

Caso 3/2010 - Lactante de Dos Meses de Edad, del Sexo Masculino, con Fístula de la Arteria Coronaria Interventricular Anterior y el Tronco Pulmonar

Edmar Atik, Alexandre S. Cauduro, Marcelo Jatene

Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP - Brasil

Datos clínicos

El paciente presentaba cansancio desde el nacimiento, tras parto por cesárea en gestación de 38 semanas. Hubo mejora discreta del cansancio con medicación específica (digoxina y captopril), de hace un mes. Se solicitó evaluación, tras diagnóstico de origen anómalo de arteria coronaria izquierda, con conservación de buena función ventricular (fracción de eyección del 53%).

Al examen físico, el paciente se encontraba disneico, sonrosado y con pulsos normales. No se palpaba la aorta en la fúrcula.

En el precordio, había impulsiones discretas en el borde esternal izquierdo y no se palpaba el *ictus*. Los ruidos cardíacos eran normofonéticos y había soplo protomesosistólico, +/2 de intensidad, en los dos hemitórax. Los pulmones y el abdomen no mostraban anormalidades.

El electrocardiograma mostraba ritmo sinusal y señales de isquemia eléctrica en pared anterior, con onda T negativa de V1 a V6, acompañada de infradesnivelación del segmento ST. Los complejos QRS eran de baja voltaje (Figura 1).

Imagen radiológica

Evidencia área cardíaca discretamente aumentada con forma globosa y trama vascular pulmonar ligeramente aumentada en los hilos pulmonares (Figura 1).

Impresión diagnóstica

La imagen es compatible con el diagnóstico de cardiopatía que viene seguida de hiperflujo pulmonar, del tipo comunicación intercavitaria entre los atrios o entre los ventrículos.

Palabras clave

Lactante, cardiopatías congénitas, fístula arteriovenosa, isquemia miocárdica.

Diagnóstico diferencial

Todas las demás cardiopatías congénitas acianogénicas deben recordarse, tanto las con desviación de sangre desde la izquierda a la derecha como las obstructivas, desde que exhiban discreta repercusión hemodinámica.

Confirmación diagnóstica

Los elementos clínicos fueron decisivos para el diagnóstico de lesión isquémica miocárdica lo que llevó al cuadro de insuficiencia cardíaca, representado *a priori* por el origen anómalo de la arteria coronaria izquierda. El ecocardiograma confirmó el diagnóstico teniendo en cuenta la conexión de la arteria interventricular anterior con el tronco pulmonar. Las cavidades izquierdas estaban aumentadas (Figura 2).

Conducta

A la operación, se constató fístula de 1 mm de diámetro externo entre la arteria interventricular anterior y el tronco pulmonar, con *shunt* en dirección al árbol arterial pulmonar. La fístula se desconectó con cordón. No se detectó el origen anómalo de la arteria coronaria. Como resultado, hubo el desaparecimiento del soplo sistólico con normalización de la repolarización ventricular en el electrocardiograma. La hipertensión arterial postoperatoria se alivió con nitroprusiato de sodio y, posteriormente, con captopril.

Comentarios

A pesar de la fístula arteriovenosa con *shunt* desde la izquierda a la derecha (aumento de la vascularidad pulmonar y de las cavidades izquierdas), el cuadro dominante en este paciente era el de isquemia miocárdica consecuente de la fuga de sangre de la circulación coronaria (repolarización eléctrica alterada y disfunción miocárdica). Así, el paciente se comportaba como portador de origen anómalo de la arteria coronaria izquierda.

El hallazgo anatómico quirúrgico (fístula entre la arteria interventricular anterior y el tronco pulmonar) se caracteriza verdaderamente como defecto cardíaco congénito raro, en la ausencia de otras anomalías, como atresia pulmonar con comunicación interventricular y, en otras situaciones, que se siguen de obstrucción al flujo pulmonar.

La corrección quirúrgica precoz impide la evolución desfavorable relacionada al aumento y a la disfunción del ventrículo izquierdo, además de acentuación progresiva del proceso isquémico.

Correspondencia: Edmar Atik •

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

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

Artículo recibido el 30/07/09; revisado recibido el 12/11/09; aceptado el 12/11/09.

