



3. Cardiopatías congénitas

3.1 Atresia del tronco coronario izquierdo en un paciente asintomático

Salinas-Casanova José Alfredo, Quintanilla-Gutiérrez Juan Alberto, Jiménez-Franco Vicente Alonso, Joya-Harrison Jorge Armando, Martínez-Ibarra Arturo Adrián, Jerjes-Sánchez Carlos
Instituto de Cardiología y Medicina Vascular - Tec. Salud - ITESM.

Presentación del caso: hombre de 55 años que acude asintomático con prueba de estrés en banda positiva para isquemia con elevación del segmento ST en aVR. Angiotomografía coronaria con oclusión total del tronco coronario izquierdo (TCI) con circulación de las arterias descendente anterior (ADA) y circunfleja (ACx) provista por la arteria coronaria derecha (ACD). **Resultado:** la angiografía

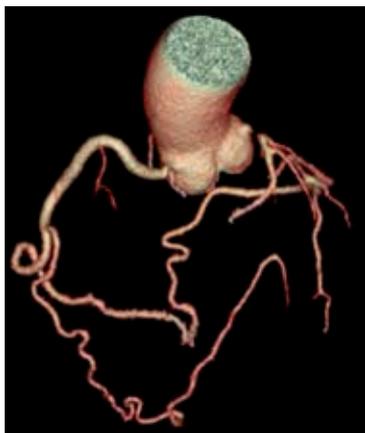


Figura 3.1.1:

Reconstrucción tridimensional de arterias coronarias con ausencia del tronco coronario izquierdo y presencia de arterias colaterales de la arteria coronaria derecha hacia las arterias descendente anterior y circunfleja.

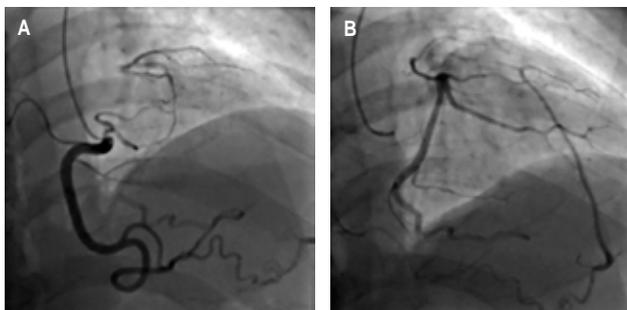


Figura 3.1.2: Angiografía coronaria con proyección craneal antero-posterior. **A)** Arteria coronaria derecha con circulación colateral desde la arteria coronaria hacia los segmentos proximales de las arterias descendente anterior y circunfleja. **B)** Arteria coronaria derecha con circulación colateral desde la arteria descendente posterior hacia los segmentos distales de la arteria descendente anterior, así como desde la arteria posterolateral hacia segmentos distales de la arteria circunfleja.

coronaria reveló atresia del TCI y circulación a la ADA y ACx por arterias colaterales de ACD con flujo Rentrop 3, sin enfermedad arterial coronaria. Se realiza cirugía con puentes aortocoronarios de arteria mamaria interna izquierda a ADA y vena safena reversa a ACx. Cursa sin complicaciones, acude asintomático al seguimiento (Figuras 3.1.1 y 3.1.2). **Análisis y conclusiones:** el tratamiento de la atresia del TCI no se describe en guías clínicas. En pacientes sintomáticos el tratamiento suele ser quirúrgico. En pacientes asintomáticos el tratamiento es incierto; sin embargo, por el riesgo de muerte súbita, cuando se demuestra isquemia, se puede considerar cirugía.

3.2. Una rara anomalía coronaria: origen de las 3 arterias coronarias del seno de Valsalva derecho. Reporte de caso

Rodríguez-Alvarado Juan Francisco, Aguilar-Pulido David Alfonso, Guzmán-Olea Juan, Guzmán-Olea Gabriel, Tolosa-Dzul Gonzalo
Instituto Mexicano del Seguro Social.

Presentación del caso: mujer de 62 años con HAS y dislipidemia como factores de riesgo. Hace un año con disnea. Se realizó ecocardiograma



Figura 3.2.1.

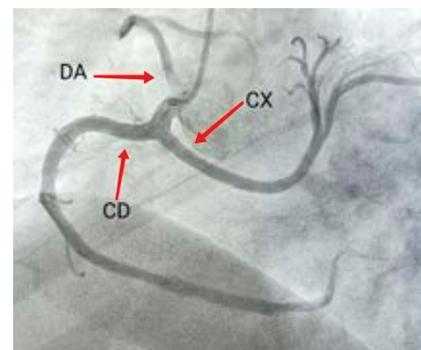


Figura 3.2.2.

de estrés con dobutamina, siendo positivo. Electrocardiograma con inversión de la onda T de V3-V6. La coronariografía muestra nacimiento anómalo del sistema izquierdo con origen de las tres arterias coronarias del seno de Valsalva derecho. **Resultado:** en este caso, se encontró una anomalía incidental de nacimiento de las arterias coronarias desde el seno de Valsalva derecho como único sistema, en un protocolo de estudio de inducción de isquemia donde no se evidenció la presencia de lesiones significativas que genere los síntomas comentados (*Figuras 3.2.1 y 3.2.2*). **Análisis y conclusiones:** el origen de la coronaria derecha que nace del seno de Valsalva izquierdo es más frecuente que el origen del sistema izquierdo del seno de Valsalva derecho. La mayoría de este tipo de anomalías son benignas y asintomáticas en alrededor de 80% de los casos y se descubren en hallazgos incidentales.

3.3. Abordaje escalonado para la reparación de cardiopatía congénita cianógena de flujo pulmonar disminuido

Cisneros-Galván HA, García-Dávalos I, Salazar-Lizárraga D, Márquez-González H, López-Gallegos D, Yáñez-Gutiérrez L
Instituto Mexicano del Seguro Social.

Reporte del caso: femenino de 13 años con antecedente de infecciones de vías aéreas superiores y soplo cardiaco, sin seguimiento. Ingresó con deterioro de la clase funcional; a la exploración física se auscultó soplo sistólico grado III/VI en mesocardio, además de soplo continuo en región subclavicular izquierda y en línea paravertebral derecha. Se realizó tomografía de tórax donde se reporta atresia del tronco de la arteria pulmonar con cabo ciego de 9.2 mm, además de arterias colaterales aortopulmonares mayores (*Figuras 3.3.1 y 3.3.2*) y cateterismo cardiaco en donde se evidencia colateral 1: emerge de arteria subclavia derecha posterior al nacimiento de carótida derecha, dando flujo colateral a lóbulo pulmonar medio derecho



Figura 3.3.1.



