

Fístula arterial coronaria en atleta de elite

Coronary artery fistula in elite athlete

GONZALO DÍAZ BABIO¹, CELESTE CARRERO², PABLO STUTZBACH²

Se trata el caso de un paciente varón de 18 años, jugador de *rugby* profesional, sin antecedentes y con un VO_2 máximo de 61 ml/kg/min. Presentó un examen físico normal y un electrocardiograma sin alteraciones patológicas. En el ecocardiograma Doppler, sobre el plano eje corto grandes vasos, se identificó mínimo flujo Doppler color sobre la pared del tronco de la arteria pulmonar (AP) a 4-5 mm del plano valvular (PV), que no parecía corresponder a un reflujo valvular pulmonar (Figura 1a y 1b, flecha).

Ante la sospecha de una anomalía vascular se solicitó una tomografía cardíaca que confirmó el hallazgo de una comunicación arterial o “fístula coronaria” compleja, con origen en el tercio distal del tronco de la coronaria izquierda (TCI) (Figura 2a, flecha), luego una anastomosis con una rama bronquial anómala (Figura 2a, punta de flecha) y, finalmente, el drenaje de ambas mediante un tronco común en la arteria pulmonar (Figura 2b, círculo). La fístula coronaria tiene una prevalencia de 0,7-1% en la población general, el trayecto coronario-pulmonar es el más frecuente, sólo 3% de los hallazgos corresponden a fístulas complejas. (1) Actualmente no hay un protocolo para su manejo clínico en deportistas; si está asintomático y sin evidencia de isquemia, se recomienda su seguimiento. (2)

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).

Consideraciones éticas

No aplican

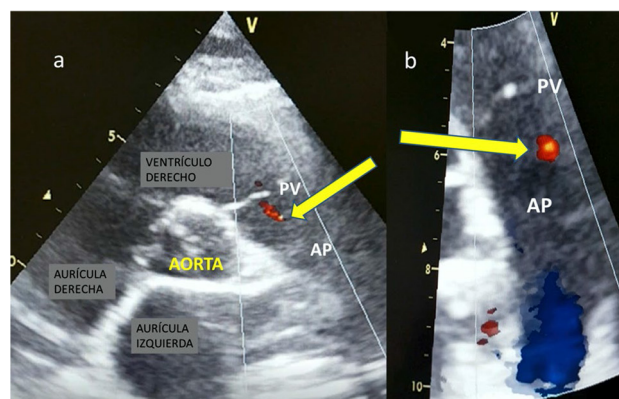


Fig. 1. Imagen de ecocardiograma Doppler color. Eje corto grandes vasos (a). La flecha señala un pequeño jet de flujo color sobre el tronco de la arteria pulmonar (AP), se destaca a 4 mm del plano valvular pulmonar (PV), no impresiona reflujo valvular (b).

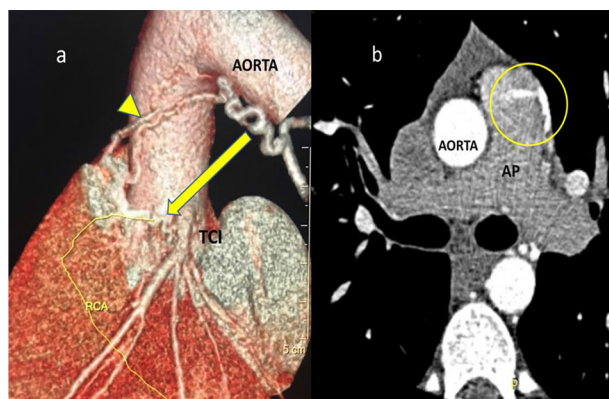


Fig. 2. Reconstrucción tridimensional de tomografía cardíaca (a). La flecha señala sobre el tronco distal (TCI) el origen de una fístula coronaria y luego, su anastomosis con una rama bronquial (punta de flecha). Corte tomográfico (b) donde se observa un jet de flujo sobre el tronco de la arteria pulmonar (AP) correspondiente a la desembocadura de la fístula.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lim JJ, Jung JI, Lee BY, Lee HG. Prevalence and types of coronary artery fistulas detected with coronary CT angiography. *AJR Am J Roentgenol* 2014;203:237-43. <http://dx.doi.org/10.2214/AJR.13.11613>
2. Canga Y, Ozcan KS, Emre A, Kul S, Guvenç TS, Durmusset G, et al. Coronary artery fistula: Review of 54 case from single center experience. *Cardiol J* 2012;19:278-86. <http://dx.doi.org/10.5603/cj.2012.0050>

REV ARGENT CARDIOL 2020;88:342. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v88.i4.18668>

Dirección para separatas: Gonzalo Díaz Babio - Von Wernicke 3031 (B1609JRA) San Isidro, Buenos Aires, Argentina - Tel: 54 11 4129-5500 - E-mail: gdiababio@gmail.com

¹ Sección de Cardiología del Deporte, ICSI-Sanatorio Las Lomas. Buenos Aires, Argentina

² Unidad de Imagen Cardíaca, Servicio de Cardiología, ICSI-Sanatorio Las Lomas. Buenos Aires, Argentina