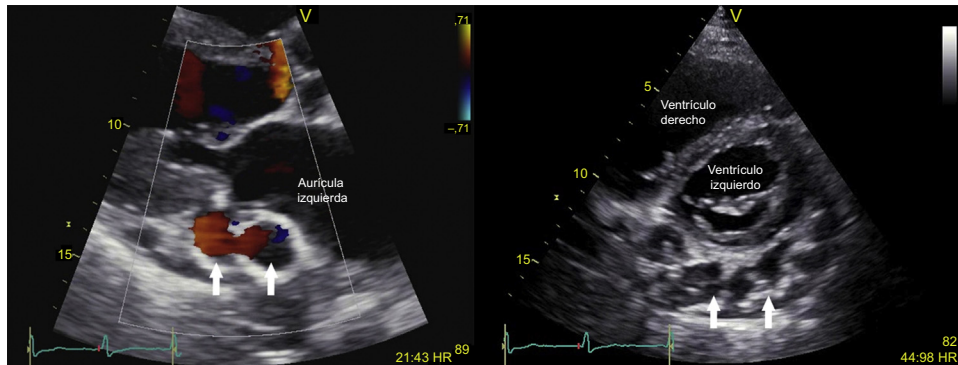


Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

Un varón nonagenario, con un estado funcional previo excelente, consultó por disnea y pérdida del apetito. Sus antecedentes patológicos previos incluían hipertensión, que estaba bien controlada, y fibrilación auricular. La exploración clínica reveló insuficiencia cardíaca derecha y un soplo cardíaco continuo que se auscultaba en su máxima intensidad en el borde esternal izquierdo. La ecocardiografía transtorácica identificó una estructura vascular en posición posteroinferior basal (figura 1). La resonancia magnética cardiovascular en proyección de eje corto mostró una extensión de asas vasculares dilatadas en la parte basal del ventrículo izquierdo, que envolvían la aurícula izquierda por detrás y tenían un diámetro de 15-20 mm (figura 2). El ventrículo derecho presentaba una dilatación moderada, con deterioro leve y un aplanamiento septal compatible con sobrecarga de volumen. La relación Qp:Qs de 2,1:1 indicaba un cortocircuito izquierda-derecha significativo. La angiografía coronaria confirmó una gran fístula arteriovenosa serpinginosa que partía de la arteria coronaria izquierda y drenaba en la aurícula derecha a través del seno coronario (figura 3 y vídeo del material suplementario). No se consideró factible la oclusión por vía percutánea. El paciente rechazó la cirugía, y la excelente respuesta inicial a los diuréticos se mantenía a los 6 meses.

* Autor para correspondencia:
 Correo electrónico: geoffrey.wong@adelaide.edu.au (G.R. Wong).
 On-line el 25 de abril de 2016

Full English text available from: www.revvespcardiol.org/en

Las fístulas arteriovenosas coronarias pueden ser congénitas o adquiridas, con una prevalencia de hallazgo accidental en exploraciones de imagen del 0,9%. Entre las causas adquiridas, se encuentran aterosclerosis, arteritis, infecciones, enfermedades malignas y traumatismos. En este caso, dada la ausencia de signos de infección, las posibles etiologías incluyen las fístulas congénitas aisladas y el aneurisma aterosclerótico. Las fístulas arteriovenosas coronarias muestran una morfología variable y su forma de presentación puede ser de insuficiencia cardíaca, endocarditis o angina a causa de un fenómeno de robo coronario. Entre los tratamientos para individuos sintomáticos, están la obliteración percutánea, la embolización y la oclusión quirúrgica; sin embargo, el abordaje óptimo de las fístulas pequeñas y asintomáticas está menos claro. Este caso aporta una perspectiva novedosa respecto a la evolución natural y el grado de progresión de una fístula arteriovenosa coronaria cuando se descubre a edad avanzada.

MATERIAL SUPLEMENTARIO



Se puede consultar material suplementario a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.recesp.2015.12.025](https://doi.org/10.1016/j.recesp.2015.12.025).