

Gran Fístula Bilateral de la Arteria Coronaria: la Selección del Tratamiento Clínico

Luciana Oliveira Cascaes Dourado, Aécio Flávio Teixeira de Góis, Whady Hueb, Luiz Antônio Machado César
Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP - Brasil

Relatamos el caso de un paciente del sexo femenino, asintomática, con gran fístula bilateral de la arteria coronaria-arteria pulmonar. El monitoreo clínico fue la opción elegida para el tratamiento. Discutimos los pormenores de las opciones terapéuticas, enfatizando la tendencia excesiva de utilizar el abordaje quirúrgico y la gran escasez de seguimientos clínicos de largo plazo en pacientes asintomáticos.

Caso clínico

La paciente era una mujer de 49 años, ex fumadora, asintomática, con soplos cardíacos identificados después de un examen de rutina. La paciente estaba en buenas condiciones para ser sometida a exámenes diagnósticos y no relató ninguna enfermedad significativa en el pasado. Llevaba una vida activa, participando regularmente en actividades deportivas no competitivas. También relató dos gestaciones exitosas, sin ninguna complicación.

La paciente fue sometida al examen físico y mostró estar en buena salud, excepto por la presencia de soplos cardíacos suaves (inocentes) audibles con mayor facilidad en el borde esternal superior izquierdo. Los soplos adquirieron mayor intensidad durante la sístole, con disminución significativa en la diástole. No había desdoblamiento del segundo ruido cardíaco. El electrocardiograma de superficie y la telerradiografía de tórax eran normales.

El ecocardiograma transtorácico (ETT) mostró función global normal, con las dimensiones cardíacas y presión sistólica de la arteria pulmonar dentro de los niveles normales. El ETT también mostró dilatación de la arteria coronaria derecha (ACD) e izquierda (ACI). La ACI presentaba trayecto tortuoso con flujo turbulento, desembocando en la arteria pulmonar (AP). La angiogramografía coronaria reveló rama arterial anómala con

dilatación y tortuosidad significativa situada anteriormente a la arteria pulmonar, con origen en la aorta, próximo a la emergencia de la ACD, comunicándose con la arteria descendente anterior (ADA). De esa arteria emergía un vaso tortuoso que se comunicaba con la AP (Figura 1). La cineangiogramografía percutánea confirmó los hallazgos anteriores. El examen de imagen por perfusión miocárdica fue normal.

Discusión

Las fístulas coronarias se caracterizan por comunicaciones anómalas entre una o más ramas de las arterias coronarias, seno coronario de las cámaras cardíacas, vena cava superior y la arteria pulmonar

Las anomalías coronarias son ocasionales y generalmente son hallazgos incidentales durante la cineangiogramografía, con una incidencia estimada del 0,6 al 1,5% de pacientes sometidos a este examen¹⁻³. La mayor parte de las fístulas coronarias son congénitas, con causas probablemente adquiridas⁴. Éstas presentan un amplio espectro de variaciones de tamaños y anatómicas, y cada una presenta implicaciones clínicas diferentes. Éstas se originan con mayor frecuencia en la ACD (55%)⁵.

Por lo menos la mitad de los casos son sintomáticos, causando síntomas no específicos^{2,4}. En pacientes con fístulas

Palabras clave

Enfermedad de las coronarias; fístula coronaria; anomalías coronarias.

Correspondencia: Whady Hueb •

Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 44 AB 114 - 05403-000 - São Paulo, SP - Brasil

E-mail: whady.hueb@incor.usp.br

Artículo recibido el 05/10/08; revisado recibido el 27/11/08; aceptado el 24/03/09.

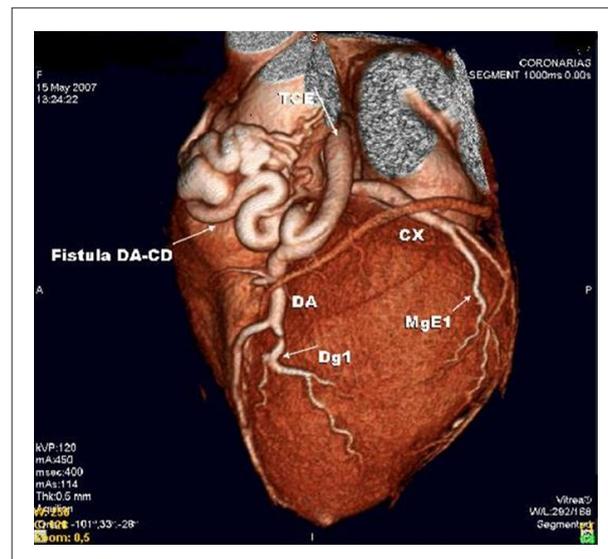


Fig. 1 - Angiograma Coronario con Tomografía Computada mostrando una gran fístula arterial coronaria.

