

En el abordaje diagnóstico de esta patología, la radiografía presenta los hallazgos descriptos. El ecocardiograma Doppler puede confirmar el diagnóstico y, a su vez, sugerir la presencia de hipertensión arterial pulmonar. La angiogramografía de tórax permite visualizar el árbol pulmonar vascular en su totalidad, incluso los lechos distales; detectar arterias hiliares a través de imagen en cuña en venas pulmonares y la presencia de bronquiectasias. (5-6)

En cuanto a la asociación de AUAP y tromboembolismo pulmonar muy pocos casos han sido publicados en la literatura. Debe realizarse diagnóstico diferencial con TEP crónico cuando ocurre la amputación de las ramas principales por obstrucción trombótica.

Un pequeño grupo de pacientes con AUAP permanecen asintomáticos durante su vida. Esta patología debe sospecharse ante la presencia de infecciones respiratorias recurrentes, hemoptisis o hipertensión arterial pulmonar. Ante la evidencia angiográfica de arterias colaterales extensas o de gran calibre, como potencial causa de hipertensión pulmonar o sangrado, puede resultar beneficiosa su embolización. La detección precoz de la patología y el tratamiento de sus complicaciones puede reducir la morbimortalidad asociada. El diagnóstico diferencial con el tromboembolismo pulmonar crónico resulta importante por las implicancias terapéuticas.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web/Material suplementario).

Consideraciones éticas

No aplican.

Paula Boggio^{1,✉}, Franco Mátar^{1,✉},
Valentina Rodríguez¹, Andrea Astesiano^{1,✉},
Nicolás Renna^{1,✉}, Alfredo Astesiano¹

¹ Hospital Español de Mendoza. Unidad Coronaria
Paula Boggio - Hospital Español de Mendoza. Unidad Coronaria - Av. San Martín 965 - 5501 - Mendoza
- E-mail: boggiopaula@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

- Mohan V, Mohan B, Tandon R, Kumbkarni S, Chhabra ST, Aslam N, et al. Case report of isolated congenital absence of right pulmonary artery with collaterals from coronary circulation. *Indian Heart J* 2014;66:220-2. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2013.12.032>
- Zylak CJ, Eyler WR, Spizarny DL, Stone CH. Developmental lung anomalies in the adult: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 2002;22:25-43. https://doi.org/10.1148/radiographics.22.suppl_1.g02oc26s25
- Soliman A, Jelani A, Eid A, AlQaseer M. Myocardial infarction due to coronary steal caused by a congenital unilateral absence of the right pulmonary artery: A rare case. *BMJ Case Rep*. 2012;2012:bcr0420114108. <https://doi.org/10.1136/bcr.04.2011.4108>
- Pool PE, Vogel JH, Blount SG Jr. Congenital unilateral absence of a pulmonary artery. *Am J Cardiol* 1962;10:706-32. [https://doi.org/10.1016/0002-9149\(62\)90248-5](https://doi.org/10.1016/0002-9149(62)90248-5)

5. Ten Harkel AD, Blom NA, Ottenkamp J. Isolated unilateral absence of a pulmonary artery: a case report and review of the literature. *Chest* 2002;122:1471-7. <https://doi.org/10.1378/chest.122.4.1471>

6. Choe KO, Hong YK, Kim HJ, Joo SH, Cho BK, Chang BC, et al. The use of high-resolution computed tomography in the evaluation of pulmonary hemodynamics in patients with congenital heart disease: in pulmonary vessels larger than 1 mm in diameter. *Pediatr Cardiol* 2000;21:202-10. <https://doi.org/10.1007/s002460010040>

Rev Argent Cardiol 2022;90:382-383.

<http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v90.i5.20551>

Fibroelastoma papilar: un tumor benigno que puede provocar consecuencias devastadoras

Presentamos el caso de una mujer de 69 años, hipertensa, hipotiroidea y con artritis reumatoidea, bajo tratamiento con metotrexato. La paciente es traída directamente a Hemodinamia desde Emergencias, por un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST anterolateral, en Killip y Kimball IV. A su llegada, persiste con dolor en el centro del tórax, opresivo, irradiado a ambos brazos. Se encuentra hipotensa (tensión arterial 90/60 mmHg), con mala perfusión periférica a pesar de infusión continua de dobutamina a 5 mcg/kg/min. Además, presenta una saturación arterial de oxígeno en torno al 90% a pesar de mascarilla reservorio a 15 L/min, y en la auscultación pulmonar destacan crepitantes hasta campos medios. En el cateterismo se objetiva un tronco común de buen tamaño, ocluido en su porción distal por un trombo que deja una impronta convexa (Figura 1). Tras franquear la oclusión con un alambre guía y alojarlo en la arteria descendente anterior (DA), el vaso no recupera



