

## Imagen en cardiología

## Fístula arteriovenosa secundaria a perforación coronaria iatrogénica



## Coronary Arteriovenous Fistula Secondary to Iatrogenic Coronary Perforation

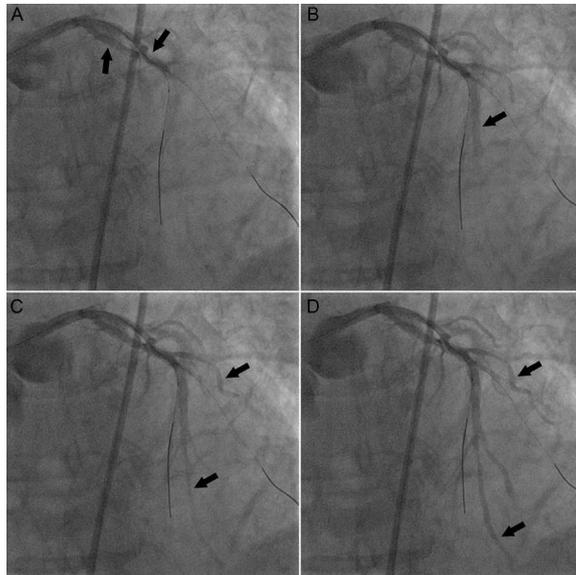
Manuel Almendro-Delia<sup>a,\*</sup>, Carolina Ortiz-Cortes<sup>b</sup> y César Carrascosa-Rosillo<sup>c</sup><sup>a</sup> Unidad Coronaria, UGC Área del Corazón Sevilla, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España<sup>b</sup> Servicio de Cardiología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España<sup>c</sup> UGC Endovascular, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Figura.

Mujer hipertensa de 69 años que ingresa por síndrome coronario agudo. La coronariografía urgente mostró lesión bifurcada larga y calcificada en la arteria descendente anterior (ADA). Se realizó intervencionismo mediante predilataciones con balón expandible y no expandible. Tras el último inflado, la angiografía mostró oclusión de la ADA por perforación, que originaba una fístula arteriovenosa hacia la vena interventricular anterior (figuras A-D, flechas: secuencia del paso de contraste desde ADA hacia la vena interventricular anterior. Guías alojadas en ADA y ramo diagonal [vídeo 1]), situación que condujo a parada cardíaca por fibrilación ventricular, de la que se recuperó tras 2 desfibrilaciones y masaje cardíaco. Se realizó inflado prolongado con balón en la zona de rotura y se administraron 50 mg de protamina. Tras comprobar el sellado de la perforación, se implantaron 4 *stents* farmacoactivos en ADA proximomedial. Tras el implante del último *stent*, se produjo inestabilización clínica coincidente con un ascenso difuso del ST en precordiales, secundario a trombosis extensa de los *stents* (vídeo 2), que se solventó exitosamente con reheparinización, abciximab intracoronario e inflados con balón. La paciente permanece asintomática tras más de 1 año de seguimiento.

Las perforaciones coronarias suelen drenar al pericardio y excepcionalmente hacia cámaras cardíacas (tipo III: *cavity spelling* de Ellis). Las fístulas arteriovenosas coronarias secundarias a una perforación coronaria son una rareza, con solo 2 casos comunicados. El uso de protamina es controvertido y, aunque apoyado por expertos, en nuestro caso originó trombosis de los *stents*. Una revascularización diferida o el uso de *stents* recubiertos para sellar la perforación coronaria habrían sido una alternativa válida para evitar el uso de protamina y el consiguiente riesgo de trombosis de *stents*.

## MATERIAL SUPLEMENTARIO



Se puede consultar material suplementario a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.recesp.2013.09.027](https://doi.org/10.1016/j.recesp.2013.09.027).

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [almendro@secardiologia.es](mailto:almendro@secardiologia.es) (M. Almendro-Delia).

On-line el 28 de enero de 2014

Full English text available from: [www.revespcardiol.org/en](http://www.revespcardiol.org/en)