Figura 3.3.2.

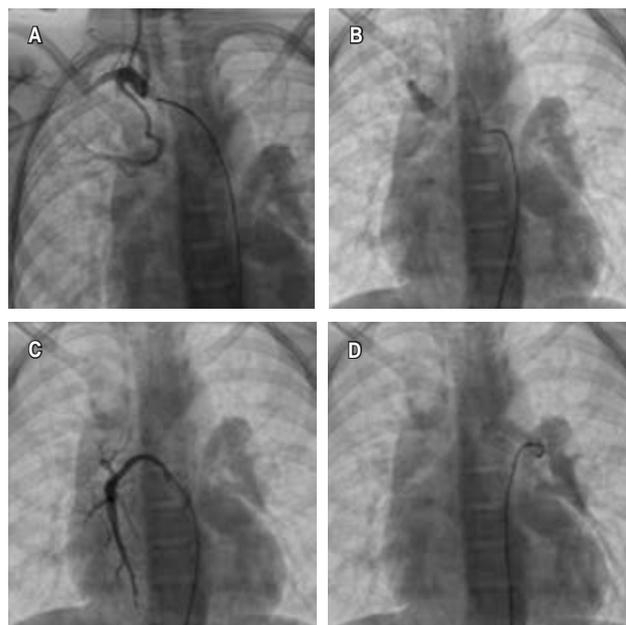


Figura 3.3.3.

(*Figura 3.3.A*). Colateral 2: emerge en aorta torácica descendente a nivel de séptima vértebra torácica, da flujo comunicante hacia lóbulo inferior derecho (*Figura 3.3.B*). Colateral 3: emerge de aorta torácica a nivel de quinta vértebra torácica, flujo comunicante hacia lóbulo pulmonar superior derecho, diámetro de 5 mm (*Figura 3.3.C*). Colateral 4: emerge a aorta torácica descendente a nivel de bronquio izquierdo, da flujo comunicante hacia lóbulo pulmonar inferior izquierdo (*Figura 3.3.D*), clasificación tipo B de Barbero Marcial. Se propuso cierre de colaterales aortopulmonares y en un segundo tiempo realización de cirugía de Rastelli. **Conclusiones:** la AP + CIV se caracteriza por la interrupción desde el VD hasta el territorio pulmonar, junto con una CIV. El manejo quirúrgico es complejo e individualizado teniendo en cuenta la morfología de la CIV, la procedencia del flujo pulmonar en cada uno de los segmentos pulmonares, la morfología y el tamaño de las arterias pulmonares y de las colaterales aortopulmonares. Los resultados de estudios recientes que intentan la corrección son alentadores y es razonable pensar que tales resultados irán mejorando gracias a los avances en las técnicas diagnósticas, quirúrgicas, perioperatorias e híbridas.

3.4. Enfermedad valvular aórtica y obesidad: un verdadero reto

Núñez-Cabrero Daniel
Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Presentación del caso: femenino de 43 años, antecedentes de HAS. Inició en mayo de 2018 con deterioro de clase funcional con disnea progresiva hasta ser de pequeños esfuerzos. EF: peso 140 kg, talla 154 cm, soplo mesotelesistólico, pulso *parvus et tardus* en foco aórtico irradiado a vasos de cuello, segundo ruido atenuado. ECOTT AVAo de 0.9, $V_{máx} \geq 5$ m/s, Δm 44 mmHg. **Resultado:** se deben mejorar los criterios para la toma de decisiones entre el *Hearth Team* entre TAVI y reemplazo valvular aórtico quirúrgico

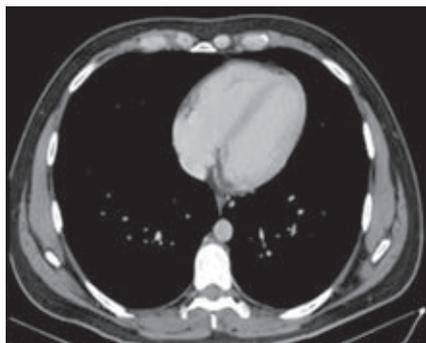


Figura 3.4.1.



Figura 3.4.2.

convencional o mínimamente invasivo para pacientes con obesidad y con ello una reducción del tiempo operatorio, la estancia en la unidad de cuidados intensivos, la duración de la estancia hospitalaria y las morbilidades (Figuras 3.4.1 y 3.4.2). **Análisis y conclusiones:** en México 70% de los mexicanos padece sobrepeso y casi una tercera parte sufre obesidad. La enfermedad de la válvula aórtica se encuentra en la confluencia de múltiples epidemias mundiales (envejecimiento, obesidad, diabetes y disfunción renal) y se espera que su prevalencia casi se triplique.

3.5. Elección de tratamiento en paciente con defecto septal intraatrial asociado a síndrome de Eisenmenger. Reporte de caso

Martínez-Zuluaga Gabriela, Huembes-Camacho Juan Antonio, Yamasaki-Ramos Yukiko Harumi
CMN «Manuel Ávila Camacho».

Presentación del caso: hombre de 37 años. Inició con disnea progresiva y ortopnea. EF: soplo sistólico pulmonar de hiperflujo III/VI, S2 con desdoblamiento fijo. EKG con BRDHH, crecimiento biauricular y sobrecarga sistólica biventricular. ECOTT reportó cardiopatía congénita tipo CIA OS de 29 × 42 × 35 mm, QP/QS 2.8. Cateterismo con PSAP 74 mmHg, PMAP 51 mmHg; QP/QS 2.8, RV 4.6 (Tabla 3.5.1). **Resultado:** hombre de la cuarta década, con defecto septal congénito que condicionó HAP severa, de acuerdo a las características descritas no es posible el tratamiento de mínima invasión (de elección en cardiopatías congénitas); sin embargo, los

Tabla 3.5.1: Cálculos hemodinámicos por cateterismo.