Fig. 1. Cateterismo coronario, proyección oblicua anterior izquierda a 28°. Se objetiva un tronco común de buen tamaño, ocluido en su porción distal por un trombo que deja una impronta convexa, sin visualizarse ni la arteria descendente anterior ni la arteria circunfleja.

flujo, por lo que se realiza tromboaspiración manual con obtención de abundante material macroscópico y recuperación del flujo en la DA. Debido a la migración de trombo a la primera arteria obtusa marginal, se decide administrar un bolo y posteriormente una infusión continua de tirofiban, además de la carga de ácido acetil salicílico y prasugrel. A pesar de ello queda un flujo final TIMI 1 y abundante carga trombótica. Dado que la sospecha inicial es la etiología trombótica, se realiza imagen intracoronaria con tomografía de coherencia óptica (OCT), sin objetivarse lesión endotelial a ningún nivel.

La paciente es trasladada a la Unidad Coronaria, hemodinámicamente inestable, pero con mejor perfusión periférica, sin dolor torácico, y con buena evolución respiratoria. En el laboratorio destacan un filtrado glomerular de 57 mL/min/1,73 m², ionograma, hemograma y pruebas de coagulación normales, y una troponina T ultrasensible que inicialmente es de 23 ng/L y que alcanza un pico de 28041 ng/L. Se completa el estudio con un ecocardiograma transtorácico (ETT) que muestra una función del ventrículo izquierdo severamente deprimida, a expensas de una acinesia apical que se extiende a los segmentos medios del septo y práctica totalidad de las caras anterior y lateral. A pesar de no presentar valvulopatías significativas, en la cara ventricular del velo no coronario de la válvula aórtica se objetiva una imagen nodular sésil de 9 × 6 mm (Figura 2). También se administra suero agitado, con lo que se confirma la ausencia de paso de burbujas de derecha a izquierda.

Dada la mala evolución hemodinámica, con requerimiento de fármacos vasoactivos en aumento y la colocación de un balón de contrapulsación, se contacta con el centro de referencia de trasplante de nuestra zona para valoración del caso.

La embolia coronaria se considera un fenómeno infrecuente, probablemente infradiagnosticado, con una incidencia estimada del 0,06%. (1) La etiología más frecuentemente documentada es la endocarditis infecciosa (EI), seguida de la fibrilación auricular y la trombosis valvular protésica. Otras etiologías incluyen embolias

iatrogénicas, embolia paradójica, mixoma auricular y el fibroelastoma papilar. (1) En el caso de nuestra paciente, parecía improbable la EI, ya que previamente no había presentado fiebre, tampoco presentaba estigmas de endocarditis en la exploración física, y los parámetros infecciosos no estaban significativamente elevados al ingreso. No refería historia de palpitaciones, no era portadora de una prótesis valvular y tampoco había recibido una intervención médica reciente que justificase una embolia iatrogénica. En el ETT no se objetivó paso de burbujas de derecha a izquierda, y dadas las características y la localización de la masa, el fibroelastoma papilar (FP) parecía la etiología más probable de la embolia coronaria.

Los tumores cardiacos primarios son un hallazgo excepcional, habiéndose documentado en las autopsias una prevalencia del 0,01%. (2) El mixoma es el tumor cardiaco primario más frecuente, pero el tumor valvular más común es FP, un 15% de todos los tumores cardiacos. (2) En la mayoría de las series predominan en la edad adulta, con una edad media de detección de 60 años aproximadamente, y en el sexo masculino. (3) A pesar de que pueden asentar sobre cualquier estructura cardiaca, en torno al 77% se localizan sobre la superficie valvular, siendo la válvula aórtica la más frecuente. (3)

