



Revista Uruguaya de Cardiología

ISSN: 0797-0048

ISSN: 1688-0420

bibliosuc@adinet.com.uy

Sociedad Uruguaya de Cardiología
Uruguay

Bachini, Juan Pablo; Amodio, Alejandra; Guzmán,
Rodrigo; Fernández, Nicolás; Duro, Ivanna; Viñas, Sergio
Nacimiento anómalo de la arteria coronaria izquierda desde la arteria
pulmonar, síndrome de ALCAPA. Primer reporte de caso en Uruguay
Revista Uruguaya de Cardiología, vol. 34, núm. 2, 2019, Abril-Junio, pp. 213-217
Sociedad Uruguaya de Cardiología
Uruguay

DOI: <https://doi.org/10.29277/cardio.34.2.16>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=479760033016>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Nacimiento anómalo de la arteria coronaria izquierda desde la arteria pulmonar, síndrome de ALCAPA. Primer reporte de caso en Uruguay

Resumen

El nacimiento anómalo de la arteria coronaria izquierda desde la arteria pulmonar (síndrome de ALCAPA) es una rara entidad con una mortalidad de 90% durante el primer año de vida. Este hecho hace que su presencia en el adulto sea excepcional. Presentamos el primer caso reportado en nuestro país en un adulto. Se trata de una paciente de 32 años en estudio por historia de ángor de esfuerzo en la que el ecocardiograma brindó elementos sugestivos de esta entidad que se confirmó con coronariografía. Se intervino quirúrgicamente de forma exitosa con técnica de Takeuchi.

Palabras clave: ARTERIA PULMONAR
CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS
SÍNDROME DE ALCAPA

Anomalous origin of the left coronary artery from the pulmonary artery, ALCAPA syndrome. First case report in Uruguay

Summary

The anomalous origin of the left coronary artery from the pulmonary artery (ALCAPA syndrome) is a rare entity with a high infant mortality rate during first year of life reaching up to 90%. This fact makes this condition extremely uncommon among adults. We report for the first time in our country an adult presentation in a 32-year-old woman. This patient presented with a history of exertional angina and a transthoracic echocardiogram showed suggestive clues for the diagnosis of ALCAPA, then confirmed with coronary angiography. The patient underwent successful surgical correction with Takeuchi technique.

Key words: PULMONARY ARTERY
HEART DEFECTS, CONGENITAL
ALCAPA SYNDROME

Nascimento anômalo da artéria coronária esquerda a partir da artéria pulmonar, síndrome de ALCAPA. Relato do primeiro caso no Uruguai

Resumo

O nascimento anômalo da artéria coronária esquerda a partir da artéria pulmonar (síndrome de ALCAPA) é uma entidade rara com uma mortalidade de 90% durante o primeiro ano de vida. Este fato faz com que sua apresentação da idade adulta seja excepcional. Apresentamos o primeiro caso reportado dessa síndrome no nosso país. Se trata de uma paciente de 32 anos em estudo por uma história de angina de esforço na qual o ecocardiograma brindou elementos sugestivos dessa entidade sendo confirmada posteriormente com angiografia coronária. Se realizou uma intervenção cirúrgica exitosa com a técnica de Takeuchi.

Palavras chave: ARTÉRIA PULMONAR
CARDIOPATIAS CONGÊNITAS
SÍNDROME DE ALCAPA

Sra. Editora:

Introducción

El nacimiento anómalo de la arteria coronaria izquierda (ACI) desde la arteria pulmonar (AP), síndrome de ALCAPA (acrónimo de *Anomalous origin of the Left Coronary Artery from the Pulmonary Artery*), es una rara entidad que se presenta con una incidencia de 1 cada 300.000 nacimientos y corresponde a 0,25%-0,5% del total de las cardiopatías congénitas^(1,2).

Su importancia radica en la elevada mortalidad, más de 90% en los primeros días o semanas de vida⁽³⁾.

En el adulto la causa de muerte está vinculada a la insuficiencia coronaria (con sus diferentes formas de presentación) provocada por el fenómeno denominado “robo coronario”.

El diagnóstico se realiza por estudios de imagen y su tratamiento es la cirugía de la que están descritas varias técnicas.