	Sat (%)				
TAP	84	QP	5.71 L/min	RTP	748 Din
VD	85	QS	5.38 L/min	RAP	386 Din
AD	87	QP/QS	1.06	RST	1,219 Din
VCS	73	QPE	3.38 L/min	URP	4.6 UW
AO	90	CCID	2.33	RP	0.62
VI	90	CCDI	2	RR	0.62
VPSI	100				

TAP = tronco de arteria pulmonar. VD = ventrículo derecho. AD = aurícula derecha. VCS = vena cava superior. AO = aorta. VI = ventrículo izquierdo. QP = flujo pulmonar. QS = flujo sistémico. QP/QS = relación flujo pulmonar/flujo sistémico. QPE = flujo efectivo. RST = resistencias sistémicas. RAP = resistencia arteria pulmonar. URP = unidades resistencias pulmonares.

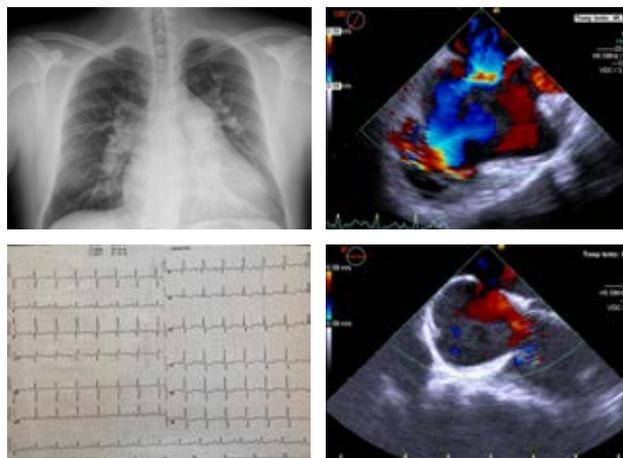


Figura 3.5.1.

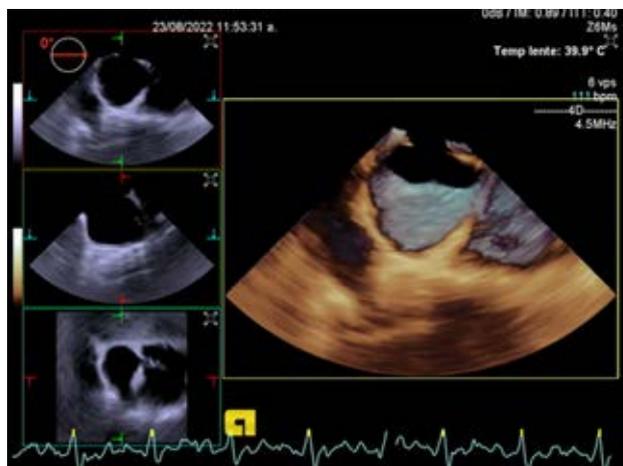
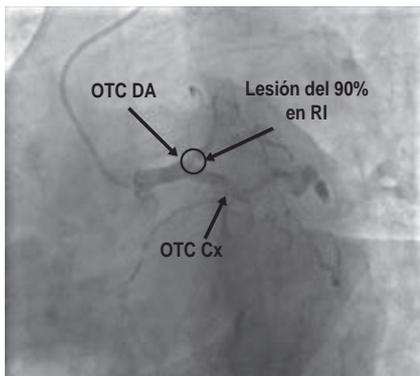


Figura 3.5.2.

Figura 3.6.1:

Angiografía coronaria que muestra oclusión total de la DA, Cx y lesión del 90% en RI. DA = arteria descendente anterior. Cx = arteria circunfleja. RI = ramo intermedio. OTC = oclusión total crónica.



cálculos hemodinámicos estiman RVP de 4.6 UW, por lo que se considera candidato a cierre quirúrgico con parche fenestrado (Figuras 3.5.1 y 3.5.2). **Análisis y conclusiones:** la CIA con HAP grave es poco frecuente < 5%. Es indispensable la medición invasiva de RVP en pacientes con datos de HAP. El cierre quirúrgico del defecto septal en pacientes con HAP severa se puede considerar cuando las RVP sean < 5 UW y cuando haya un cortocircuito relevante (QP/QS > 1.5).

3.6. Círculo arterial de Vieussens, puente entre la vida y la muerte

Torres-Pulido Abraham, Reyes-Ortega Antonio, Espinosa-González Patricia, Elizalde-Silva José Luis, Jiménez-Rodríguez Gian Manuel, Rojas-Velasco Gustavo
Instituto Nacional de Cardiología «Ignacio Chávez».

Presentación del caso: hombre de 48 años, IAM inferior no reperfundido en 2014, ICP a la DA proximal en 2018, en esta ocasión ingresó por angina inestable. Coronariografía: enfermedad trivascular y oclusión total crónica de DA (Figura 3.6.1), CD (Figura 3.6.2) y Cx, ramo intermedio (RI) con lesión del 90%, circulación colateral por círculo arterial de Vieussens de CD a DA. **Resultado:** esta arteria colateral es de vital importancia, ya que en presencia de oclusión proximal de la DA ésta otorga flujo distal (CD-->DA) y permite la supervivencia del paciente, de no existir, la oclusión bilateral podría ser mortal. El paciente se sometió a cirugía de revascularización coronaria con éxito, AMI a DA, radial a RI y hemoducto venoso a CD. **Análisis y conclusiones:** el círculo arterial de Vieussens (CAV) es una rama colateral entre la arteria del cono de la CD y la DA, gira alrededor de los grandes vasos en forma de anillo parcial. La relevancia clínica del CAV reside en que es fuente de flujo sanguíneo colateral en caso de oclusión de la DA.

Figura 3.6.2:

Angiografía coronaria que muestra el círculo arterial de Vieussens donde se otorga circulación colateral a la DA desde la CD. CD = arteria coronaria derecha. DA = arteria descendente anterior.