La mayoría de los FP son un hallazgo casual, pero puede haber un amplio abanico de síntomas, que dependerán de la localización, el tamaño, velocidad de crecimiento y tendencia a la embolización del tumor. (3) La forma de presentación más frecuente es la embolización cerebral, pero cuando se localizan en la válvula aórtica el infarto de miocardio y la muerte súbita son más frecuentes. (3) Se atribuyen estos eventos graves principalmente a dos mecanismos: oclusión del ostium coronario por la masa durante el movimiento de la válvula, o embolización de fragmentos del tumor a las arterias coronarias. (4)

El ETT es una herramienta útil para realizar una primera evaluación, pero puede no detectar hasta un tercio de los FP evidentes en el Ecocardiograma transesofágico (ETE), (5) por lo que, si la sospecha diagnóstica es alta, se debe completar el estudio con este estudio, que además puede localizar el punto de anclaje del mismo, para poder planificar el plan quirúrgico. (2) La imagen ecocardiográfica característica es una masa homogénea pedunculada pequeña (generalmente <20 mm), móvil, con un punteado alrededor de sus bordes. (2)

La decisión del manejo más adecuado del FP es compleja debido a la ausencia de ensayos clínicos controlados aleatorizados. (2) En la literatura publicada hasta el momento, hay consenso sobre la escisión quirúrgica si el paciente es sintomático, (5) ya que la cirugía es curativa y con un pronóstico posterior excelente, sin haberse documentado recidivas postquirúrgicas. (3) En casos de tumores móviles también se recomienda la cirugía, ya que la movilidad de la masa se considera un predictor de mortalidad y riesgo de embolismo. (2) Sin

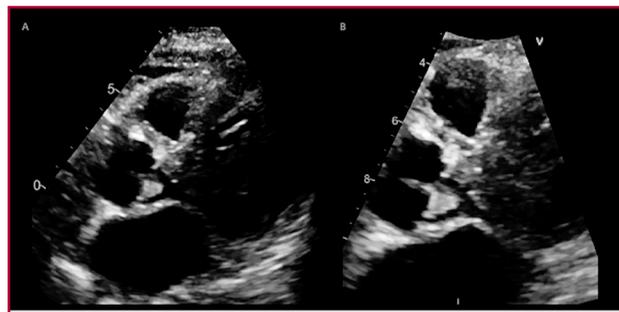


Fig. 2. ecocardiograma transtorácico. A: eje largo paraesternal, en la cara ventricular del velo no coronario de la válvula aórtica se objetiva una imagen nodular sésil de 9 × 6 mm. B: zoom sobre la imagen nodular.

embargo, en pacientes asintomáticos, con tumores no móviles, se podría realizar un seguimiento estrecho. (3)

A pesar de que el FP es un tumor benigno, dado su potencial de causar complicaciones fatales tanto cardíacas como extracardíacas, y la disponibilidad de tratamiento curativo, es un diagnóstico diferencial a tener en cuenta en infartos con arterias coronarias normales.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web/Material suplementario).

Consideraciones éticas

No aplican.

**Uxue Idiazabal Rodríguez^{1,✉}, Iñigo Pereiro Lili^{1,✉},
Ane Elorriaga Madariaga^{1,✉},
Rafael Martínez de Bourio Uriarte¹,
Paula María Mendoza Cuartero^{1,✉},
Jesús Roberto Sáez Moreno¹**

¹Hospital Universitario Basurto: Servicio de Cardiología. Unidad Coronaria. Osakidetza Uxue Idiazabal Rodríguez - Hospital Universitario Basurto. Servicio de Cardiología, Unidad Coronaria. Osakidetza - Avda. Montevideo 18 - 48013, Bilbao, España. E-mail: Uxue_278@hotmail.com.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lacey MJ, Raza S, Rehman H, Puri R, Bhatt DL, Kalra A. Coronary Embolism: A Systematic Review. *Cardiovasc Revasc Med* 2020;21:367-74. <https://doi.org/10.1016/j.carrev.2019.05.012>
2. Logan N, Islam MS, Chughthai JZ, Murphy NF. An atypical cause of myocardial infarction: case report of an obstructing papillary fibroelastoma of the aortic valve. *Eur Heart J Case Rep* 2019;3:ytz058. <https://doi.org/10.1093/ehjcr/ytz058>.
3. Gowda RM, Lhan IA, Nair CK, Mehta NJ, Vasavada BC, Sacchi TJ. Cardiac papillary fibroelastoma: A comprehensive analysis of 725 cases. *Am Heart J* 2003;146:404-10. [https://doi.org/10.1016/S0002-8703\(03\)00249-7](https://doi.org/10.1016/S0002-8703(03)00249-7).
4. Takada A, Saito K, Ro A, Tokudome S, Murai T. Papillary fibroelastoma of the aortic valve: a sudden death case of coronary embolism with myocardial infarction. *Forensic Sci Int* 2000;113:209-14. [https://doi.org/10.1016/s0379-0738\(00\)00207-3](https://doi.org/10.1016/s0379-0738(00)00207-3).
5. Yandrapalli S, Mehta B, Mondal P, Gupta T, Khattar P, Fallon J, et al. Cardiac papillary fibroelastoma: The need for a timely diagnosis. *World J Clin Cases* 2017; 5:9-13. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v5.i1.9>.

