



ORIGEN ANÓMALO DE LA ARTERIA CORONARIA DERECHA SIMULANDO UN SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

García-Valentín A, Hurlé A, Sandín M*, Montesino J, Bernabeu E, Candela G, Meseguer J.
 Servicios de Cirugía Cardíaca y Cardiología*
 Hospital General Universitario de Alicante

INTRODUCCIÓN. OBJETIVO. MÉTODOS:

El síndrome aórtico agudo continúa siendo una patología de difícil diagnóstico por diversas razones:

- El diagnóstico complejo por su infrecuencia, y debe ser confirmado con exploraciones complementarias.
- La baja calidad de las exploraciones complementarias puede generar falsos positivos y negativos.

Se expone un caso clínico en el que una concatenación de circunstancias adversas genera importantes dificultades diagnósticas que condicionan un falso positivo para síndrome aórtico agudo.

CASO CLÍNICO:

- Mujer de 71 años que acude a Urgencias por dolor torácico atípico e hipertensión arterial.
- El electrocardiograma y la analítica con seriación de marcadores de necrosis miocárdica no son sugestivos de síndrome coronario agudo.
- Sospecha diagnóstica de síndrome aórtico agudo. Se valora realizar TAC, pero no es posible debido a historia de alergia grave a contraste yodado.
- Se solicita resonancia magnética urgente, siendo imposible su realización por encontrarse en proceso de mantenimiento todos los aparatos de nuestra provincia esa noche.

Se realiza ecocardiografía transesofágica urgente, que muestra una imagen compatible con desgarro intimal limitado a aorta ascendente (Figura 1, flecha), sin apreciarse claramente disección de aorta. Ante la persistencia del dolor torácico y la hipertensión, y dado el perfil de bajo riesgo de la paciente se decide tratamiento quirúrgico urgente.