Correlación Clínico-Radiográfica

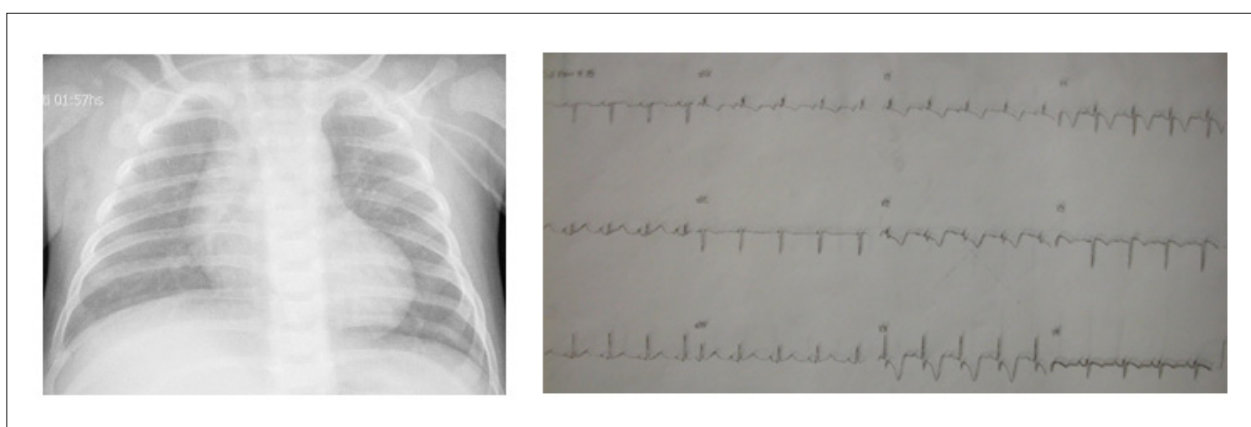


Fig. 1 - La radiografía de tórax muestra área cardíaca discretamente aumentada y globosa, con vascularidad pulmonar ligeramente pronunciada en los hilos. El electrocardiograma resalta las señales de isquemia, con onda T negativa en las precordiales y con infradesnivelación de ST en V2 y V3, además del bajo voltaje de QRS.

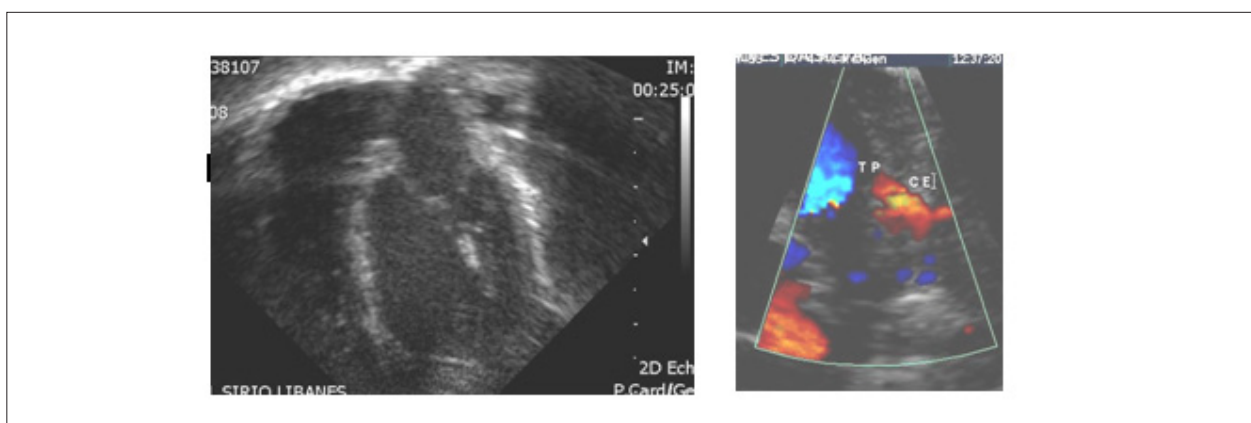


Fig. 2 - El ecocardiograma muestra la dilatación del ventrículo izquierdo en proyección de 4 cámaras en A y la fistula entre la arteria coronaria izquierda y el tronco pulmonar en corte supraesternal, en B.