

Tratamiento de fístula arterial coronaria iatrogénica

Management of iatrogenic coronary artery fistula

Paulo Duarte Araújo Leite Medeiros*, João Costa y Carlos Galvão Braga

Cardiology Department, Hospital de Braga, Braga, Portugal

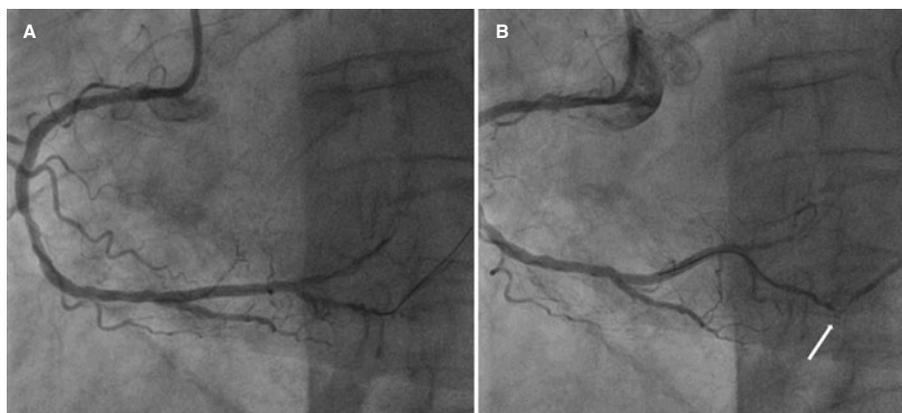


Figura 1.



Figura 2.

Describimos el caso de una mujer de 67 años con un cuadro inicial de infarto agudo de miocardio de cara anterior con elevación del segmento ST. La coronariografía de urgencia reveló la presencia de estenosis en los segmentos medios de la descendente anterior (DA) y coronaria derecha (CD) del 95 y 90%, respectivamente. Se llevó a cabo una intervención coronaria percutánea (ICP) en el segmento medio de la DA. Dos semanas después, se practicó una ICP electiva en el segmento medio de la CD: se avanzó la guía hidrofílica a través de la CD distal, se predilató la lesión con un balón de $2,25 \times 15$ mm, se implantó un *stent* liberador de zotarolimus de $3,0 \times 38$ mm y se posdilató con balones de $2,75 \times 12$ mm y $2,5 \times 8,0$ mm. Aunque la angioplastia tuvo éxito, se observó la presencia de extravasación de contraste contenida en una rama arterial posterolateral (figura 1A-B; vídeo 1 del material adicional). La ecocardiografía descartó la presencia de fuga pericárdica significativa. Una nueva coronariografía realizada a los 3 días confirmó la presencia de una perforación coronaria tipo III de Ellis con un tracto evidentemente fistuloso hacia el sistema venoso (figura 2; vídeo 2 del material adicional). Se avanzó un microcatéter

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: paulo.duarte.medeiros@gmail.com [P.D.A. Leite Medeiros].

Recibido el 27 de abril 2022. Aceptado el 17 de mayo de 2022. Online el 8 de julio de 2022.

2604-7306 / © 2022 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permyer Publications. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.

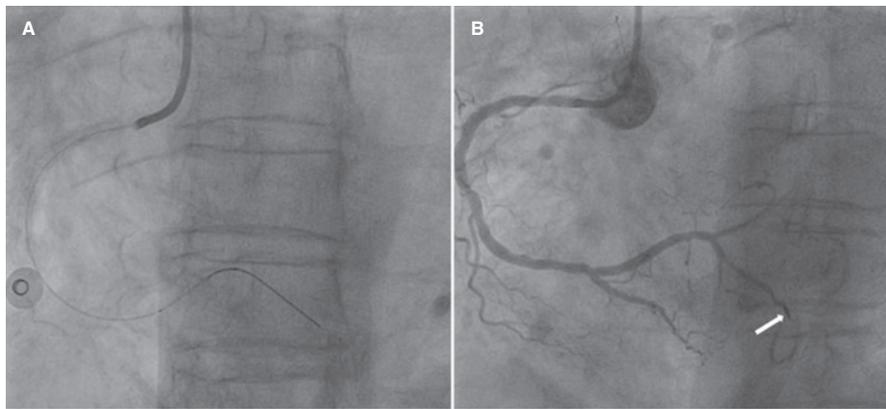


Figura 3.

Excelsior SL-10 (Stryker, Estados Unidos) en dirección al extremo proximal de la fístula (figura 3A) y se liberó un coil de 2 mm × 4 cm que ocluyó el vaso con éxito (figura 3B). No hubo complicaciones durante la hospitalización ni durante el seguimiento.

La perforación de las coronarias es una complicación rara de la ICP. La tasa de incidencia se sitúa entre el 0,1 y el 3,0%. Estas perforaciones pueden provocar complicaciones graves tales como taponamiento cardiaco o formación de fístulas arteriovenosas. Las fístulas iatrogénicas tienen un curso clínico variable que depende del tamaño y grado del *shunt* izquierda-derecha. Las guías de tratamiento no son muy claras a este respecto y las opciones descritas incluyen tratamiento conservador, percutáneo o quirúrgico. Se obtuvo el consentimiento informado y la autorización de la paciente para poder publicar las figuras y los vídeos.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

P.D.A. Leite Medeiros fue la encargada de analizar el caso clínico y elaborar el manuscrito. J. Costa y C. Galvão Braga realizaron la intervención coronaria y revisaron tanto el manuscrito como las figuras. Todos los autores aprobaron la versión definitiva del manuscrito.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

MATERIAL ADICIONAL



Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.24875/RECIC.M22000304>.