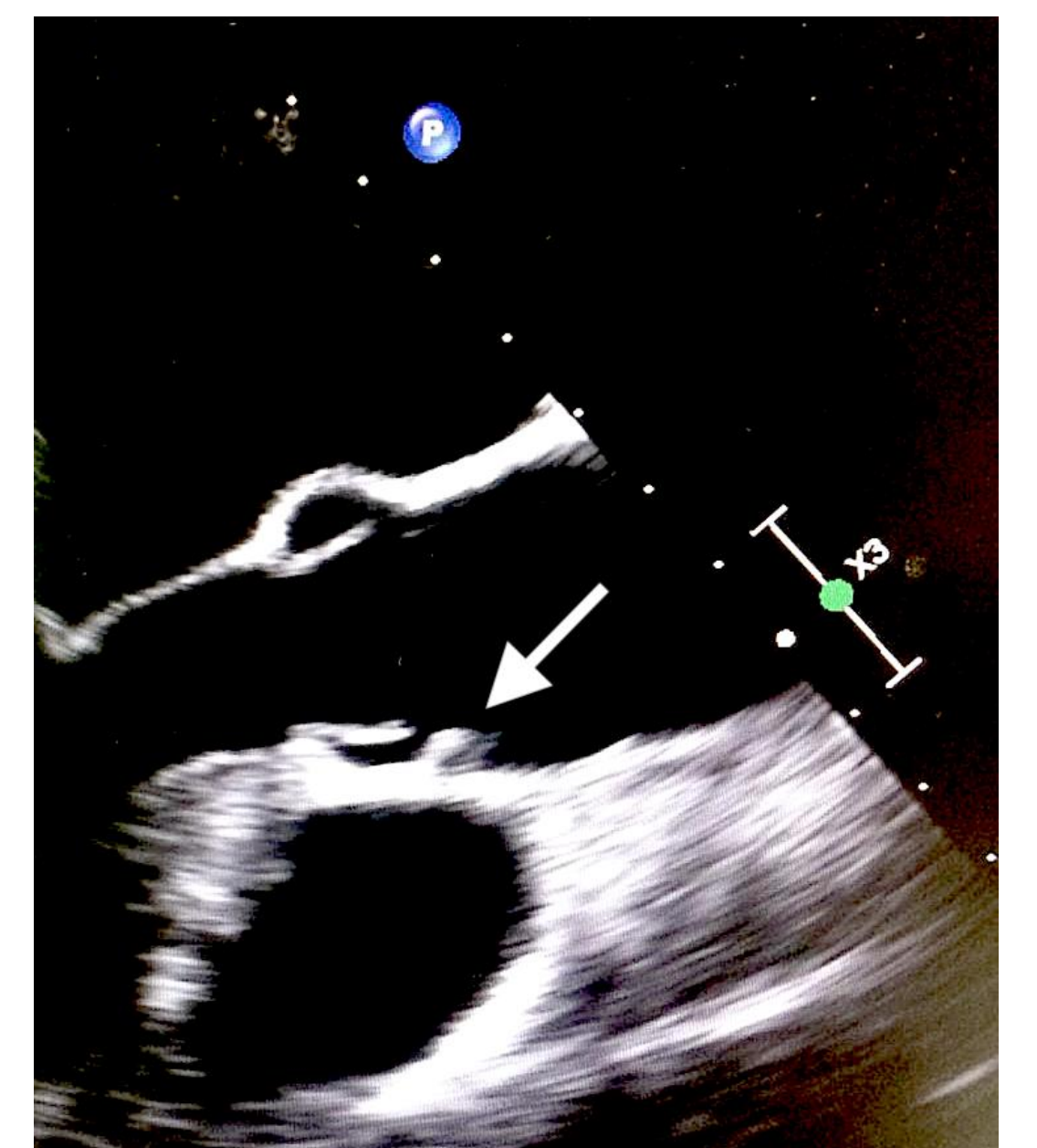


Figura 1

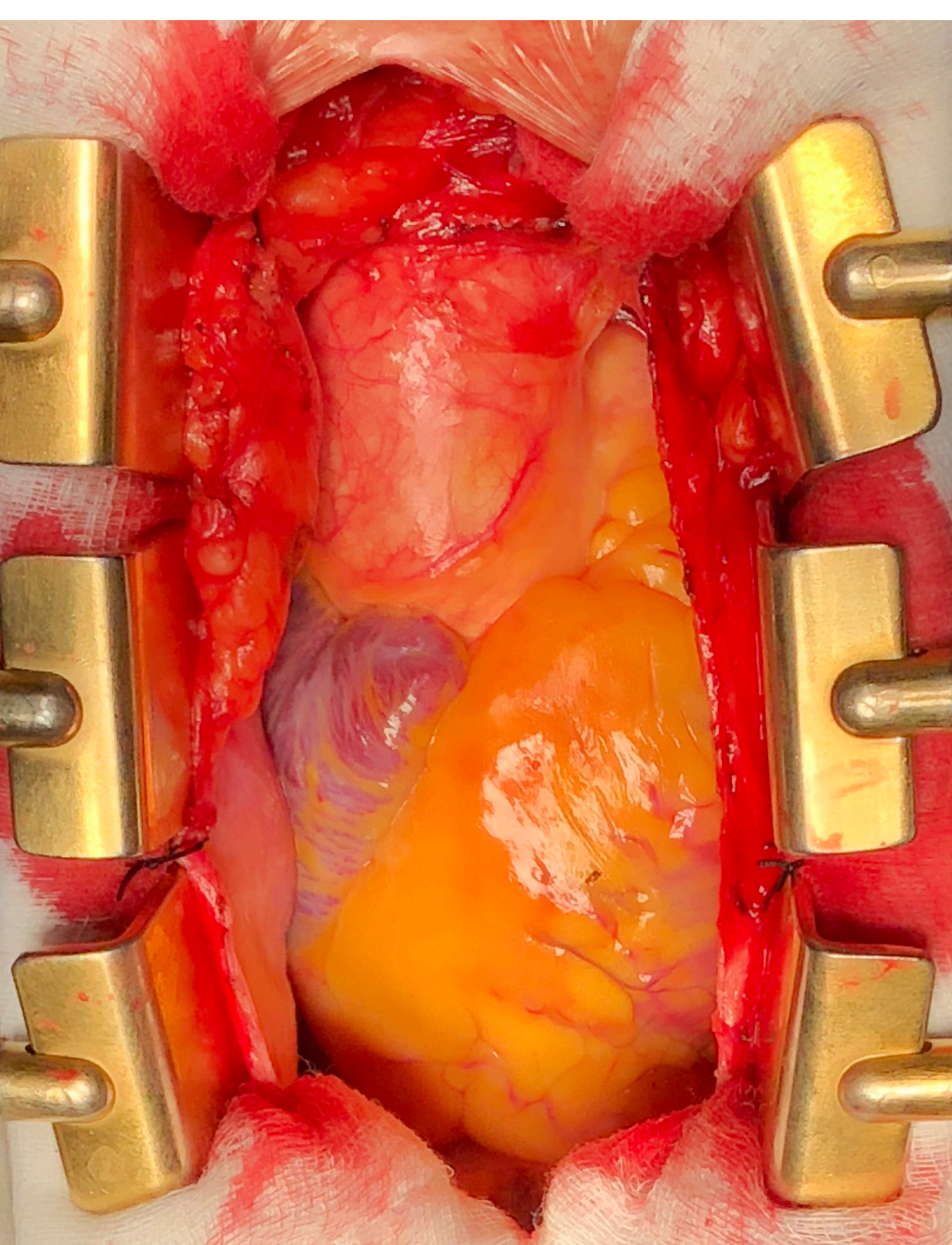


Figura 2

Durante la exploración quirúrgica no se hallan signos externos de disección de aorta (Figura 2), mostrando la aorta ascendente un aspecto normal. Se realiza una ecografía epiaórtica, que confirma la presencia de la imagen descrita en la ecocardiografía previa (Figura 3, flecha), y que sugiere la presencia de desgarro intimal localizado.