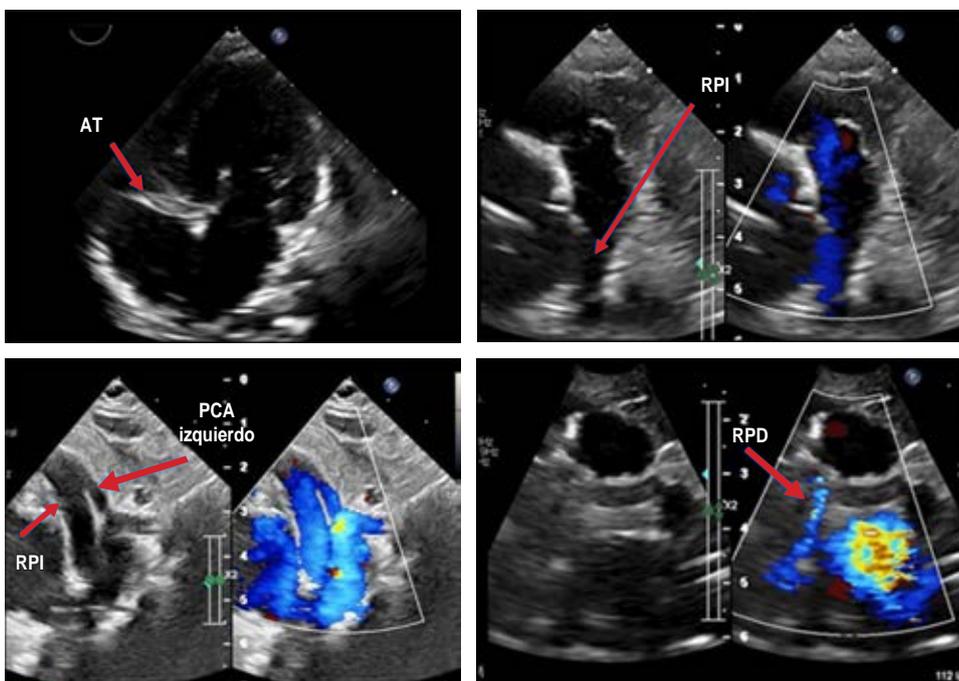
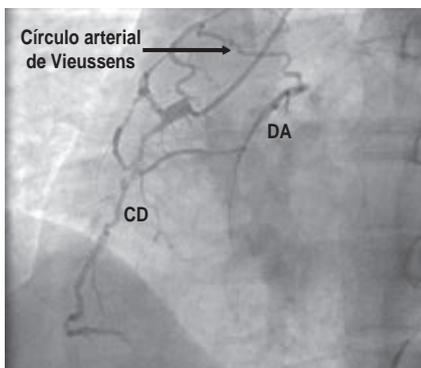


Figura 3.7.1:

3.7. Doble conducto arterioso con origen de la rama pulmonar derecha del conducto ipsilateral asociado con atresia tricuspídea

Coronel-Zárate Jéssica Paola, Sánchez-Cornelio Catalina, García-Montes José Antonio, Vázquez-Antona Clara
Instituto Nacional de Cardiología «Ignacio Chávez».

Presentación del caso: paciente femenino de un año de edad. Presentó a los seis meses de edad cianosis, fatiga y diaforesis a la alimentación. Exploración física saturación 83%, soplo sistólico grado II/IV en mesocardio, pulsos amplios en extremidades. Radiografía de tórax: cardiomegalia a expensas de cavidades izquierdas, hiperflujo pulmonar. **Resultado:** el cateterismo confirmó el diagnóstico y mostró ramas pulmonares no confluentes, dos conductos arteriosos, origen de la rama derecha de un conducto arterioso con estenosis que emergía del tronco braquiocéfálico izquierdo e hipertensión pulmonar. Se realizó angioplastia con *stent* Xience Alpine 3.5 × 18 mm en conducto derecho y cierre del izquierdo (Figuras 3.7.1 y 3.7.2). **Análisis y conclusiones:** el ecocardiograma es el estudio de imagen de primera elección para el diagnóstico de esta cardiopatía y sus anomalías asociadas, pero tiene limitaciones; el cateterismo cardiaco es complemento del diagnóstico y como tratamiento paliativo.

3.8. Fontan pulsátil. Oclusión percutánea de la arteria pulmonar en derivación cavopulmonar total

Villaverde-Espinosa Nancy, Sánchez-López Sheila, García-Dávalos Israel, Salazar-Lizárraga David, Márquez-González Horacio, Yáñez-Gutiérrez Lucelli
Hospital de Cardiología, CMN Siglo XXI.

Presentación del caso: masculino de seis años, atresia tricuspídea IB, FBTM ocluida, Glenn permeable, CIA no restrictiva, TAP permea-

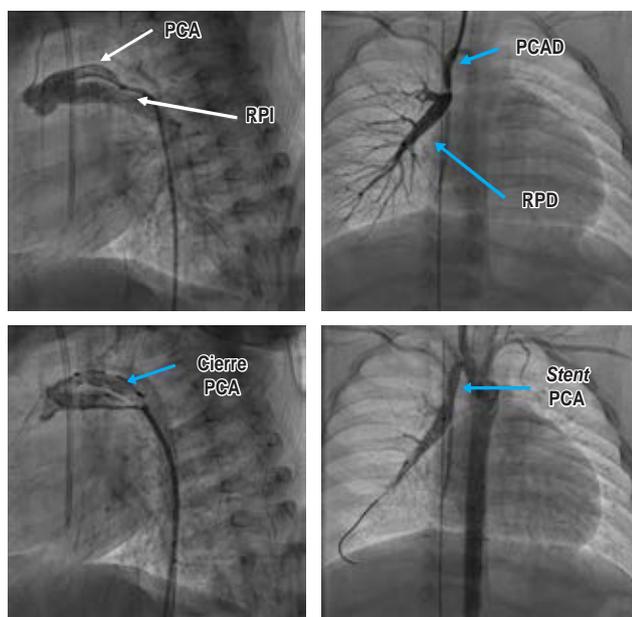


Figura 3.7.2.



Figura 3.8.1: A) Oclusión de flujo anterógrado de arteria pulmonar: angiografía del tronco de la arteria pulmonar con catéter pigtail, evidenciando permeabilidad de ventrículo derecho a tronco de arteria pulmonar. B) Test angiográfico demostrando oclusión de TAP (flecha) con dispositivo vascular plug 8 mm.

ble, colaterales aortopulmonares. Cierre percutáneo de colaterales. Se realizó Cirugía de Fontan con fibrosis importante del TAP, por lo que se decidió cierre diferido percutáneo. Evolución insidiosa postquirúrgica por hiperflujo en sistema Fontan. **Resultado:** se realizó oclusión de flujo anterógrado de TAP con dispositivo Vascular plug 8 mm. Posterior a oclusión con evidencia de resistencias vasculares pulmonares bajas, función sisto-diastólica ventricular preservada, defecto septal interatrial no restrictivo. Manteniendo adecuado funcionamiento de la fisiología univentricular (Figura 3.8.1). **Análisis y conclusiones:** en pacientes con DCPT, el flujo anterógrado residual por el TAP puede abolirse mediante cateterismo, reduciendo la precarga del ventrículo único y evitando una nueva cirugía. Al disminuir el flujo del sistema, las resistencias vasculares pulmonares bajan y existe mejoría de la función univentricular.