grandes y sintomáticas, las posibles complicaciones de largo plazo incluyen hipertensión pulmonar e insuficiencia cardíaca en casos shunt significativo; endocarditis infecciosa, trombosis o ruptura de la fístula; o isquemia miocárdica secundaria a la sustracción de flujo miocárdico^{1,4}. No obstante, estudios de pacientes asintomáticos libres de intervención son escasos.

No existe un consenso con relación al tratamiento ideal de la fístula, especialmente cuando tratamos fístulas moderadas y asintomáticas⁴. Esta falta de consenso se debe a la escasez de seguimiento de clínico de estos pacientes. Los pocos estudios de tratamiento conservador con monitoreo regular de los pacientes muestra, un buen progreso a largo plazo⁵.

La mayoría de los autores⁶⁻⁹ recomienda cirugía, temiendo un posible riesgo de eventos adversos. Otros^{4,5,10}, sin embargo, describen tratamiento conservador exitoso en pacientes seleccionados. Éstos recomiendan el seguimiento clínico regular, con intervención en caso de aparición de síntomas o en caso de que haya aumento del shunt.

Por lo tanto, sugerimos el seguimiento clínico para

pacientes asintomáticos y/o aquellos sin complicaciones - disfunción ventricular, isquemia, disfunción ventricular - como en este informe de caso clínico. En pacientes sintomáticos o con complicaciones, con todo, se indican las intervenciones percutáneas o quirúrgicas, y estas intervenciones también están mejor relatadas en la bibliografía en esas situaciones⁴.

Potencial Conflicto de Intereses

Declaro no haber conflicto de intereses pertinentes.

Fuentes de Financiación

El presente estudio no tuvo fuentes de financiación externas.

Vinculación Académica

No hay vinculación de este estudio a programas de postgrado.

Referencias

1. Libby P, Bonow RO, Mann DL, Zipes DP. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 8th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2007.
2. Angelini P. Coronary fistulae: which ones deserve treatment, and what kind of treatment do they need? [Commentary]. *Tex Heart Inst J*. 2007; 34 (2): 202-3.
3. Cebi N, Schulze-Waltrup N, Frömke J, Scheffold T, Heuer H. Congenital coronary artery fistulas in adults: concomitant pathologies and treatment. *Int J Cardiovasc Imaging*. 2008; 24 (4): 349-55.
4. Luo L, Kebede S, Wu S, Stouffer GA. Coronary artery fistulae. *Am J Med Sci*. 2006; 332: 79-84.
5. Sherwood MC, Rockenmacher S, Colan SD, Geva T. Prognostic significance of clinical silent coronary artery fistulas. *Am J Cardiol*. 1999; 83: 407-11.
6. Mehta D, Redwood D, Ward DE. Multiple bilateral coronary arterial to pulmonary artery fistulae in an asymptomatic patient. *Int J Cardiol*. 1987; 16: 96-8.
7. Lowe JE, Oldham HN Jr, Sabiston DC Jr. Surgical management of congenital coronary artery fistulas. *Ann Surg*. 1981; 194: 373-80.
8. Macri R, Capulzini A, Fazzini L, Cornali M, Verunelli F, Reginato E. Congenital coronary artery fistula: report of five patients, diagnostic problems and principles of management. *Thorac Cardiovasc Surg*. 1982; 30: 167-71.
9. Armsby LR, Keane JF, Sherwood MC, Forbess JM, Perry SB, Lock JE. Management of coronary artery fistulae: patient selection and results of transcatheter closure. *J Am Coll Cardiol*. 2002; 39: 1026-32.
10. Cheung DLC, Au WK, Cheung HHC, Clement SW, Chin WTL. Coronary artery fistulas: long-term results of surgical correction. *Ann Thorac Surg*. 2001; 71: 190-5.