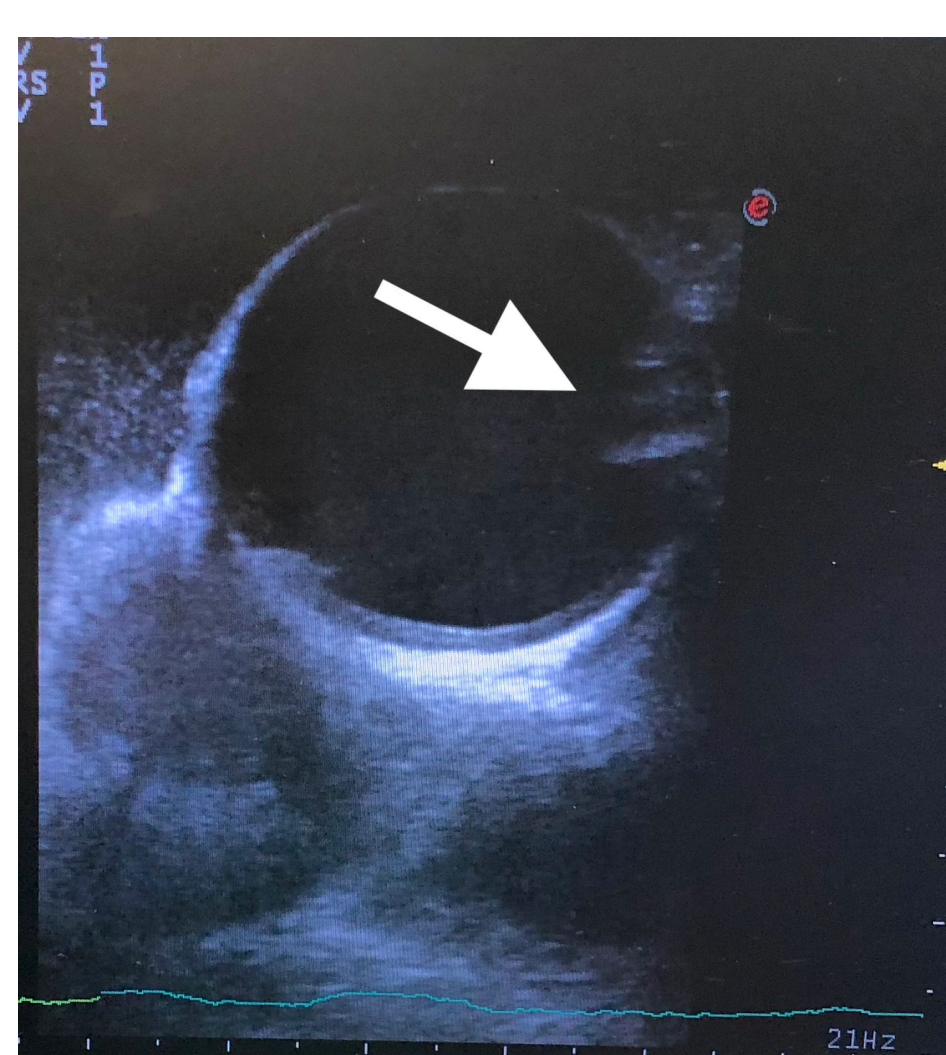


Figura 3

El hallazgo intraoperatorio es de origen anómalo de la arteria coronaria derecha con aspecto infundibular a nivel de la unión sinotubular (Figura 4) que simulaba un desgarro intimal en las exploraciones previas. Ante el riesgo de muerte súbita que supone esta patología, se realiza *unroofing* coronario (Figura 5), presentando la paciente una evolución postoperatoria satisfactoria y sin complicaciones.

