

# Ectasia/aneurisma coronario por tomografía computarizada

## Coronary Artery Ectasia/Aneurysm by Computed Tomography

MACARENA C. DE ZAN, ALEJANDRO DEVIGGIANO<sup>MTSAC</sup>, GASTÓN A. RODRÍGUEZ GRANILLO<sup>MTSAC</sup>

Las imágenes corresponden a un paciente masculino, de 48 años, hipertenso, que cursó internación por síndrome coronario agudo (SCA) con supradesnivel del segmento ST inferoposterior. Se realizó una cinecoronariografía (CCG) (Figura 1), donde se evidenció dilatación ectásica difusa de 14 mm de diámetro de la arteria circunfleja, con imagen compatible con trombo en su interior y oclusión total distal.

Se otorgó egreso sanatorial con tratamiento médico y control con angiografía coronaria por tomografía computarizada (ACTC) para descartar fístula coronaria.

En la ACTC (Figura 2) se evidenció la arteria circunfleja con dilatación aneurismática difusa con diámetros máximos luminal de 10 mm (línea continua) y vascular de 22 mm (línea discontinua), extensa trombosis mural a lo largo de todo su recorrido (asterisco) y lecho distal ocluido. No se evidenció fístula coronaria.

La ectasia/aneurisma coronario es la dilatación difusa mayor de 1,5 veces el diámetro comparado con los segmentos adyacentes normales. (1) Debe diferenciarse de dilataciones localizadas en zonas adyacentes a estenosis coronarias y de la enfermedad de Kawasaki. Tiene una prevalencia del 0,3-5,3%, afecta predominantemente a pacientes de sexo masculino, de edad mediana, sin factores de riesgo cardiovascular. (2) La arteria comprometida generalmente es la coronaria derecha. (3) La aterosclerosis es la etiología subyacente en el 50-60% de los casos, seguida de vasculitis y drogas (en particular cocaína), entre otras. Generalmente es asintomático, aunque puede manifestarse con angina inestable, SCA con supradesnivel del segmento ST, arritmias ventriculares o muerte súbita debido a estasis sanguínea, trombosis, disección y/o vasoespasmos. (4) El diagnóstico en general se hace por CCG o, más recientemente, por ACTC. (5) La ACTC suele indicarse para una mejor caracterización o para descartar patologías asociadas.

### Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.

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

### BIBLIOGRAFÍA

1. Del Castillo S, García Guzzo ME, Guzzetti E, Arias A, Marenchino R, Belziti C y cols. Aneurismas coronarios con compromiso de múltiples vasos: descripción de un caso. *Rev Argent Cardiol* 2014;82:159-60.
2. Pinar Bermúdez E, López Palop R, Lozano Martínez-Luengas I, Cortés Sánchez R, Carrillo Sáez P, Rodríguez Carreras R y cols. Ectasia coronaria: prevalencia, características clínicas y angiográficas. *Rev Esp Cardiol* 2003;56:473-9. <http://doi.org/63f>
3. Ramappa P, Kottam A, Kuivanemi H, Thatai D. Coronary artery ectasia- is it time for a reappraisal? *Clin Cardiol* 2007;30:214-7. <http://doi.org/d9vkg3>
4. Fareh S, Tabib A, Julié C, Loire R. Large coronary artery aneurysms. A study of 20 clinical cases in the elderly. *Arch Mal Coeur Vaiss* 1997;90:431-8.
5. Rodriguez-Granillo GA, Rosales MA, Pugliese F, Fernandez-Pereira C, Rodriguez AE. Prevalence and characteristics of major and minor coronary artery anomalies in an adult population assessed by computed tomography coronary angiography. *EuroIntervention* 2009;4:641-7. <http://doi.org/c75x6d>

*REV ARGENT CARDIOL* 2015;83:440. <http://dx.doi.org/10.7775/rae.es.v83.i5.6547>

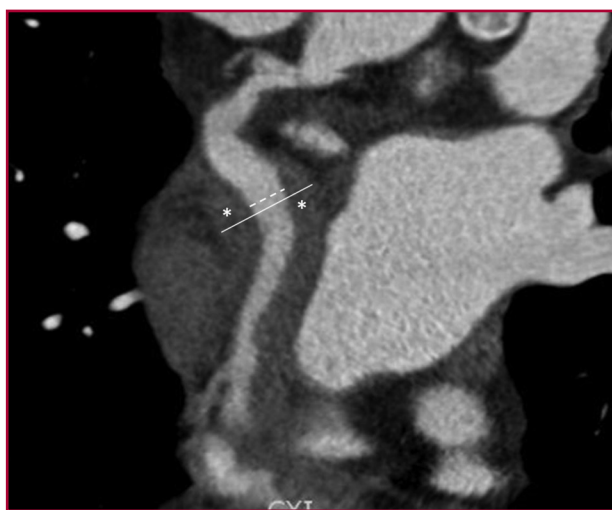
*Dirección para separatas:* Macarena C. De Zan - Av. Maipú 1668 - (1602) Vicente López, provincia de Buenos Aires - e-mail: maca\_dezan@hotmail.com

Diagnóstico Maipú. Departamento de Cardioimágenes (TC y RM)

<sup>MTSAC</sup> Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología



**Fig. 1.** Cinecoronariografía. Dilatación ectásica difusa de la arteria circunfleja de 14 mm de diámetro, con imagen compatible con trombo en su interior y oclusión total distal.



**Fig. 2.** Reconstrucción multiplanar curva. Arteria circunfleja con dilatación aneurismática difusa con diámetros máximos luminal de 10 mm (línea discontinua) y vascular de 22 mm (línea continua), con extensa trombosis mural a lo largo de todo su recorrido (asterisco) y lecho distal ocluido.