

Isquemia en arteria coronaria derecha única

Ischemia in single right coronary artery

Celia Garilleti Cámara*, Aritz Gil Ongay y José M. de la Torre-Hernández

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España

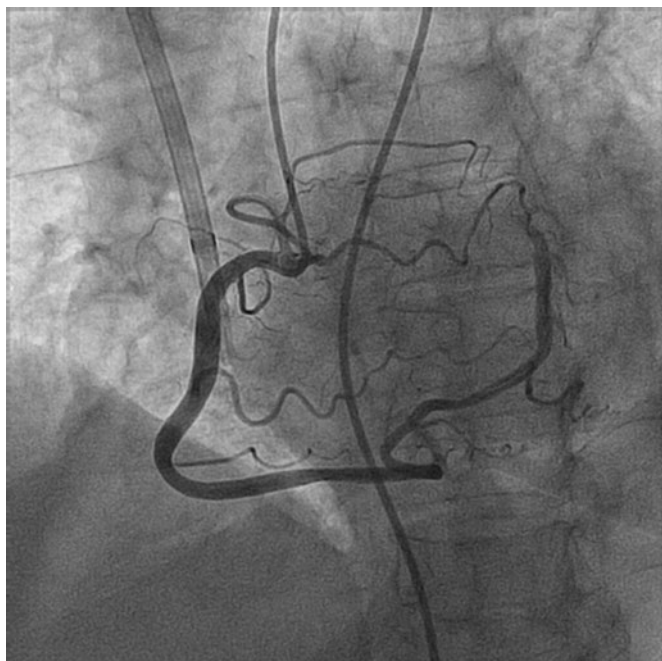


Figura 1.

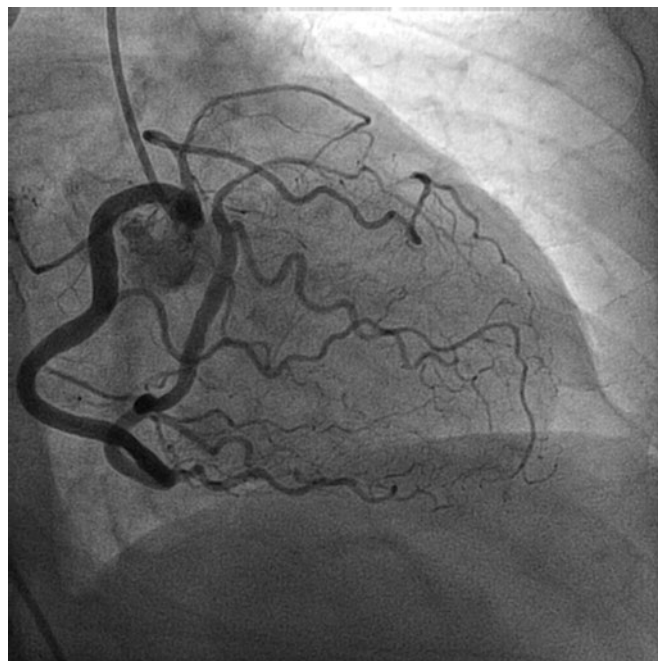


Figura 2.

Se presenta el caso de una mujer de 77 años, hipertensa, dislipémica y con enfermedad renal crónica en estadio V. Durante una sesión de hemodiálisis experimenta dolor precordial por fibrilación auricular paroxística con respuesta ventricular rápida. En el electrocardiograma se observa un descenso generalizado del segmento ST. La analítica revela una ligera elevación de la troponina I ultrasensible, que posteriormente muestra una curva de ascenso y descenso sugestiva de síndrome coronario agudo. Ante estos hallazgos, se indica coronariografía.

En la angiografía coronaria se encuentra una arteria coronaria derecha única (figura 1) que discurre por el surco auriculoventricular, generando ramas que perfunden todos los territorios miocárdicos de los ventrículos izquierdo y derecho (figura 2 y vídeo del material adicional).

La prevalencia de arteria coronaria única es del 0,024-0,066%; en concreto, la arteria coronaria derecha única es una de las variantes más infrecuentes.

En estos pacientes, el flujo debe atravesar un sistema con una larga secuencia de resistencias en serie. Con estos hallazgos, podría plantearse que la perfusión en los segmentos medioapicales se encontraría en una situación de isquemia «relativa» respecto al resto. Esto se acentuaría en situaciones de aumento de la demanda miocárdica, como en una taquiarritmia.

* Autor para correspondencia: Magallanes 40-42 2 C, 39007 Santander, Cantabria, España.
Correo electrónico: celia.garilleti@scsalud.es [C. Garilleti Cámara].

Recibido el 27 de julio de 2021. Aceptado el 14 de septiembre de 2021. Online: 02-11-2021.

Full English text available from: <https://www.recintervcardiol.org/en>.

2604-7306 / © 2021 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.

Aunque se han descrito casos de dolor torácico o angina en pacientes con esta anomalía que no presentaban aterosclerosis coronaria, es difícil establecer una relación causal entre el hallazgo angiográfico y la clínica. Tampoco se evaluó la microcirculación coronaria, por lo que el mecanismo fisiopatológico propuesto es especulativo.

Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente para publicar su caso.

FINANCIACIÓN

Este artículo no ha sido financiado.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

C. Garilleti y J.M. de la Torre-Hernández han elaborado el manuscrito. A. Gil Ongay ha revisado críticamente el contenido y ha dado la aprobación final.

CONFLICTO DE INTERESES

J.M. de la Torre-Hernández es editor jefe de *REC: Interventional Cardiology*; se ha seguido el procedimiento editorial establecido en la revista para garantizar la gestión imparcial del manuscrito. Sin conflicto de intereses por parte de los otros autores.

MATERIAL ADICIONAL



Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.24875/RECIC.M21000240>.