

Fístula arteriovenosa pulmonar como posible causa de infarto de miocardio

Pulmonary arteriovenous fistula as a possible cause for myocardial infarction

Inés María Cruz Valero^a, Antonio Carranza Pinel^{a,*}, Juan Caballero Borrego^b, José Manuel Soto Blanco^a y Raimundo García Del Moral Martín^a

^a Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España

^b Laboratorio de Hemodinámica, Cardiología, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España

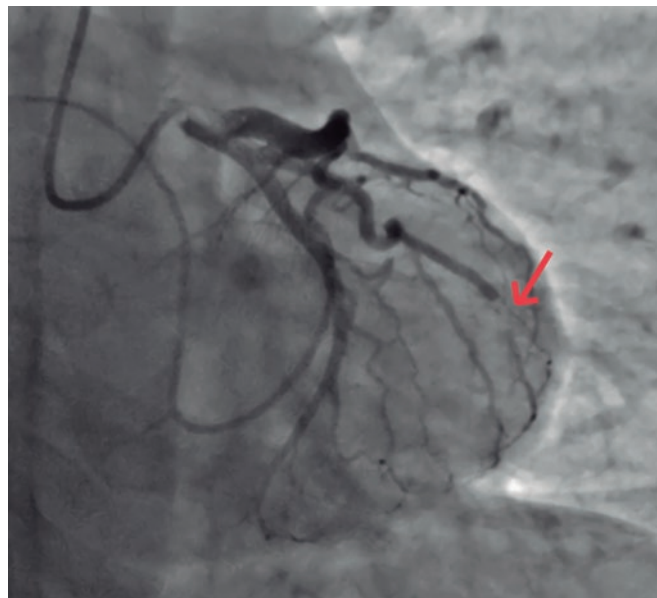


Figura 1.

Aunque la causa más común de embolia coronaria es la fibrilación auricular, no debemos olvidar que existen otras afecciones que, a pesar de su baja frecuencia, se deben descartar para establecer un tratamiento definitivo. Entre ellas se encuentran las malformaciones arteriovenosas, como en el caso que se presenta a continuación.

Una mujer de 36 años, con un síndrome de Rendu-Osler-Weber con epistaxis espontáneas recurrentes como único antecedente personal, acudió a urgencias por dolor centrotorácico opresivo, irradiado al miembro superior izquierdo y la espalda, acompañado de cortejo vegetativo. En el electrocardiograma se apreció una lesión subepicárdica en V2-3 que asociaba cifras de troponina ultrasensible con un pico máximo de 9.148 pg/ml.

Se realizó una coronariografía precoz que mostró el trombo en la bifurcación distal de la arteria circunfleja (figura 1, flecha).

* Autor para correspondencia: Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Avda. del Conocimiento s/n, 18016 Granada, España. Correo electrónico: antonio carranzapinel.ac@gmail.com [A. Carranza Pinel].

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

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M19000086>

2604-7306 / © 2019 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.

Cómo citar este artículo: Cruz Valero IM, et al. Fístula arteriovenosa pulmonar como posible causa de infarto de miocardio. *REC Interv Cardiol*. 2020. <https://doi.org/10.24875/RECIC.M19000086>

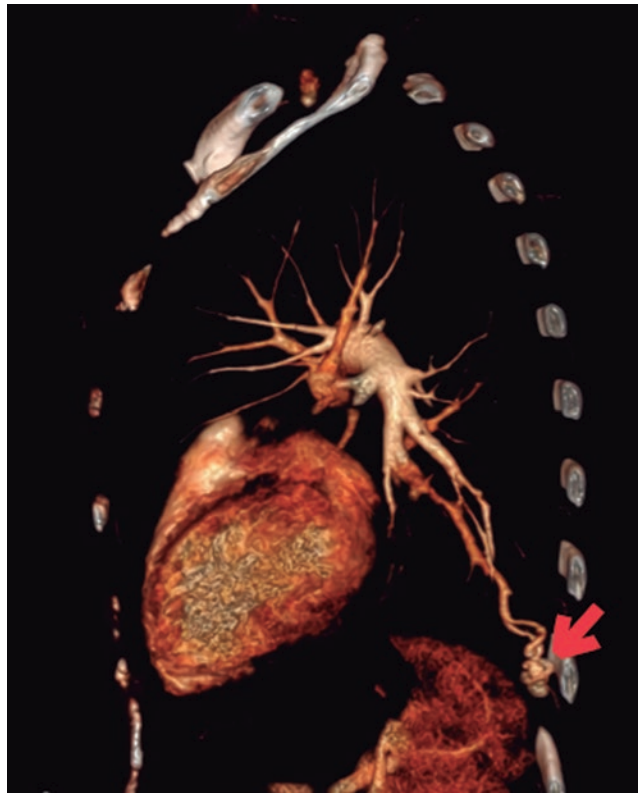


Figura 2.

