

## Origen anómalo de la arteria coronaria derecha

Fernando Wangüemert<sup>a</sup>, José A. Cabrera<sup>b</sup> y Alfonso Medina<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cardiología. Hospital General de Gran Canaria Doctor Negrín. Universidad de Las Palmas.

<sup>b</sup>Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

### CASO CLÍNICO

Paciente varón de 20 años de edad, fumador, sin otros antecedentes personales de interés, remitido a nuestro hospital para estudio de palpitaciones y disnea que aparecían en relación con los esfuerzos físicos. En un estudio Holter se habían documentado varios episodios de taquicardia rítmica, con QRS ancho.

El electrocardiograma basal demostraba ritmo sinusal con una onda Q en II, III y aVF, y ondas T negativas desde V<sub>4</sub> a V<sub>6</sub>.

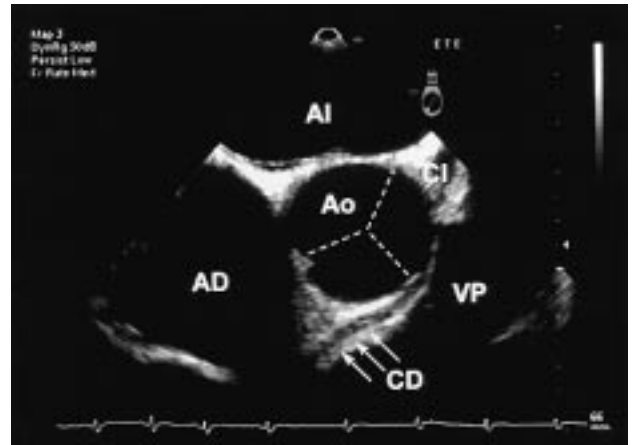
En el ecocardiograma transtorácico se objetivó una disfunción sistólica global severa del ventrículo izquierdo más marcada en la región posterobasal. Se realizó un ecocardiograma transesofágico, en el que se observaba que la arteria coronaria derecha tenía el ostium en el seno de Valsalva izquierdo de la válvula aórtica, con un origen independiente de la coronaria izquierda y un trayecto proximal retropulmonar (fig. 1).

En el estudio angiográfico se confirmó la existencia de disfunción ventricular izquierda severa, con una fracción de eyección del 32%. La coronariografía demostró el origen anómalo de la arteria coronaria derecha desde el seno de Valsalva izquierdo en un ostium independiente, sin presentar lesiones obstructivas (fig. 2).

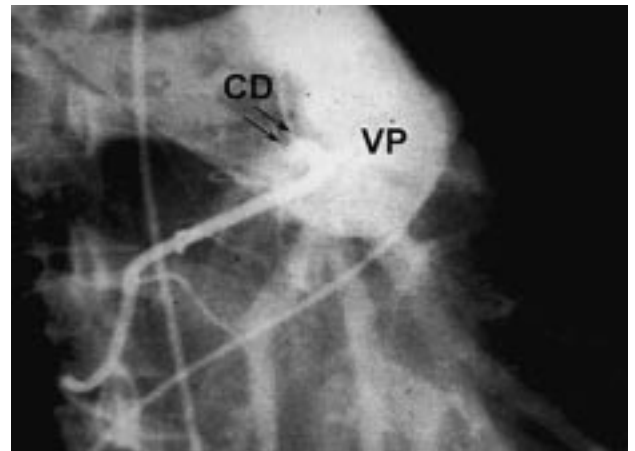
Posteriormente, la realización de un ecocardiograma con infusión de dobutamina no puso de manifiesto cambios en la contractilidad de los segmentos disfuncionantes.

Se decidió entonces la realización de un estudio electrofisiológico, en el que se indujo de forma reproducible taquicardia ventricular sostenida, con hasta tres morfologías diferentes y mala tolerancia clínica y hemodinámica.

Ante los hallazgos se implantó un desfibrilador automático, y se inició tratamiento médico. El paciente se encuentra estable en la actualidad.



**Fig. 1.** Ecocardiograma transesofágico. Se observa el origen anómalo de la coronaria derecha desde el seno de Valsalva izquierdo, con un trayecto inicial retropulmonar. AD: aurícula derecha; AI: aurícula izquierda; Ao: aorta; CD: coronaria derecha; CI: coronaria izquierda; VP: válvula pulmonar.



**Fig. 2.** Coronariografía derecha en proyección oblicua anterior derecha. Se realizó una arteriografía pulmonar simultánea, observándose el trayecto anómalo de la porción proximal de la coronaria derecha. CD: coronaria derecha; VP: válvula pulmonar.

Correspondencia: Dr. F. Wangüemert.  
Servicio de Cardiología. Hospital General de Gran Canaria Dr. Negrín.  
Barranco de la Ballena, s/n. 35020 Las Palmas de Gran Canaria.  
Correo electrónico: fwanguemert@nexo.es