

Cartas al Editor

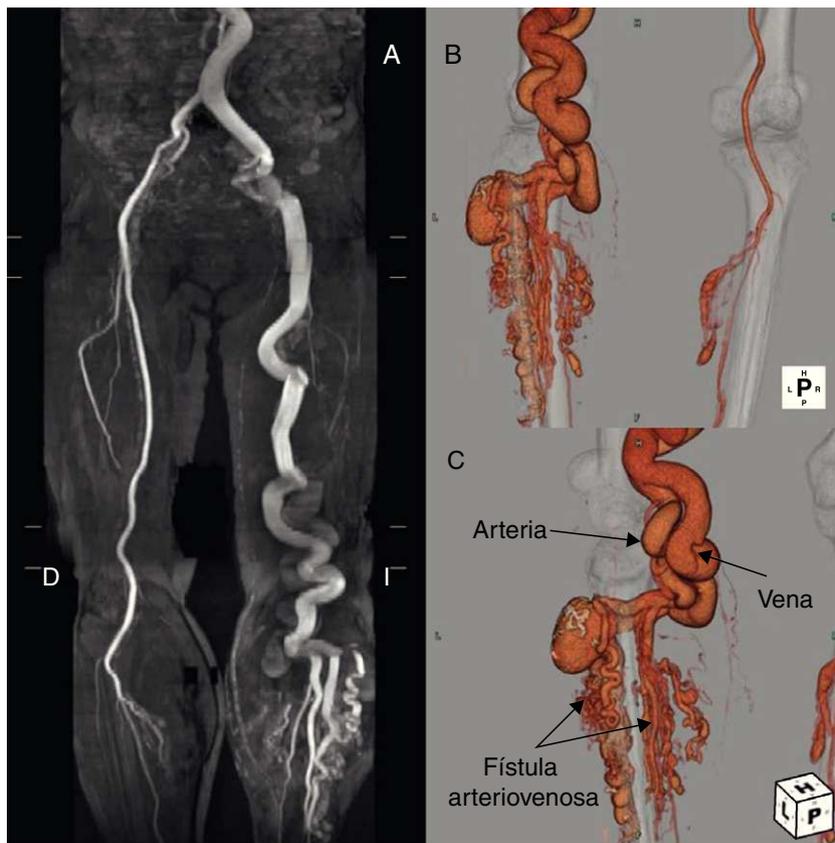
**Gran fístula arteriovenosa como causa poco común de insuficiencia cardíaca**

***Enormous Arteriovenous Fistula as a Rare Cause of Heart Failure***

**Sra. Editora:**

Mujer de 65 años de edad que acudió a nuestro hospital por edema de extremidades inferiores. La radiografía de tórax reveló derrame pleural y la ecocardiografía mostró una función ventricular izquierda normal, con agrandamiento del corazón derecho e hipertensión pulmonar, con un valor estimado de la presión arterial pulmonar de 70 mmHg. Iniciamos el estudio de las causas de la hipertensión pulmonar y la insuficiencia cardíaca; en la exploración física destaca la presencia de pigmentación e hinchazón de la extremidad inferior izquierda. La paciente tenía un soplo vascular, por lo que se realizó una angiografía que mostró

una gran dilatación vascular que se extendía distalmente hasta la arteria poplítea, con unas arterias de la extremidad inferior izquierda que mantenían un diámetro igual al de la aorta abdominal (fig. 1A). La tomografía computarizada con contraste mostró dilatación arteriovenosa prominente y una fístula arteriovenosa compleja con formación de una masa por debajo de la rodilla (fig. 1B y C). La paciente tenía antecedentes de cirugía de la pierna izquierda por osteomielitis, 50 años antes. Se consideró que la presencia de una fístula arteriovenosa iatrogénica era la causa probable tanto de la notable dilatación de las arterias y venas como de la formación de la masa. El cateterismo cardíaco derecho mostró un gasto cardíaco de 7 l/min. Con la aplicación de un torniquete en el muslo izquierdo, el gasto cardíaco se redujo a 4 l/min. Se consideró que no era posible tratar mediante embolización, ya que la arteriografía selectiva mostraba una fístula arteriovenosa grande y compleja<sup>1,2</sup>. Dado que la paciente rechazó la amputación<sup>3,4</sup>, optamos por un tratamiento farmacológico y ver la evolución posterior. Los casos de fístulas arteriovenosas adquiridas causantes



**Figura 1.** A: gran dilatación de las arterias de la extremidad inferior izquierda que mantienen un diámetro equivalente al de la aorta abdominal. B y C: dilatación arteriovenosa prominente y fístula arteriovenosa compleja con formación de una masa por debajo de la rodilla.

de dilatación arteriovenosa prominente y formación de una masa que pasan inadvertidos son muy poco comunes.

Soichiro Ichikawa\* y Shigeru Fukuzawa

Division of Cardiology, Funabashi Municipal Medical Center Heart and Vascular Institute Funabashi, Funabashi, Japan

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [so\\_ichi75@yahoo.co.jp](mailto:so_ichi75@yahoo.co.jp) (S. Ichikawa).