Presentamos el primer reporte de un caso en Uruguay del síndrome de ALCAPA en el adulto. Se trata de una paciente en la que se sospechó el diagnóstico en el ecocardiograma transtorácico (ETT), se confirmó en la coronariografía (CACG) y se realizó cirugía exitosa con técnica de Takeuchi.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, 32 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial. Consultó por historia de ángor de esfuerzo clase II. Al examen físico se destaca la presencia de soplo sistólico 2/6 en ápex con irradiación a axila. Se realizó prueba ergométrica graduada (PEG), que fue anormal por descenso de 1 mm del segmento ST al máximo esfuerzo en DI-AVL y de V4 a V6. Luego se realizó un ETT que informó: ventrículo izquierdo levemente dilatado, contractilidad sectorial normal, fracción de eyección de 56%; *strain* longitudinal global de -19, disminuido en los sectores basales de cara posterolateral y anterior, con contracción postsistólica de 33%; insuficiencia mitral (IM) leve. Severa dilatación de la arteria coronaria derecha (ACD), diámetro de 9 mm. A nivel del septum interventricular se observa flujo continuo, diastólico, que se dirige desde el septum posterior al anterior con velocidades elevadas (164 cm/s), y se interpreta debido a la presencia de arterias colaterales septales.

Con diagnóstico presuntivo de ALCAPA se realizó CACG que confirmó el nacimiento anómalo de la ACI desde la AP (figura 1).

La paciente fue intervenida quirúrgicamente mediante técnica de Takeuchi: se realizó abordaje

por esternotomía, se resecó parte del pericardio y se preparó en gluteraldehído para su posterior utilización. A la inspección se destacaba el gran desarrollo de la ACD (figura 2A).

Para entrar en circulación extracorpórea se realizó doble canulación venosa (cavas) y arterial en aorta ascendente y se descendió la temperatura hasta alcanzar una hipotermia moderada. Posteriormente se realizó clampeo aórtico seguido de cardioplejia que fue administrada por la raíz aórtica, por la AP y por el ostium de la ACI de forma selectiva.

Primero se realizó la apertura anterior de la AP en forma de *flap*. Se identificó el ostium coronario en el seno izquierdo. Luego se hicieron dos orificios de 5 mm enfrentados, uno en la aorta y otro en la AP, y se suturó un borde con el otro, creando así una ventana aortopulmonar. Para la tunelización del flujo desde dicha ventana hasta el ostium izquierdo se suturó el *flap* a la pared posterior de la arteria pulmonar (figura 2B). Finalmente, se cerró el defecto de la cara anterior de la AP con el parche de pericardio autólogo, evitando de esta forma provocar una estenosis supravalvular pulmonar. Luego del declampeo aórtico, retomó actividad en ritmo sinusal y sin alteraciones en el ECG.

Discusión

Las anomalías coronarias se presentan con una incidencia de 1,3%, según diferentes series⁽⁴⁾. La mayoría cursa de forma asintomática; sin embargo, un porcentaje bajo se asocia a síntomas y complicaciones graves como angina, disnea, síncope, insuficiencia cardíaca y muerte súbita⁽³⁾. El síndrome de ALCAPA es una anomalía coronaria infrecuente con incidencia de 1 cada 300.000 nacimientos⁽¹⁾. Su relevancia radica en la elevada mortalidad, que alcanza el 90% durante el primer año de vida, y en el riesgo de muerte súbita cardíaca (MSC) en el adulto, que es de 80%-90%, lo que hace su diagnóstico a esta edad excepcional⁽³⁻⁵⁾.

