

Imagen en cardiología

Aneurisma gigante de la coronaria derecha con fístula al ventrículo izquierdo

Giant right coronary aneurysm with left ventricular fistula



Hiroki Nakamura*, Kouki Fukuda y Tatsuhiko Masue

Department of Anesthesiology, Gifu Prefectural General Medical Center, Gifu, Japón

Recibido el 31 de julio de 2023; Aceptado el 12 de septiembre de 2023

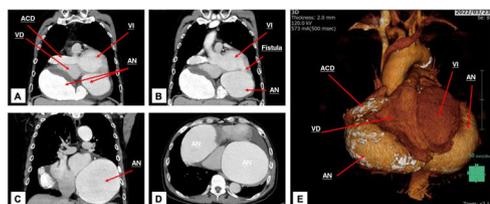


Figura 1.

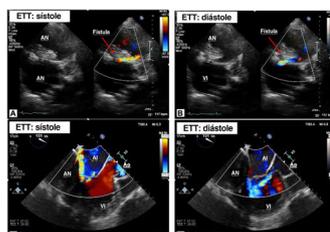


Figura 2.

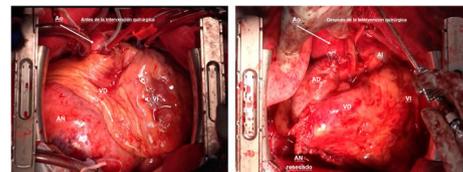


Figura 3.

Un aneurisma coronario que comprima las cavidades cardíacas y los pulmones es poco frecuente. Presentamos el caso de un paciente a quien se le detectó un soplo cardíaco por primera vez a los 10 años. Cuando el paciente tenía 30 años, durante una evaluación diagnóstica por una arritmia, se le realizó una coronariografía que reveló la existencia de un aneurisma coronario de 50 a 60 mm, pero el paciente rechazó la cirugía. En la anamnesis no se registraron síntomas de la enfermedad de Kawasaki. A los 55 años, ante la sospecha de un cáncer colorrectal incipiente, se le realizó una tomografía computarizada en la que se observó que el aneurisma coronario medía 70 mm. También esta vez el paciente quiso posponer la cirugía. Durante el seguimiento, se observó disnea de esfuerzo a los 57 años y los síntomas empeoraron de manera gradual. A los 60 años, en una tomografía computarizada, el aneurisma de la coronaria derecha medía 22 mm en el origen, 86 mm en la región ventral inferior al ventrículo derecho y 127 mm en la región dorsal inferior al ventrículo izquierdo. En la imagen también se observó una fístula entre el aneurisma coronario y el ventrículo izquierdo (figura 1A-E, vídeos 1 y 2 del material adicional: ACD: arteria coronaria derecha; AD: aurícula derecha; AI: aurícula izquierda; AN: aneurisma; VD: ventrículo derecho; VI: ventrículo izquierdo). En la ecocardiografía transtorácica se observó flujo bidireccional en la fístula y la ecocardiografía transesofágica mostró que el ventrículo izquierdo estaba comprimido por el aneurisma, con insuficiencia valvular aórtica leve e insuficiencia mitral moderada (figura 2A-D, vídeo 3 del material adicional: Ao: aorta). Se le intervino quirúrgicamente; se cerró la fístula de la arteria coronaria y se resecó el aneurisma coronario con reconstrucción en manga (figura 3). Se obtuvo el consentimiento informado por escrito del paciente para la publicación.

FINANCIACIÓN

No aplicable.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El paciente dio el consentimiento informado por escrito para la publicación de este informe y de las imágenes que lo acompañan. No se ha recibido la aprobación del comité de ética. Sin embargo, se ha eliminado el nombre del paciente, su número y otros datos para asegurar su privacidad. En la preparación de este artículo se han tenido en cuenta las guías SAGER.

DECLARACIÓN SOBRE EL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

En la redacción de este artículo no se ha utilizado ninguna herramienta de inteligencia artificial.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

T. Masue, H. Nakamura y K. Fukuda participaron en el tratamiento anestésico del paciente. H. Nakamura escribió el artículo. K. Fukuda y T. Masue comprobaron las figuras, los vídeos y el artículo principal. Todos los autores leyeron y aprobaron el artículo final.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a Edanz la edición de una versión preliminar del artículo.

ANEXO A. MATERIAL ADICIONAL

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2023.09.003>.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: hinakamura-kob@umin.ac.jp (H. Nakamura).

On-line el 15 de noviembre de 2023

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2023.09.003>

0300-8932/© 2023 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.