

## 60. Tres caminos conducen a Roma

Olguiñ Grandez Culqui<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Nacional Luis N. Saenz PNP.

### Resumen

**Historia clínica:** varón, 53 años, antecedente de hipertensión arterial, padre fallecido por infarto de miocardio a los 50 años. Ingresa a emergencia por palpitaciones asociadas a dolor torácico, acompañándose con inestabilidad hemodinámica, evidenciando al monitor fibrilación atrial con respuesta alta indicando cardioversión eléctrica, revirtiendo a ritmo sinusal. PA 80/40 mmHg. FC 148 lpm. FR 28 rpm. St O<sub>2</sub> 89% cardiovascular: ruidos cardíacos arrítmicos, no soplos, sin IY. Pleuropulmonar: normal

**Pruebas complementarias:** Holter: ritmo sinusal de base alterante con patrón Wolff-Parkinson-White, ectopías supraventriculares de moderada intensidad. Ergometría negativa para isquemia al 85%, capacidad funcional I. Estudio electrofisiológico: vía accesoria anterolateral izquierda con ablación por radiofrecuencia. Ecocardiografía: FEVI normal, disfunción diastólica VI tipo 1, válvulas competentes, motilidad preservada strain longitudinal global 2d disminuido de -10% segmento inferolateral mediobasal. Angiotomografía coronaria: score de calcio cero, origen anómalo de coronaria derecha en el seno contralateral, trayecto interarterial placa no calcificada con estenosis cercana al 70% en región proximal de descendente anterior. Perfusion/estrés con adenosina 140  $\mu$ g/kg/min evidencia defecto de perfusión en segmento inferoseptal, septal anterior mediobasal e inferolateral medial. SPECT: defecto fijo en segmento inferolateral mediobasal del 15%. Angiografía coronaria: origen anormal de coronaria derecha en el seno contralateral con trayecto interarterial con ateromatosis significativa del 80% en región proximal de descendente anterior.

**Evolución clínica:** el paciente hospitalizado evoluciona favorablemente. Se decide estratificación de riesgo coronario por sus antecedentes, con posterior estratificación anatómica-funcional no invasiva, invasiva con hallazgos poco comunes. Dado el triple riesgo de muerte súbita se decide ablación, colocación de stent en descendente anterior, con evolución favorable.

**Diagnóstico:** síndrome de Wolff-Parkinson-White, origen anómalo de arteria coronaria derecha interarterial, enfermedad coronaria obstructiva crónica.

**Discusión:** en orden de frecuencia la enfermedad coronaria, las arritmias cardíacas y las anomalías de las arterias coronarias representan un elevado riesgo de mortalidad, pasando muchas veces desapercibidas. En ese sentido presentamos un paciente con triple riesgo de mortalidad y dada la poca experiencia a nivel mundial en el manejo de anomalías coronarias decidimos disminuir dichos riesgos con lo que conocemos mejor: la ablación y el intervencionismo coronario.