Rev Argent Cardiol 2022;90:383-385.
<http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v90.i5.20554>

Síndrome de robo coronario-subclavio: una causa no tan infrecuente de síndrome coronario agudo

Presentamos el caso de un paciente de 65 años, exfumador, con antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia, en tratamiento médico.

En junio de 2019 ingresó en nuestro centro por síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, Killip y Kimball I. En el cateterismo se objetivó enfer-

medad arterial severa de tronco común y 3 vasos, por lo que se derivó a cirugía para realización de triple *bypass* coronario (arteria mamaria izquierda a descendente anterior en tercio medio, arteria mamaria derecha con injerto en Y a primera obtusa marginal, y vena safena a descendente posterior). Al alta, persistía una disfunción leve del ventrículo izquierdo, por acinesia mediobasal e inferoposterior.

Dos años después, ingresó en nuestra unidad Coronaria por nuevo episodio de angina de reposo, con cambios electrocardiográficos y movilización de marcadores de daño miocárdico (troponina T ultrasensible 1148ng/mL). Se realizó ecocardiograma, donde se aprecia una mayor disfunción ventricular, con fracción de eyección del ventrículo izquierdo, FEVI, entre 30 y 35%, a expensas de acinesia de nueva aparición en la cara anterolateral. Se interpretó el cuadro como infarto de miocardio sin elevación de ST de alto riesgo. Dada la estabilidad hemodinámica y clínica, se realizó cateterismo preferente a las 24 h (Figura 1), en el que se confirmó la permeabilidad de los puentes aortocoronarios, sin nuevas lesiones en los lechos distales, pero en el que se objetivó una oclusión en el origen de la subclavia izquierda.

Se completó el estudio con tomografía axial computarizada -TAC- (Figura 2) y ecografía Doppler, que confirmó una oclusión completa en el origen de la arteria subclavia izquierda, con inversión en la dirección del flujo de la arteria vertebral izquierda, sugestivo de fenómeno de robo subclavio-vertebral, además del robo subclavio-coronario causante de isquemia miocárdica en nuestro paciente.

Los beneficios clínicos del uso de injerto de mamaria interna izquierda en la cirugía de revascularización coronaria están ampliamente estudiados, pero el síndrome de robo subclavio-coronario es una complicación infraestimada en estos pacientes. (1)

La prevalencia de estenosis de arteria subclavia es de 2% en la población general, y 7% en pacientes con enfermedad arterial periférica conocida (2), cifras que

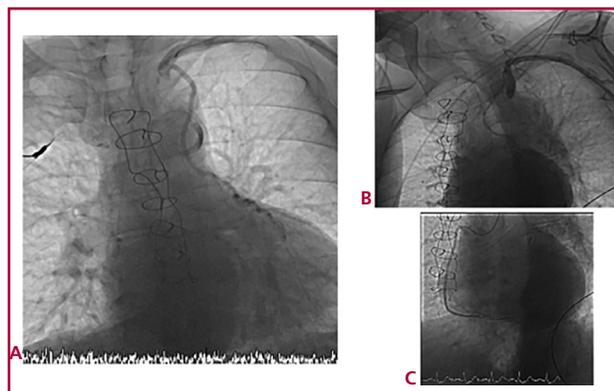


Fig. 1. Cateterismo preferente: Oclusión del origen de la subclavia izquierda (A y B); se objetiva un cese brusco del paso de contraste desde la subclavia a la aorta, tras su administración vía radial izquierda. Se aprecian los puentes de arteria mamaria interna izquierda a descendente anterior, mamaria derecha a obtusa marginal (A, B), y safena a interventricular posterior (C), permeables. Lechos distales sin lesiones.