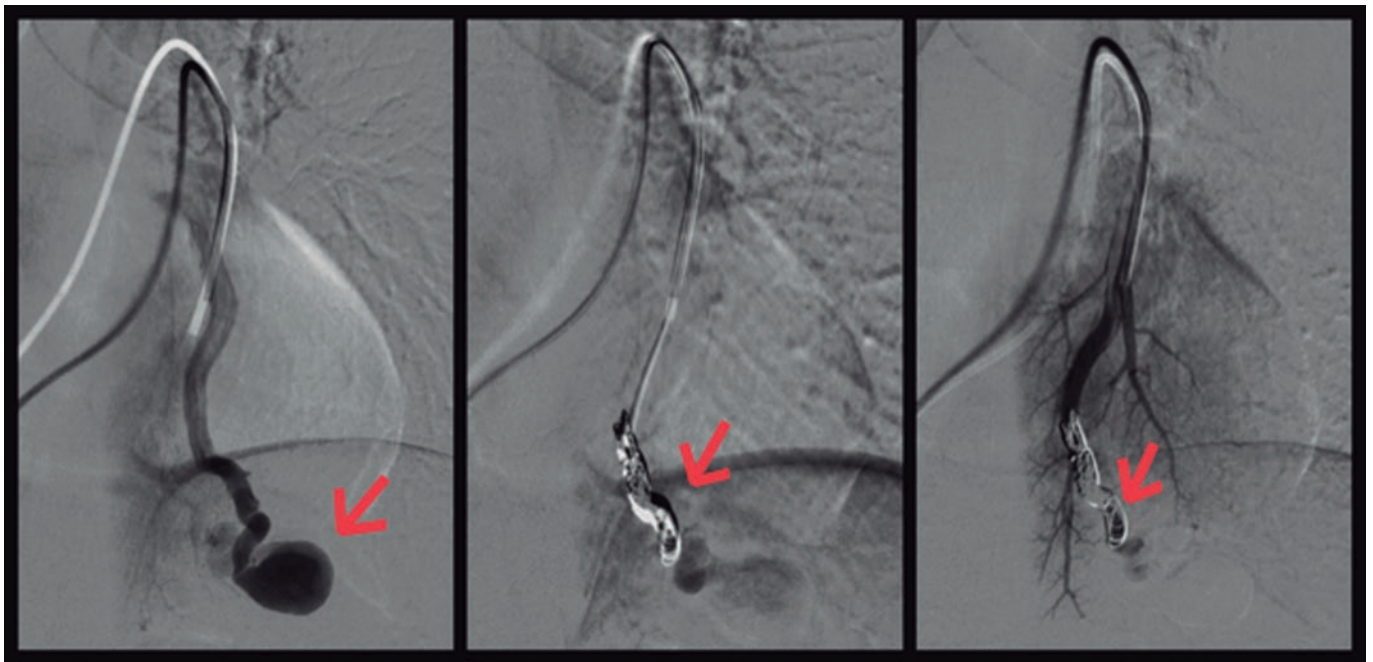


Figura 3.

Para descartar un foco embolígeno se completó el estudio con ecografía Doppler de miembros inferiores, en la que no se observaron signos de trombosis venosa profunda. Dado el antecedente sindrómico de la paciente, se realizó una angiotomografía de tórax en busca de fistulas arteriovenosas pulmonares, y se confirmó la presencia de 2: una dependiente del territorio pulmonar izquierdo en el segmento posterobasal (figura 2, flecha) y otra, de menor tamaño, en el segmento laterobasal homolateral.

El servicio de intervencionismo procedió al cierre de las fistulas mediante microcateterización selectiva de las arterias segmentarias aferentes a ellas y embolización con *coils* (figura 3, flechas).