

Caso clínico

## Arteria coronaria derecha anómala que nace del tronco coronario izquierdo con curso entre los grandes vasos: manejo quirúrgico de un caso y revisión

Felipe Rodríguez Mora\*, Jose M. Borrego Domínguez, Encarnación Gutierrez Carretero, Ana M. Hernández Fernández, Alejandro Adsuar Gómez y Antonio González Calle

Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

*Palabras clave:*

Arteria coronaria anómala  
Grandes vasos  
Arteria coronaria derecha  
Cirugía de revascularización miocárdica

R E S U M E N

Las anomalías de las arterias coronarias son alteraciones congénitas raras que en algunos casos, debido a su trayecto anómalo, pueden producir síntomas como la angina, síncope o incluso la muerte súbita. Además, su manejo terapéutico no está bien establecido. Presentamos el caso de un varón de 64 años con clínica de dolor torácico y síncope de repetición en el que se descubre una arteria coronaria única con una arteria coronaria derecha que nace del tronco coronario izquierdo y que discurre entre las grandes arterias. La compresión que ejercen estas estructuras justifica la clínica del paciente, por lo que se decide una actitud quirúrgica como terapia más adecuada consistente en la translocación de la arteria coronaria derecha a su seno de Valsalva correspondiente, evitando así la compresión producida por las grandes arterias y sobre todo la necesidad de realizar un *bypass* coronario. A los 7 meses de la intervención el paciente permanece asintomático.

El manejo quirúrgico de las anomalías coronarias sintomáticas puede ser una alternativa segura sobre todo en los casos donde la anatomía coronaria permita evitar el *bypass*.

© 2016 Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Anomalous right coronary artery originating from the left main coronary artery with a course between the great vessels: A surgical management of a case and a review

A B S T R A C T

*Keywords:*

Anomalous coronary artery  
Great vessels  
Right coronary artery  
Coronary artery bypass grafting

Anomalies of the coronary arteries are rare congenital disorders that because of their anomalous course can produce symptoms in some cases, such as angina, syncope or even sudden death. Furthermore, their therapeutic management is not well established. The case is presented of a 64 year-old male with symptoms of chest pain and repeated syncope, in which a single coronary artery is discovered with a right coronary artery that originates from the left main coronary artery and runs between the great arteries. The compression exercised by these structures is responsible for the patient's clinical condition, thus a more appropriate therapy is decided, such as a surgical approach involving the translocation of the right coronary artery to the corresponding sinus of Valsalva. This prevents the compression produced by the great arteries, as well as the need for coronary bypass surgery. The patient is asymptomatic at seven months after surgery.

The surgical management of symptomatic coronary anomalies can be a safe alternative, especially in cases in which the coronary anatomy helps to avoid a *bypass*.

© 2016 Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

Las anomalías de las arterias coronarias son alteraciones congénitas poco comunes con una prevalencia que oscila desde el 0,3

al 2,33% en las últimas series publicadas, aunque afortunadamente son anomalías benignas y asintomáticas en la mayoría de los casos<sup>1</sup>. Es más, cuando se acompañan de síntomas, estos suelen ser debidos a la afectación aterosclerótica tanto de los vasos anómalos como de los vasos con un origen y trayecto normal.

Estas alteraciones, aunque infrecuentes, tienen una amplia variedad de posibilidades, una de ellas es la arteria coronaria única, que es de las más inusuales. Dentro de las arterias coronarias únicas

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [feliperodriguezmora@gmail.com](mailto:feliperodriguezmora@gmail.com) (F. Rodríguez Mora).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2016.07.006>

1134-0096/© 2016 Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Tabla 1**  
Clasificación de Lipton

Localización del ostium	R	Seno de Valsalva derecho
	L	Seno de Valsalva izquierdo
Distribución anatómica	I	Coronaria única que sigue el curso de una coronaria izquierda o derecha normal
	II	Tras abandonar el seno coronario, la coronaria única atraviesa el corazón como un largo tronco transversal que abastece la coronaria contralateral/coronaria anómala que se origina del segmento proximal de una arteria coronaria localizada normalmente, y cruza la base del corazón para asumir su posición normal
Curso de la rama de transferencia	III	ADA y ACX nacen separadas de un tronco común originado en el seno de Valsalva derecho
	A	Anterior a los grandes vasos
	B	Entre aorta y arteria pulmonar
	P	Posterior a los grandes vasos
	S	Tipo septal: una parte del curso sobre el septum interventricular
	C	Tipo combinado: diferentes cursos

hay a su vez diferentes posibilidades de distribución y recorrido de los vasos anómalos. Estas fueron englobadas en la clasificación de Lipton en 1979<sup>2</sup> como pueden apreciarse en la **tabla 1**. Dentro de esta clasificación hay una variedad que cobra mayor relevancia clínica y es aquella en la que la arteria anómala discurre entre la arteria aorta y la arteria pulmonar, lo que da lugar a un fenómeno de compresión sistólica que puede cursar con clínica típica de enfermedad coronaria. Esto añadido a que son anomalías congénitas que en muchos casos se encuentran en pacientes jóvenes hace que cobren mayor relevancia clínica. No obstante, en determinadas ocasiones estas alteraciones no producen clínica hasta la edad adulta, incluso en la tercera edad, lo que hace confundirnos en la mayoría de los casos con la enfermedad aterosclerótica coronaria<sup>3</sup>.