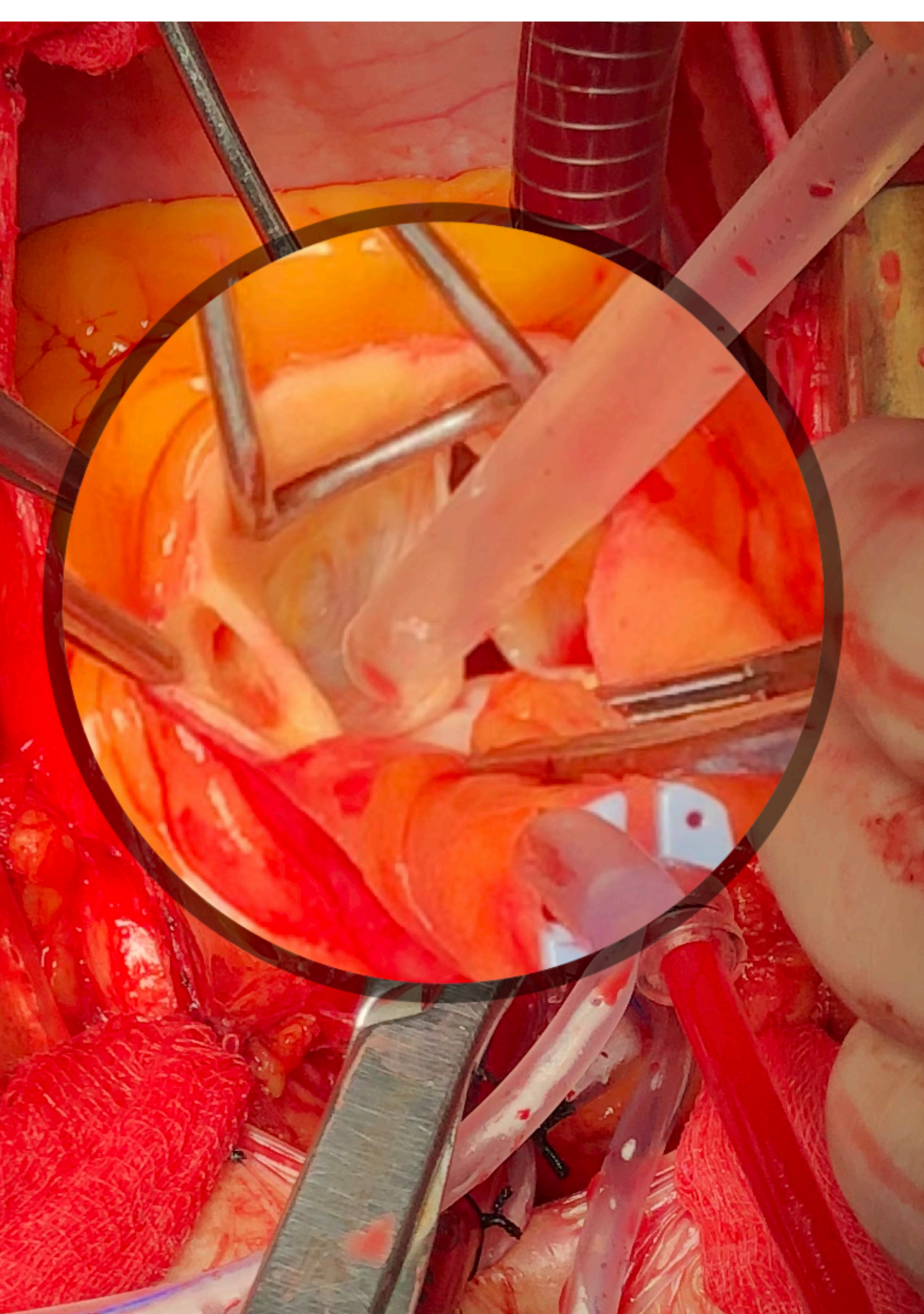


Figura 4

CONCLUSIONES:

- El diagnóstico de disección de aorta es complejo por baja su incidencia en comparación con las causas coronarias de dolor torácico, y requiere un alto nivel de sospecha.
- Las infrecuentes situaciones en las que no tenemos acceso a las pruebas de imágenes suponen un reto diagnóstico y de decisión.
- Aunque infrecuente, el origen anómalo de las arterias coronarias debe considerarse en el diagnóstico diferencial del síndrome aórtico sin imagen clara de disección.