3.9. Conexión anómala parcial de venas pulmonares en asociación a comunicación interauricular tipo seno venoso

Arriaga-Torres Martín José Roberto, López-Pino Nancy Lizeth
UMAÉ Hospital de Cardiología CMN Siglo XXI.

Introducción: la conexión anómala parcial de venas pulmonares tiene una incidencia de 0.7% basado en series de autopsias. Se puede presentar de forma aislada o asociada a defectos del septo interatrial o a enfermedad congénita compleja. La forma más habitual es la conexión hacia la VCS y en menor proporción hacia la VCI, seno coronario, vena ácigos o aurícula derecha. La asociación con defecto septal interatrial condiciona *shunt* izquierda a derecha incrementando el flujo y presión en la vasculatura pulmonar, resultando en hipertensión pulmonar. **Presentación del caso:** hombre de 40 años, niega enfermedades crónicas, hospitalizado por disnea progresiva de grandes a medianos esfuerzos, ECOTT reporta CIA seno venoso de 41 mm, conexión anómala parcial de venas pulmonares, IT severa, QP:QS 10.4:1, FEVI 70%, se realiza cateterismo cardiaco (Figuras 3.9.1 y 3.9.2) y angio-TC de tórax (Figura 3.9.3) que corrobora conexión anómala de venas

pulmonares derechas, dilatación del tronco y ramas pulmonares. Posteriormente, cierre de CIA con parche, corrección de drenaje venoso anómalo e implante valvular tricuspídeo mecánico SJ 33 mm. **Material y métodos:** se estableció como punto de partida

Figura 3.9.1:

Cateterismo cardiaco derecho en donde se realiza canulación del drenaje venoso pulmonar anómalo.

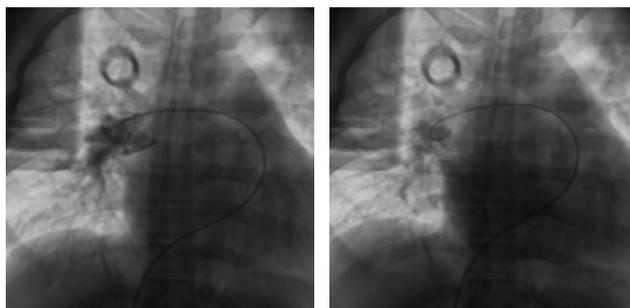


Figura 3.9.2: Cateterismo cardiaco derecho en donde se realiza inyección de contraste sobre la vasculatura pulmonar derecha con posterior llenado de contraste de la aurícula derecha.



Figura 3.9.3: Angio-TC de venas pulmonares en donde se observa drenaje venoso pulmonar hacia la aurícula derecha.

a la conexión anómala de venas pulmonares, partiendo desde su definición, clasificación, relevancia clínica, abordaje y diagnóstico. Usando para la búsqueda palabras clave como *partial anomalous pulmonary venous connection*. Se evaluaron artículos de revisión, reportes de caso y series de casos, estableciendo la relevancia de la información acorde a la revista y año de publicación. **Resultados y conclusiones:** los pacientes con drenaje pulmonar anómalo pueden permanecer asintomáticos hasta que presentan hipertensión pulmonar significativa. La decisión sobre el tratamiento quirúrgico depende de los síntomas, fracción de *shunt* e indicación concurrente de cirugía cardíaca. El retorno anómalo de una sola vena pulmonar no suele generar hipertensión pulmonar a menos que se acompañe de defectos interatriales que condicionen un *shunt* significativo de izquierda a derecha. Los pacientes con QP:QS > 2 pueden presentar inversión del cortocircuito, imposibilitando el tratamiento quirúrgico.

3.10. Intervención transcaterismo en síndrome de vena cava superior: reporte de 2 casos

Sánchez-Cortés Gerardo, Izaguirre-Guajardo Gerardo, González-González Raúl, Carrizales-Sepúlveda Edgar, Vázquez-Perales Guillermo
Hospital Universitario «Dr. José Eleuterio González».

Introducción: el síndrome de vena cava superior (SVCS) es causado por una obstrucción de este vaso sanguíneo, resultando en una disminución del retorno venoso de la región de la cabeza y cuello hacia el corazón. Una causa común es la presencia de una línea central (catéter venoso central, catéter central de inserción periférica, cánula de ECMO, etcétera). El uso de cateterismo ha disminuido la necesidad de intervención quirúrgica en pacientes pediátricos y se ha establecido como un tratamiento favorable para abordar este padecimiento. **Descripción de caso:** se presentan dos casos. Un paciente de siete años de edad con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda, que posterior a colocación de catéter venoso central (CVC) yugular presenta sintomatología compatible con SVCS con edema de cara y cuello y alteración del estado de alerta (*Figura*



Figura 3.10.1.

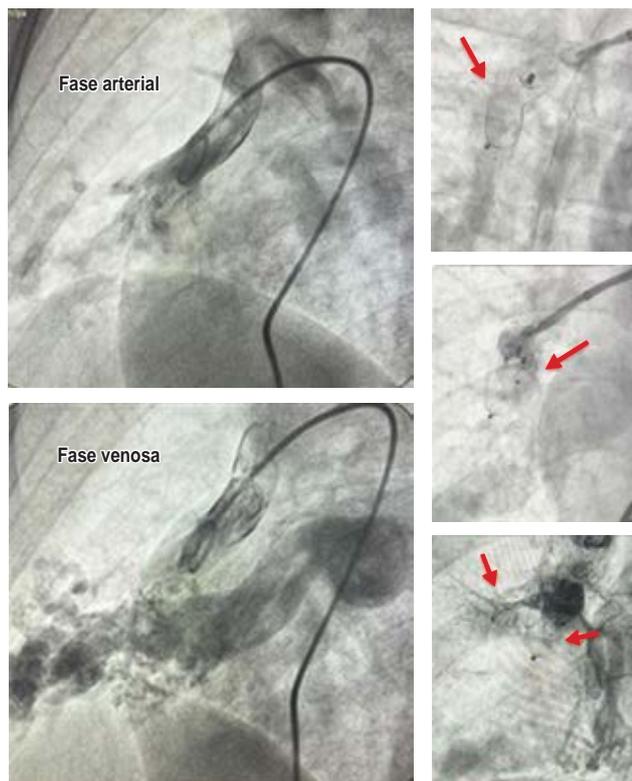


Figura 3.11.2.

y 3.12.2). **Análisis y conclusiones:** el término VD suicida se refiere al fenómeno de la obstrucción dinámica del tracto de salida del VD. Se ha observado una disminución significativa de la presión del VD tras la valvuloplastia pulmonar, incluyendo pacientes con presiones sistémicas y suprasistémicas del VD antes del procedimiento.