Ante la sospecha diagnóstica en pacientes jóvenes, la primera prueba de imagen a realizar es una ecocardiografía transtorácica, ya que son pacientes que por lo general tienen buena ventana acústica y es posible identificar la salida de ambas arterias coronarias, por tanto, nos permite dilucidar si estas nacen de sus senos correspondientes<sup>4</sup>. No obstante, en los casos en que no se han encontrado alteraciones en la ecocardiografía pero con alta sospecha de enfermedad coronaria, deberíamos pensar en otras pruebas de imagen que nos muestren la anatomía del árbol coronario. La coronariografía suele ser la primera prueba invasiva en el caso de pacientes adultos que revela este tipo de anomalías y es muy útil para descartar aterosclerosis de los vasos coronarios, no obstante, es difícil describir el origen exacto del nacimiento de la arteria coronaria anómala y definir su trayecto, ya que requiere de una amplia experiencia en este campo por parte del hemodinamista que realiza la técnica. Los avances alcanzados tanto en la tomografía computarizada con multidetectores como en la resonancia magnética hacen que estas pruebas sean superiores a la coronariografía de cara a plantear la mejor opción terapéutica en cada paciente.

Cierto es que con estas pruebas de imagen lo único que podemos describir es la anatomía coronaria y la existencia o no de afectación aterosclerótica. A diferencia de la enfermedad coronaria habitual, en estos casos la isquemia miocárdica es generalmente ocasional y, por lo tanto, las pruebas de detección de isquemia como la ergometría suelen ser negativas, lo que hace que se deba valorar individualmente los riesgos y los beneficios en cada caso de

realizar una prueba invasiva que nos muestre la anatomía coronaria incluso sin haber detectado isquemia miocárdica previamente. Sin embargo, esto no quiere decir que en la práctica clínica habitual no se realicen pruebas de detección de isquemia, hay que tener en cuenta que la primera sospecha diagnóstica debe ser la enfermedad aterosclerótica, sobre todo en pacientes adultos, y por tanto hay que actuar como si ante ella nos encontrásemos realizando una ergometría y una ecocardiografía transtorácica en el estudio inicial para detectar la presencia de isquemia miocárdica<sup>4</sup>.

El manejo de estas anomalías coronarias sin afectación aterosclerótica ha de ser individualizado y en todos los casos se deben evaluar riesgos y beneficios de todas las opciones terapéuticas. Es necesario tener en cuenta la clínica de presentación, si la anatomía coronaria es de riesgo (como en el caso del curso interarterial entre las grandes arterias<sup>1</sup>) y sobre todo la edad del paciente. Por lo general, se tiende a ser más agresivos en pacientes jóvenes, optando por la cirugía en la mayoría de los casos. Las variedades anatómicas en las que la arteria coronaria afecta nace de un seno de Valsalva diferente al que le corresponde y que disponen de un curso interarterial, en los que la clínica y la isquemia miocárdica son achacadas a esta anomalía, la técnica realizada con más frecuencia es el conocido *unroofing*, que consiste en liberar el segmento intramural de la arteria coronaria anómala practicando una incisión en la pared común de la coronaria y la aorta, creando así un neorificio más grande en el seno apropiado con la gran ventaja de evitar el *bypass* aorto-coronario. Es una técnica con buenos resultados a corto y largo plazo que la hacen el tratamiento de elección siempre que se pueda realizar<sup>5</sup>.

Cuando esta técnica no es posible, la gran mayoría de los cirujanos optan por una revascularización más conservadora realizando un *bypass* aorto-coronario aún teniendo en cuenta los inconvenientes que puede generar a largo plazo. Es necesario entender que son arterias que en muchos casos no tienen una compresión severa y que generalmente esta es ocasional, por lo que el injerto se ve sometido a un flujo competitivo, principalmente durante la diástole, que pone en peligro la permeabilidad del mismo. Por otro lado, está la opción del tratamiento percutáneo, que habitualmente se relega a pacientes con anomalías complejas en las que el *unroofing* es difícil de llevar a cabo y el riesgo quirúrgico es elevado<sup>4</sup>.

Un caso especial se presenta cuando la arteria coronaria anómala nace directamente de otra arteria principal y no tiene el ostium en la raíz aórtica, es decir, una arteria coronaria única, donde además la rama anómala tiene un curso interarterial entre los grandes vasos. En estos casos, así como cuando el trayecto interarterial es demasiado corto como para realizar el *unroofing*, la técnica quirúrgica más realizada es la traslocación de la coronaria afectada, que consiste en una desinserción de su lugar de nacimiento y la reimplantación a su seno de Valsalva correspondiente, ligando posteriormente el extremo abandonado<sup>6</sup>.

### Descripción del caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 64 años, exfumador desde hace 30 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia sin tratamiento farmacológico actual, con historia de dolores torácicos recurrentes con semiología típica que se estudia en una unidad de dolor torácico realizando inicialmente una ergometría que resulta negativa clínica y eléctricamente. Tras continuar el paciente con clínica indicativa de cardiopatía isquémica y los factores de riesgo cardiovascular que presenta, se decide realizar un SPECT miocárdico que, al igual que la ergometría, resulta negativo para isquemia. Con estos datos, se decide instaurar tratamiento hipolipidemiante y antihipertensivo, así como prevención primaria de cardiopatía isquémica con ácido acetilsalicílico y seguimiento en consultas.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5601376>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5601376>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)