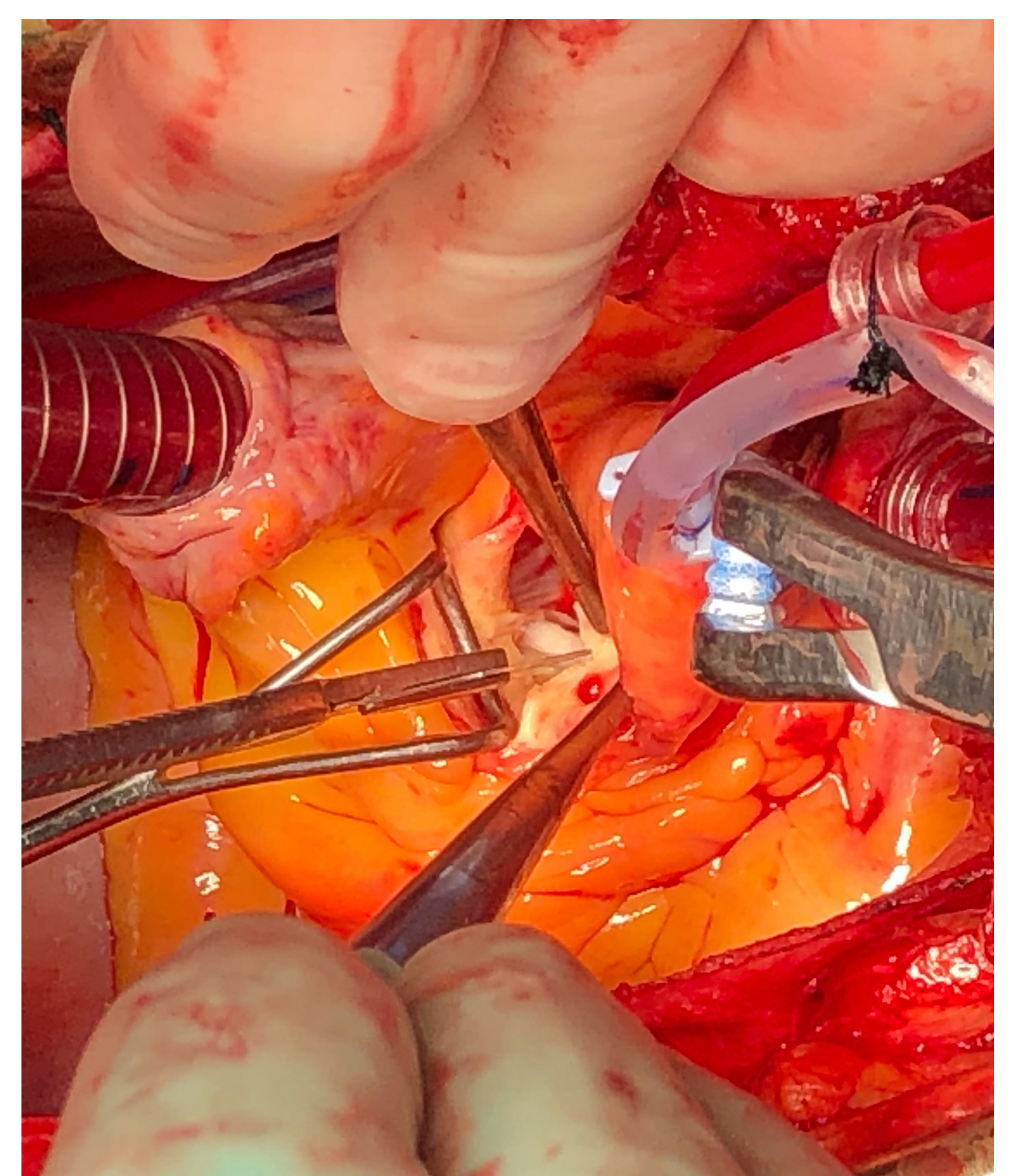


Figura 5