3.13. Evento vascular cerebral isquémico asociado a red de Chiari prominente, aneurisma del septum interauricular y foramen oval permeable

Borges-López Jesús Samuel, Rivera-Hermosillo Julio César, Arroyo-Martínez Esbeidira Arant, Vergara-Orduña Fernando Iván, Moreno-Cuevas Lizbeth, Olivares-Sánchez Luis Erik
Hospital General de México.

Presentación del caso: femenino de 72 años con antecedente de tres eventos vasculares cerebrales isquémicos. Se realizó como abordaje etiológico Doppler carotideo normal y Holter con ritmo sinusal alternado con flutter auricular. El ecocardiograma transesofágico evidenció foramen oval con paso de burbujas y red de Chiari, por lo que se colocó dispositivo de cierre. **Resultado:** la red de Chiari puede por sí sola ser fuente primaria de formación de trombos y embolismos, además de favorecer el atrapamiento de catéteres, la aparición de arritmias supraventriculares y el desarrollo de endocarditis bacteriana (Figura 3.13.1). **Análisis y conclusiones:** la red de Chiari es una estructura fina, móvil y fenestrada que se halla en 2-3% de la población. Dirige el flujo de la vena cava inferior hacia el septum interauricular, lo que favorece la persistencia

del foramen oval permeable (80%) y la formación de aneurismas a nivel del septo interauricular.

3.14. Arco aórtico interrumpido en adulto joven: reporte de caso

Melchor-Durán Nayeli J, Rodríguez-De la Torre Guillermo, Ramos-Aguas Diego, Magaña-González Rafael, Escalante-Contreras Alexis, Miranda-Aquino Tomás
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Presentación del caso: masculino de 25 años de edad, con diagnóstico de arco aórtico interrumpido tipo B, en ecocardiograma transtorácico y angio-TAC con comunicación interventricular, válvula pulmonar con insuficiencia severa, tronco de la pulmonar aneurismático (75 mm), arco aórtico sin flujo posterior a subclavija izquierda, fuera de tratamiento quirúrgico. **Resultado:** en los adultos es una entidad extremadamente rara, se describe un paciente que sobrevivió a la edad adulta, se cuenta con un par de casos reportados, importante considerar en casos de insuficiencia cardíaca inexplicable (Figura 3.14.1). **Análisis y conclusiones:** se reporta caso de interrupción de arco aórtico, por la rareza de la patología en mayores de 18 años, en revisión de la literatura se reporta aproximadamente que 97% de los recién nacidos con una cardiopatía congénita no crítica tienen una expectativa de vida de un año, sin cirugía el pronóstico es malo.

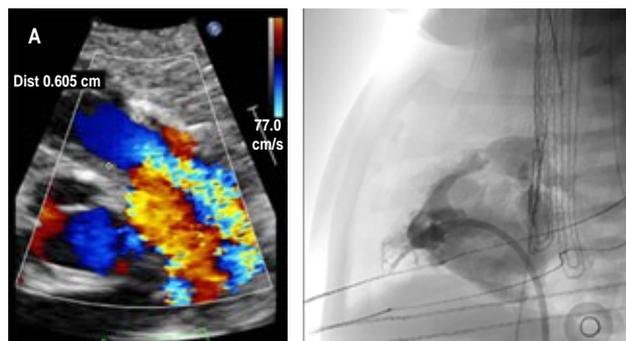


Figura 3.12.1: Ecocardiograma y angiografía previo a la valvuloplastia pulmonar.

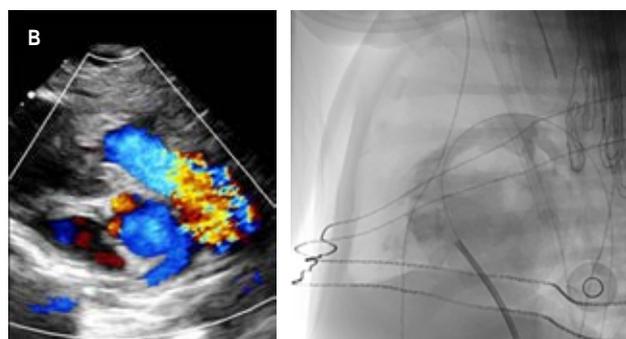


Figura 3.12.2: Ecocardiograma y angiografía posterior a la valvuloplastia pulmonar.

