

IMAGEN EN CARDIOLOGÍA

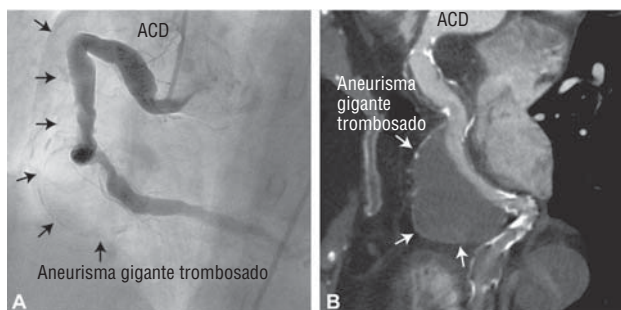


Fig. 1.

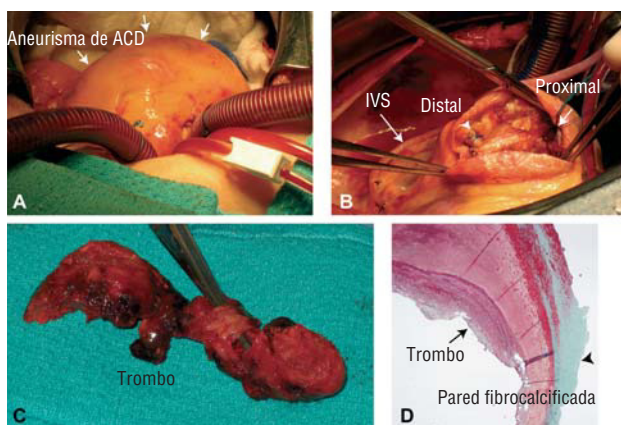


Fig. 3.

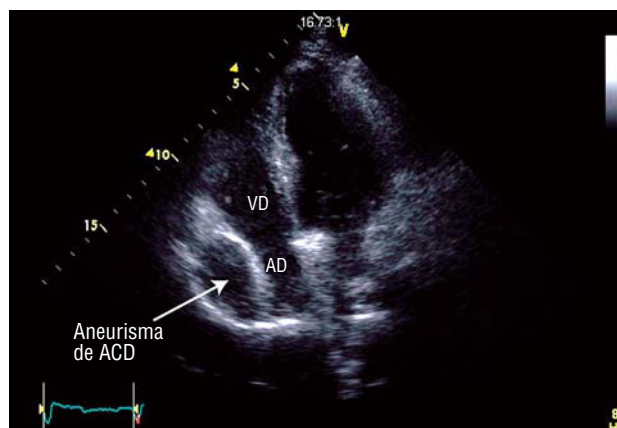


Fig. 2.

VD: ventrículo derecho; AD: aurícula derecha; ACD: arteria coronaria derecha; IVS: injerto de vena safena.

Estudio con diferentes técnicas de imagen de un aneurisma gigante trombosado en la arteria coronaria derecha

Mujer de 76 años con antecedentes de hipertensión y tabaquismo, a quien se realizó una coronariografía tras un infarto de miocardio sin elevación del ST. La arteria coronaria izquierda mostró calcificaciones y ectasia grave, junto con lesiones significativas en el tronco coronario, el tercio medio de la descendente anterior (DA) y la primera obtusa marginal (OM). Las proyecciones realizadas para visualizar la arteria coronaria derecha (ACD) dominante mostraron bordes lineales calcificados sin repleción con contraste, que indicaban la existencia de un aneurisma trombosado (fig. 1). La ecografía transtorácica mostró, en proyección apical de cuatro cámaras, una masa de tipo quístico (20 × 30 mm) adyacente a la aurícula derecha, que indicaba una masa paracardiaca (fig. 2). La tomografía computarizada cardíaca identificó un aneurisma gigante de la ACD, con la luz parcialmente trombosada e intensa calcificación de la pared vascular (fig. 1B), que confirmó lo mostrado por la angiografía coronaria (fig. 1A). Las reconstrucciones curvilíneas de

la tomografía computarizada cardíaca permitieron apreciar mejor el aneurisma de la ACD, que medía 60 × 33 mm. Finalmente, la intervención quirúrgica confirmó un aneurisma gigante de la ACD (fig. 3A). Tras la incisión, se extrajo un trombo considerable. Tras realizar un *bypass* a la arteria descendente posterior, se ligaron los extremos proximal y distal del aneurisma (fig. 3B). En la intervención se realizaron otros dos puentes a DA y OM, y el curso postoperatorio transcurrió sin incidencias. La pieza extraída del aneurisma medía 8 × 3 × 2,5 cm y correspondía a un trombo voluminoso parcialmente degenerado (fig. 3C). Histológicamente, la pared aneurismática estaba completamente remodelada por cambios fibroscleróticos, con calcificaciones y discreto infiltrado inflamatorio crónico (fig. 3D). El caso ilustra la utilidad de múltiples técnicas de imagen el diagnóstico y tratamiento de anomalías coronarias infrecuentes.

Caroline Frangos, Stéphane Noble
y Richard Gallo

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

Full English text available from: www.revespcardiol.org