

## Fístula coronaria-pulmonar

### *Coronary-pulmonary fistula*

RICARDO LEVIN, MARCELA DEGRANGE, RAFAEL PORCILE

Presentamos el caso de un paciente de 37 años internado por angina progresiva con inversión de ondas T en la cara inferior y marcadores enzimáticos positivos. Se practicó coronariografía y se observó la presencia de una fístula desde la coronaria derecha proximal a la circulación pulmonar.

Las fístulas coronarias resultan anomalías poco frecuentes, que se caracterizan por una comunicación anormal entre una arteria coronaria y otros vasos o una cámara cardíaca. Resultan habitualmente congénitas aunque pueden ser secundarias a procesos inflamatorios, traumatismos o procedimientos percutáneos o quirúrgicos. (1, 2) Pueden cursar en forma asintomática y resultan, a veces, el hallazgo de una coronariografía o anatomía patológica; otras veces pueden presentar sintomatología compatible con cardiopatía isquémica, como en nuestro caso, y la clínica es dependiente del calibre y la magnitud de la comunicación anómala. (3)

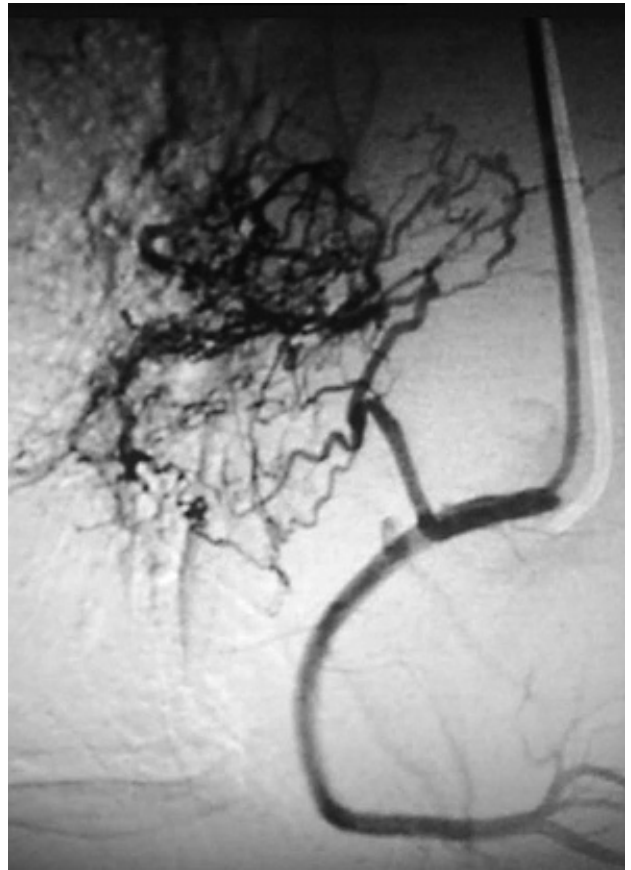
El origen más frecuente se da desde la arteria coronaria derecha (50% de los casos) y el drenaje en las cavidades derechas es el destino observable en más del 90% de los casos, mientras que un 15% se comunican con la circulación pulmonar. De acuerdo con el sitio de drenaje se las ha clasificado en 5 tipos: tipo I, con drenaje en aurícula derecha; tipo II, en ventrículo derecho; tipo III, con conexión a la circulación pulmonar; tipo IV, comunicadas con la aurícula izquierda; y tipo V, con drenaje en el ventrículo izquierdo. (4)

En el caso de fístulas de gran tamaño, estas pueden desarrollar diversas complicaciones, tales como trombosis, rotura, arritmias, hipertensión pulmonar, insuficiencia cardíaca o isquemia miocárdica secundaria al robo coronario. No existe un consenso definido respecto de su tratamiento, aunque en pacientes sintomáticos, la fístula puede ser resuelta tanto por vía quirúrgica como percutánea, mediante el cierre con dispositivos oclusores o espirales, opción por la que se optó en nuestro paciente. A un año del procedimiento, este se encontraba asintomático. (5)

#### **Declaración de conflicto de intereses**

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web / Material suplementario).



#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Gowda RM, Vasavada BC, Khan IA. Coronary artery fistulas: clinical and therapeutic considerations. *Int J Cardiol* 2006;107:7-10. <http://doi.org/ctk2fr>
2. Loukas M, Germain S, Gabriel A, John A, Tubbs RS, Spicer D. Coronary artery fistula: a review. *Cardiovasc Pathol* 2015;24:141-8. <http://doi.org/cnxx>
3. Cieslinski G, Rappich B, Kober G. Coronary anomalies: incidence and importance. *Clin Cardiol* 1993;16:711-5. <http://doi.org/ckw4ft>
4. Musante C, Muñoz Giacomelli E, Pérez Balaño P. Fístula coronario-pulmonar. *Rev Argent Cardiol* 2011;79:267-8.
5. Armsby LR, Keane JF, Sherwood MC, Forbess JM, Perry SB, Lock JE. Management of coronary artery fistulae. Patient selection and results of transcatheter closure. *J Am Coll Cardiol* 2002;39:1026-32. <http://doi.org/chgs55>