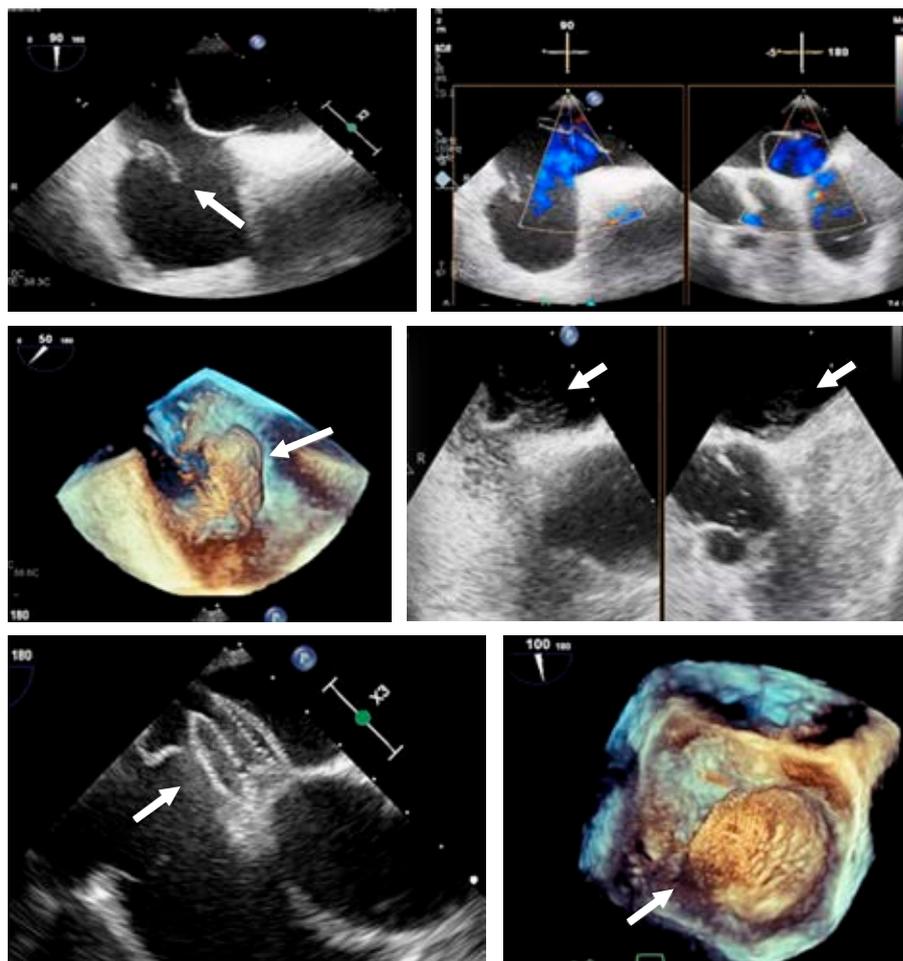


Figura 3.13.1.

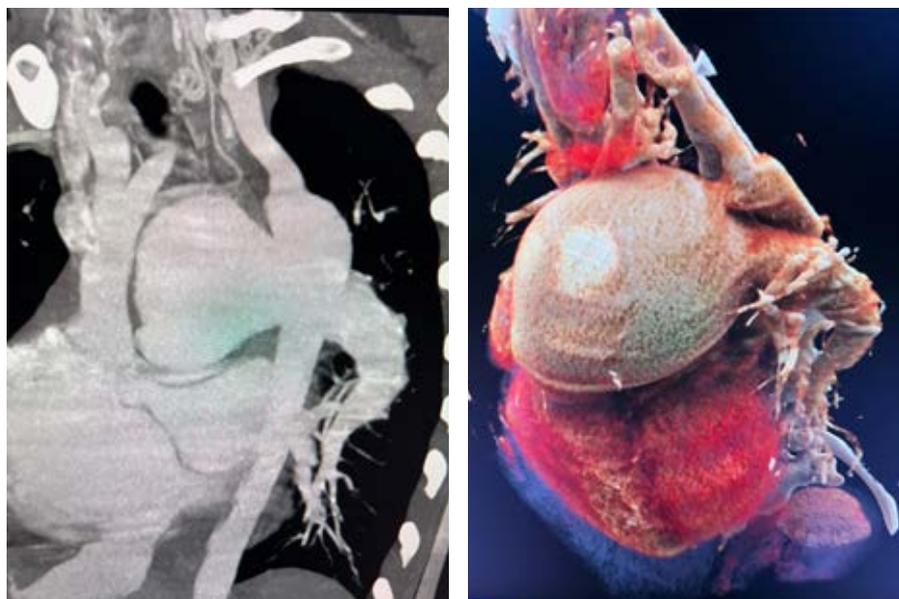


Figura 3.14.1.



Figura 3.15.1.

3.15. Fístulas coronarias múltiples como causa de infarto agudo al miocardio. Reporte de caso

Moreno-Servín-Meza Armando, López-Cuéllar Julio, Álvarez-Mosquera José Benito, Viveros-Rentería Eduardo, Borja-Miranda Monserrat, Berrios-Bárceñas Enrique Hospital Español.

Presentación del caso: masculino de 60 años. Ingresa refiriendo dolor torácico y síncope. Tras abordaje inicial se diagnostica SICACEST inferior con extensión posterior y derecha. Se realiza coronariografía sin obstrucciones significativas con drenaje de circunfleja y CD a arteria pulmonar. En angiogramografía coronaria se encuentran fístulas coronarias múltiples. **Resultados:** las fístulas coronarias deben considerarse como diagnóstico diferencial antes del dolor torácico. En presencia de sintomatología se recomienda tratamiento, ya sea farmacológico, percutáneo o quirúrgico, según el caso. La angiogramografía es una herramienta óptima para identificar morfología y curso de las fístulas, así como planeación de tratamiento (Figuras 3.15.1 y 3.15.2). **Análisis y conclusiones:** las fístulas de arterias coronarias son una comunicación anormal entre una arteria coronaria y una cámara cardiaca o un gran vaso. La mayoría de los pacientes son asintomáticos. Pueden presentarse con dolor anginoso, disnea y complicaciones como endocarditis o tamponade cardiaco.



Figura 3.15.2.

3.16. Arteria coronaria única, origen aórtico anómalo de coronaria izquierda en arteria coronaria derecha en paciente con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST: reporte de un caso

González-Jasso Jesús, Montero-Pola Yuyi, Monroy-Mérida Guadalupe, Carrillo-Calzontzi Juan IMSS.

Presentación del caso: femenino de 76 años, inicia con angina típica, electrocardiograma con cambios dinámicos en onda T,

Tabla 3.16.1: Ecocardiograma transtorácico.

Ventrículo izquierdo	Ventrículo derecho	Aurículas	Válvulas
Diámetro diastólico 51 Diámetro sistólico 39 Septum 12 Pared posterior 12 FEVI 45%, acinesia apical Presiones capilares pulmonares 14, gasto cardiaco 4.18, índice cardiaco 2.23	Diámetros 42 × 32 × 70 TAPSE 14 S de anillo tricuspídeo 8 Cambio de área fraccional 52%	Izquierda: diámetros 74 × 52, área 28.5, volumen indexado 61 Derecha: diámetros 61 × 48, área 22	Insuficiencia mitral severa vena contracta 1.0, radio de pisa 0.8 Insuficiencia tricuspídea severa GRT 47 Válvula aórtica sin insuficiencias Válvula pulmonar sin insuficiencias PSAP 53

Tabla 3.16.2: Coronariografía diagnóstica.

