

Imagen en cardiología

Fístula arterial coronaria gigante: diagnóstico prenatal y manifestación neonatal



Giant Coronary Artery Fistula: Prenatal Diagnosis, Newborn Manifestation

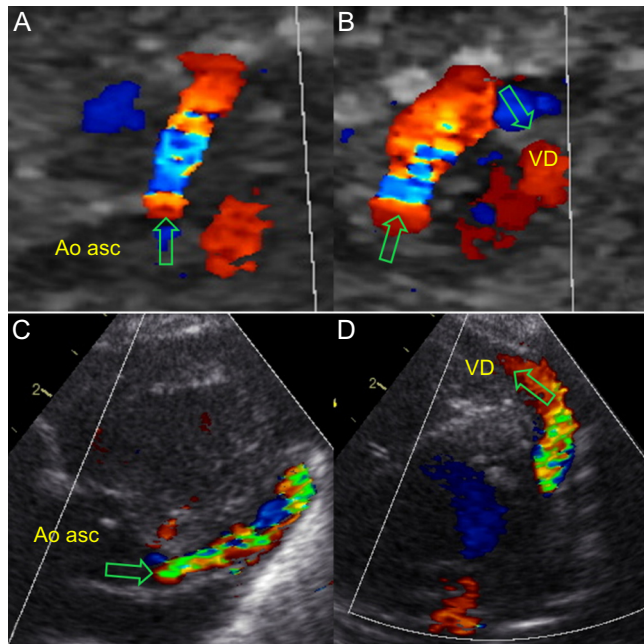
Monika Kaldararova^{a,*}, Peter Tittel^a y Martin Zahorec^b^a Department of Pediatric Cardiology, National Institute of Cardiovascular Diseases, Children's Cardiac Center, Bratislava, Eslovaquia^b Cardiac Intensive Care Unit, National Institute of Cardiovascular Diseases, Children's Cardiac Center, Bratislava, Eslovaquia

Figura 1.

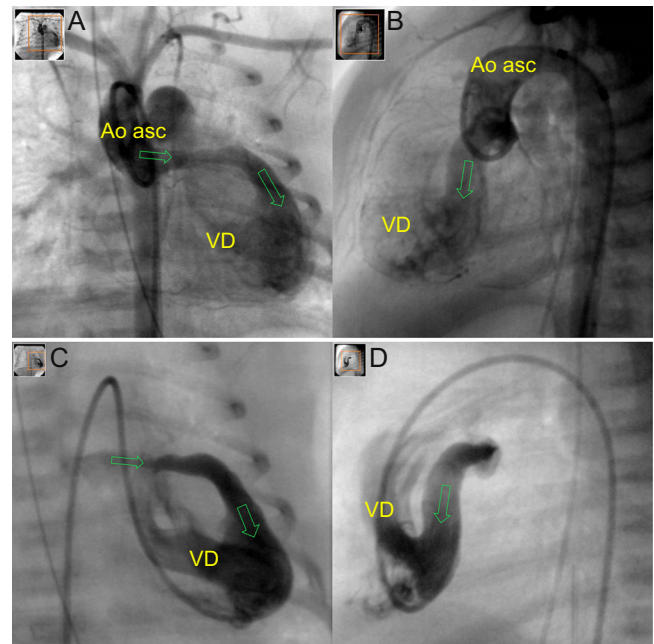


Figura 2.

Se presenta un caso muy infrecuente de fístula de gran tamaño en la arteria coronaria izquierda. La ecocardiografía prenatal, que en nuestro centro se realiza a partir de las 22 semanas de gestación, detectó una comunicación de alto flujo diastólico atípico entre la aorta ascendente (Ao asc) y el ventrículo derecho (VD) (figuras 1A y B). No hubo signos de disfunción ventricular durante el seguimiento prenatal.

La mujer dio a luz a una niña a las 38 semanas de gestación. La recién nacida presentaba ya en las primeras horas de vida una taquipnea/disnea progresiva, y se inició tratamiento con ventilación no invasiva y oxigenoterapia. El diagnóstico prenatal se confirmó en la ecocardiografía posnatal (figuras 1C y D). La angiografía (figuras 2A-D) había mostrado una fístula coronaria gigante con origen en el seno aórtico izquierdo dilatado en el lugar de origen de la arteria coronaria izquierda, con una estructura en forma de túnel que tenía su parte más estrecha a 4 mm del extremo proximal, se agrandaba en dirección distal hasta alcanzar 12 mm y drenaba en el vértice del ventrículo derecho. Se observó una dilatación ventricular derecha, pero sin disfunción ventricular, y no se apreciaron signos de isquemia miocárdica. Dada la insuficiencia respiratoria progresiva debida a un gran cortocircuito izquierda-derecha, se realizó cierre quirúrgico de ambos extremos de la fístula.

Las fístulas arteriales coronarias pueden tener su origen en la arteria coronaria izquierda, la derecha o ambas y pueden drenar a cualquiera de las cámaras cardíacas. Clínicamente suelen manifestarse por isquemia miocárdica debida a un fenómeno de robo coronario o por insuficiencia cardíaca congestiva a causa de un cortocircuito sistémico-pulmonar. Sin embargo, esta forma de presentación posnatal temprana (horas) a causa de su trascendencia hemodinámica es extremadamente infrecuente. Como ocurrió en nuestro caso, el diagnóstico prenatal correcto permite realizar un seguimiento perinatal estricto, con una evaluación clínica inmediata sin retrasos en el diagnóstico, y aplicar un tratamiento óptimo, incluida la intervención temprana.

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: kaldararova@dkc-sr.sk (M. Kaldararova).

On-line el 10 de mayo de 2016

Full English text available from: www.revespcardiol.org/en<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.01.040>

0300-8932/© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.