On-line el 4 de marzo de 2011

## BIBLIOGRAFÍA

1. Peynircioglu B, Ozkan M, Dogan OF, Cil BE, Dogan R. Transvenous embolization of a spontaneous femoral AVF 5 years after an incomplete treatment with arterial stent-grafts. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2008;31:407-10.
2. Wang MQ, Xie CM, Wang ZP, Guan J, Gu XF, Liu FY. Treatment of acquired arteriovenous fistulas with interventional minimally invasive techniques. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi.* 2004;42:687-91.
3. Ilijevski NS, Nenezic DD, Sagic D, Radak D. Popliteal traumatic arteriovenous fistula. *Vascular.* 2005;13:309-12.
4. Ilijevski N, Radak D, Radevic B, Sagic D, Kronja G, Misovic S, et al. Popliteal traumatic arteriovenous fistulas. *J Trauma.* 2002;52:739-44.

doi:10.1016/j.recresp.2010.09.013

## La ecocardiografía transesofágica en la valvulopatía aórtica congénita

### Transesophageal Echocardiography in Congenital Aortic Valvulopathy

Sra. Editora:

A pesar de que nuevas técnicas de imagen, como la tomografía computarizada y la resonancia magnética, generalmente permiten identificar y valorar con detalle las anomalías de la válvula aórtica, la ecocardiografía transesofágica (ETE) continúa siendo útil y básica para su diagnóstico.

Las anomalías congénitas de la válvula aórtica suponen un 3-6% de las cardiopatías congénitas del adulto, de entre las cuales la más frecuente es la válvula aórtica bicúspide (supone el 2%) seguida de la

unicúspide y de la cuadrícúspide. Para ilustrar la validez y la utilidad de la ETE en su estudio, se presentan dos casos clínicos singulares.

**Caso 1 (fig. 1).** Varón de 30 años de edad diagnosticado en la infancia de válvula aórtica bicúspide y estudiado por disnea progresiva. La ecocardiografía transtorácica mostró que la válvula aórtica estaba muy estenosada y desestructurada, y se realizó una ETE para mejorar la valoración de su anatomía. Mediante la ETE, se detectó que se trataba de una válvula aórtica unicúspide (VAU) y unicomisural, la cual se hallaba muy calcificada y estenosada (fig. 1A); también había un aneurisma de la aorta ascendente, de 50 mm no complicado. Para completar el estudio preoperatorio se realizó una resonancia magnética que, sin embargo, informó de que la válvula aórtica era bicúspide (fig. 1C) así como de la existencia del aneurisma aórtico (fig. 1B) y de la ausencia de anomalías del nacimiento de las arterias coronarias. El paciente finalmente fue sometido a cirugía valvular y aórtica, y el cirujano confirmó la existencia de una VAU (fig. 1D).

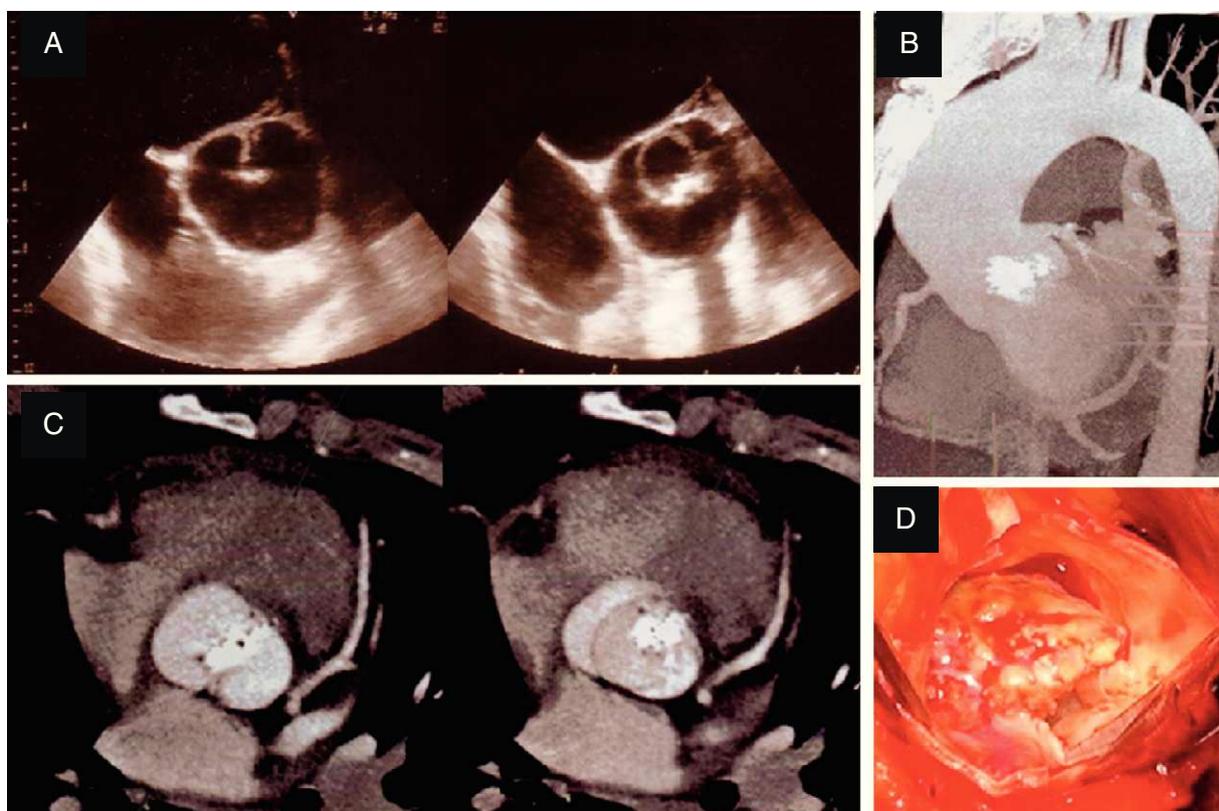


Figura 1. Válvula aórtica unicúspide.