Tronco coronario izquierdo	Nacimiento anómalo desde coronaria derecha proximal, sin lesiones ateromatosas
Descendente anterior	Gensini I, sin lesiones ateromatosas, moderada tortuosidad y vasos distales delgados, flujo TIMI 2
Circunfleja	No dominante sin lesiones ateromatosas, flujo TIMI 2
Coronaria derecha	Sin lesiones ateromatosas, flujo TIMI 3
Conclusiones	Arterias coronarias sin lesiones ateromatosas obstructivas Nacimiento anómalo de circulación coronaria izquierda desde coronaria derecha proximal Ectasia coronaria Markis III

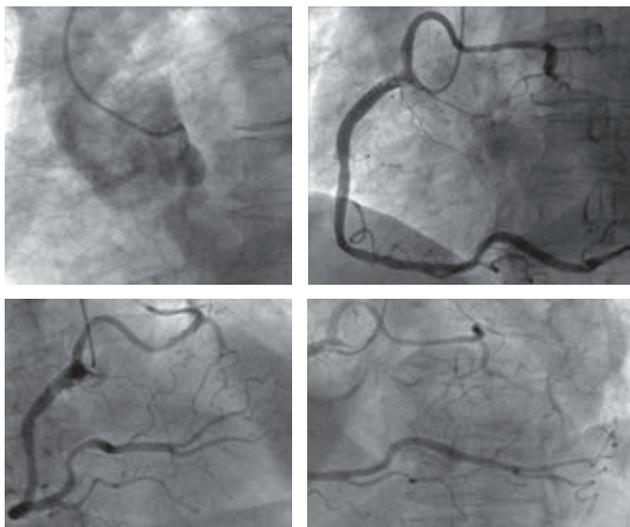


Figura 3.16.1.

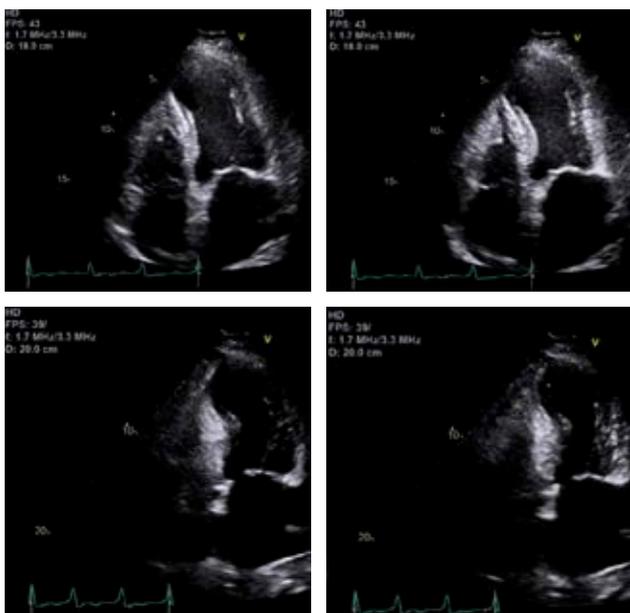


Figura 3.16.2.

biomarcadores de lesión miocárdica positivos, coronariografía con arterias coronarias epicárdicas sin lesiones significativas y nacimiento anómalo de tronco coronario izquierdo de segmento proximal de coronaria derecha, ECOTT con FEVI 45%, acinesia apical (Tablas 3.16.1 y 3.16.2). **Resultados:** la historia natural de pacientes con origen aórtico anómalo de arterias coronarias no tratados es incierta; es de vital importancia establecer el riesgo, determinando características clínicas, la trayectoria de la arteria anómala y su relación con la actividad física. Así como establecer la necesidad de tratamiento quirúrgico para modificar la supervivencia (Figuras 3.16.1 y 3.16.2).

Análisis y conclusiones: se describe reporte de caso de arteria coronaria única por origen anómalo de tronco coronario izquierdo en coronaria derecha, el cual dentro de las malformaciones de arterias coronarias es de las más inusuales. Debido a las presentaciones pueden ser potencialmente mortales, por lo que es vital la estratificación.

3.17. Aneurisma del seno de Valsalva roto hacia ventrículo derecho como complicación tardía de reparación quirúrgica de cardiopatía congénita

Díaz-Vivanco D, García-Dávalos I, Santiago-Hernández JA, Márquez-González H, Riera-Kinkel C, Yáñez-Gutiérrez L
 UMAE Hospital de Cardiología CMN Siglo XXI.

Presentación del caso: se presenta el caso de una paciente que se diagnosticó con estenosis subvalvular aórtica por una membrana subaórtica, se realizó resección de la misma y posteriormente se mantuvo en seguimiento; ecocardiograma de control reporta aneurisma del seno de Valsalva derecho, el cual presentó ruptura hacia ventrículo derecho, se protocolizó y se reparó. **Resultado:** en este caso fue necesario el implante de una prótesis aórtica, ya que al existir una CIV subpulmonar ocasionaba afección de la válvula aórtica (síndrome de Laubry), así como cierre del defecto interventricular de manera exitosa (Figuras 3.17.1 y 3.17.2). **Análisis y conclusiones:** la ruptura del seno de Valsalva es una urgencia cardiológica, ya que produce inestabilidad hemodinámica, para lo que es necesario un diagnóstico de manera oportuna para realizar la reparación urgente.

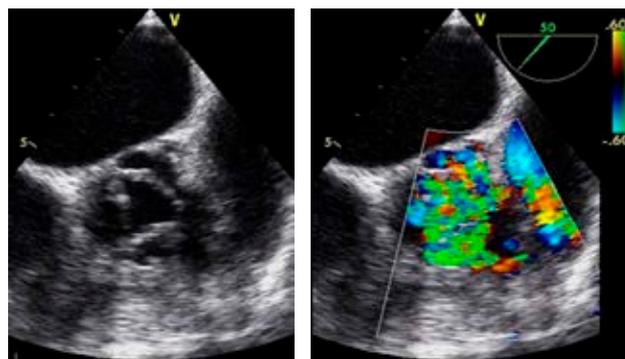


Figura 3.17.1.

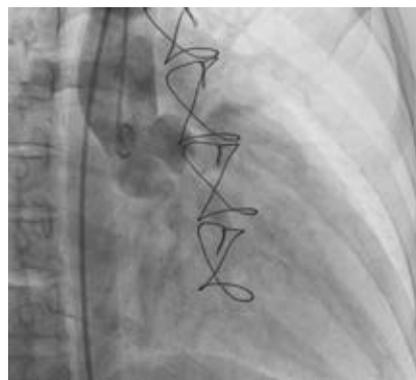


Figura 3.17.2.