

Lesión de alto riesgo en arteria coronaria única con nacimiento en el seno coronario derecho

Sra. Editora:

Presentamos el caso de un paciente de 45 años que acudió a consulta de cardiología por episodios de angina de esfuerzo de 2 meses de evolución, sin historia previa de cardiopatía. Como factores de riesgo cardiovascular presentaba hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales, dislipemia, ser ex fumador y tener antecedentes familiares de muerte por infarto agudo de miocardio. El examen físico, la radiografía de tórax y la analítica eran compatibles con



Fig. 1. Angiografía. Arteria coronaria única que sale desde el seno coronario derecho. La flecha señala la lesión severa en el tercio proximal.

la normalidad. El electrocardiograma presentaba onda Q y onda T negativa en DIII.

Se solicitó ergometría bajo protocolo de Bruce que resultó con positividad clínica y eléctrica, con patrón de alto riesgo desde el segundo minuto. Ante estos hallazgos, ingresa para coronariografía preferente. En dicho estudio, realizado vía radial derecha, se describe una variante anatómica del árbol coronario con salida de coronaria única desde el *ostium* de coronaria derecha (CD) en el seno coronario derecho, agenesia de tronco común izquierdo e hipoplasia de rama descendente anterior izquierda. El segmento correspondiente a la CD sigue su recorrido anatómico habitual y, a través de uno de los troncos posterolaterales, proporciona flujo

anterógrado a circunfleja, marginales y rama bisectriz, así como a la descendente anterior hipoplásica que, además, recibía flujo desde una rama auricular derecha. Tanto la circunfleja como la descendente anterior seguían su recorrido anatómico habitual. Existía una lesión grave con estenosis del 70% en el tercio proximal del segmento correspondiente a CD, se interpretó como lesión equivalente de tronco común y la causa de la clínica del paciente. Además, se describió otra lesión del 70% en el tercio proximal de la rama bisectriz (fig. 1). La función sistólica del ventrículo izquierdo estaba conservada, sin alteraciones segmentarias de la contractilidad, con fracción de eyección del 68%.

Para completar el estudio se realizó tomografía computarizada (TC) multidetector de 64 cortes, que confirmó los hallazgos de la coronariografía convencional y demostró la inexistencia del *ostium* coronario izquierdo. El segmento afectado en el tercio medio de CD mostraba una placa con contenido fibrocalcificado, de aspecto complicado, que producía estenosis severa (fig. 2).

Finalmente, se optó por realizar intervencionismo percutáneo mediante implante de *stent* con zotarolimus 4/20 mm, y se comprobó el buen resultado del implante con ecografía intravascular. Tras el alta, el paciente quedó asintomático. A los 2 meses del procedimiento se repitió la ergometría, con negatividad clínica y eléctrica tras 11 min de esfuerzo.

La incidencia de anomalías de las arterias coronarias se describe en las distintas series en torno al 1% de los pacientes sometidos a coronariografía¹. La mayoría de estas anomalías no implican la aparición de síntomas-signos o mal pronóstico, y suelen ser hallazgos casuales. No obstante, hay algunas variantes anatómicas que implican un mayor riesgo de muerte súbita o complicaciones y que requerirían de un diagnóstico preciso y corrección quirúrgica, si procede, entre otras, de la coronaria única².



Fig. 2. Tomografía computarizada multicorte. A la izquierda, la flecha señala el componente fibrocalcificado de la placa complicada en el tercio proximal de la arteria coronaria única. A la derecha, reconstrucción renderizada donde se observa ausencia de tronco común izquierdo.

El caso que presentamos correspondería a una variante R-I-a de la clasificación propuesta por Lipton et al³, uno de los patrones más raros¹. En la revisión de Barriales et al⁴, se describen las posibles complicaciones derivadas de estas anomalías, fundamentalmente la muerte súbita y la isquemia inducida, aun en ausencia de arteriosclerosis, recomendando las pruebas de imagen y los test de isquemia para identificar a los pacientes de mayor riesgo.

El caso descrito supone una anatomía coronaria de alto riesgo *per se*, en el que además coexiste una afectación arteriosclerótica severa que multiplica las posibilidades de eventos adversos, como se reflejó en el resultado de la ergometría y en los hallazgos de la coronariografía y la TC. El tratamiento percutáneo fue factible y eficaz a corto y medio plazo, a la espera de un seguimiento más prolongado.

Cristóbal A. Urbano-Carrillo, Joaquín Cano-Nieto,
Luz Muñoz-Jiménez y Manuel de Mora-Martín
Servicio de Cardiología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya.
Málaga. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yamanaka O, Hobbs RE. Coronary artery anomalies in 126,595 patients undergoing coronary arteriography. *Cathet Cardiovasc Diagn.* 1990;21:28-40.
2. Angelini P, Velasco JA, Flamm S. Coronary anomalies: incidence, pathophysiology, and clinical relevance. *Circulation.* 2002;105:2449-54.
3. Lipton MJ, Barry WH, Obrez I. Isolated single coronary artery: diagnosis, angiographic classification, and clinical significance. *Radiology.* 1979;130:39-47.
4. Barriales-Villa R, Moris de la Tassa C. Anomalías congénitas de las arterias coronarias con origen en el seno de Valsalva contralateral: ¿qué actitud se debe seguir? *Rev Esp Cardiol.* 2006;59:360-70.