

Fig. 1. Aorta descendente.

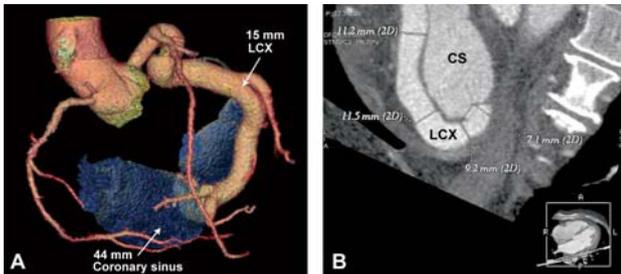


Fig. 2. Seno coronario.

## Cierre percutáneo de fístula coronaria

Hace veinte años la angiografía coronaria puso de manifiesto una fístula arterial coronaria en un varón de 46 años con antecedentes prolongados de dolor torácico atípico y sin factores de riesgo coronario. La exploración física reveló un soplo continuo suave, con latido carotídeo hiperdinámico. El electrocardiograma mostró ritmo sinusal con crecimiento auricular izquierdo. El ecocardiograma transtorácico (ETT) identificó un seno coronario (SC) izquierdo muy dilatado, asociado a una dilatación del tronco coronario (TCI) y la arteria circunfleja (Cx) (fig. 1). La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (VI) era normal y el ventrículo derecho (VD) estaba dilatado. La tomografía computarizada con reconstrucción tridimensional (fig. 2) confirmó la presencia de una fístula grande entre la parte distal de la Cx y la parte media del SC, con un cuello estrecho (7,1 mm). El cateterismo cardiaco derecho mostró un cortocircuito izquierda-derecha ( $Q_p/Q_s = 1,5/1$ ) y unas presiones normales en la arteria pulmonar. Se llevó a cabo un cierre percutáneo retrógrado de la fístula coronaria utilizando un Amplatzer® Vas-

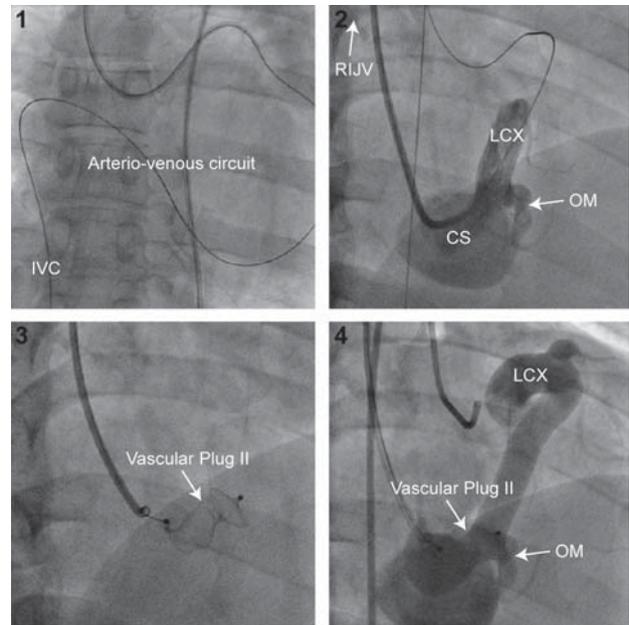


Fig. 3. Circuito arteriovenoso.

A: anterior; Arterio-venous circuit: circuito arteriovenoso; CS: seno coronario; Desc Aorta: aorta descendente; IVC: vena cava inferior; L: izquierda; LA: aurícula izquierda; LCX: arteria circunfleja; LM: tronco coronario izquierdo; LV: ventrículo izquierdo; OM: rama coronaria marginal obtusa; P: posterior; R: derecha; RIJV: vena yugular interna derecha; RV: ventrículo derecho.

cular Plug II (AGA, Minnesota, Estados Unidos) de 16 mm, con el empleo de un circuito arteriovenoso (introducción anterógrada de la guía en la fístula, exteriorización por la vena yugular interna derecha [VYID] tras colocación del asa en la vena cava inferior [VCI]) (fig. 3). Se documentó la oclusión completa de la fístula con el empleo de Doppler color a los 15 min de la implantación del dispositivo. Aunque la implantación se realizó frente a una rama marginal obtusa (OM), no se produjeron complicaciones periintervención. El paciente fue tratado con ácido acetilsalicílico y warfarina durante 6 meses para prevenir la formación de un trombo extenso. A los 6 meses de seguimiento continuaba asintomático, y la ETT mostró una reducción del tamaño del VD y el SC. Este caso muestra que el cierre percutáneo de fístulas coronarias es una alternativa a la ligadura quirúrgica factible y segura en los vasos anatómicamente apropiados.

Stéphane Noble, Arsène Basmadjian y Réda Ibrahim

Departamento de Medicina. Montreal Heart Institute. Universidad de Montreal. Montreal. Quebec. Canadá.