La mala evolución del síndrome de ALCAPA está asociada a la severa isquemia provocada por el fenómeno de “robo coronario”. Previo al nacimiento, las presiones en la AP son elevadas, por lo que el flujo en la ACI es anterógrado. Durante los primeros meses de vida la presión en la AP se reduce y el flujo sanguíneo se hace retrógrado, ocasionando una mala perfusión a nivel del ventrículo izquierdo con consecuencias graves, tales como infarto de miocardio, disfunción ventricular izquierda, isquemia silente, IM, arritmias malignas y MSC. En base a las formas de presentación y a la evolución, se describen dos patrones que están relacionados con el desarrollo de circulación colateral desde la ACD a la

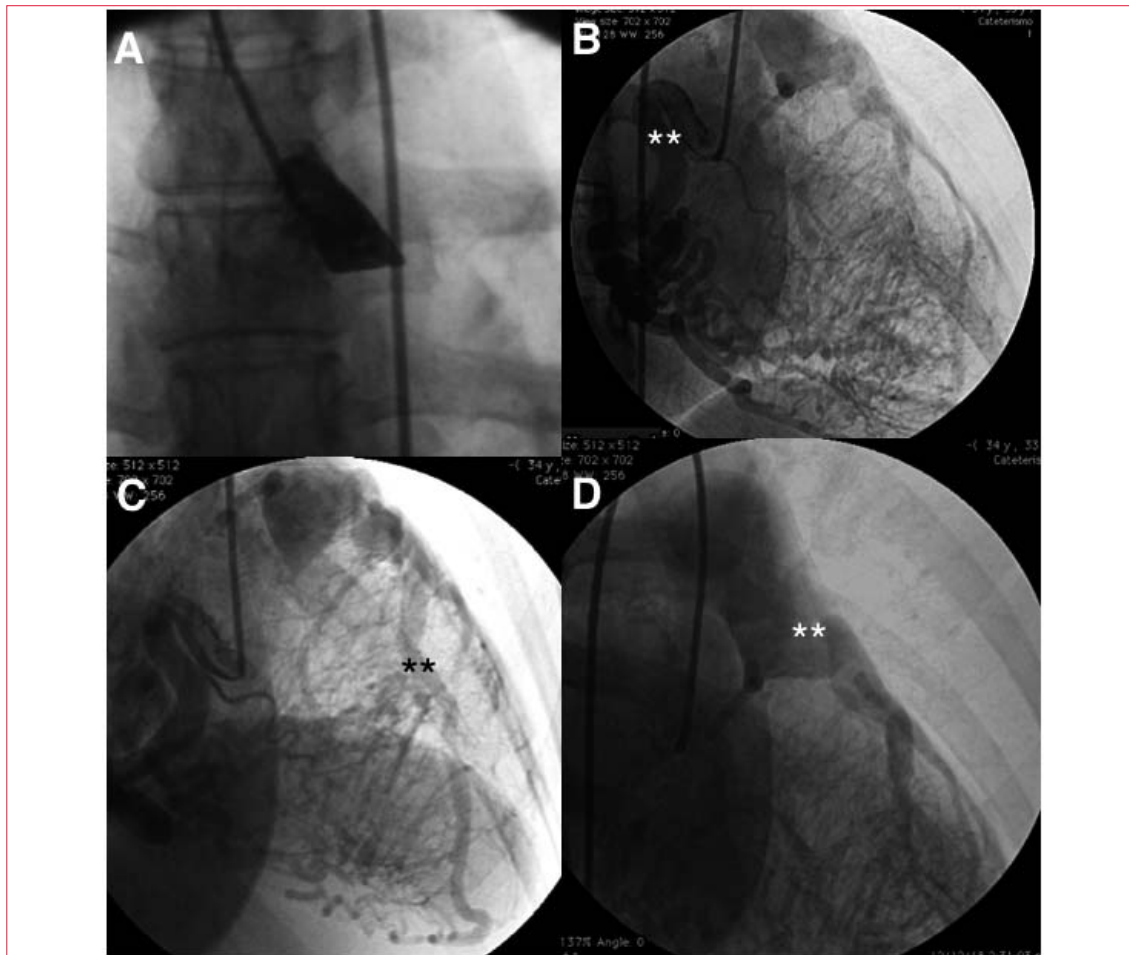


Figura 1. Coronariografía. **A)** Ausencia de la arteria coronaria izquierda en el seno de Valsalva izquierdo. **B)** Arteria coronaria derecha dilatada, flexuosa (**), con importante red de colaterales septales. **C)** Arteria descendente anterior ectásica (**), que recibe flujo desde la arteria coronaria derecha. **D)** Nacimiento de la arteria coronaria izquierda desde la arteria pulmonar (**).

ACI. El denominado “patrón infantil” se caracteriza por ausencia o inadecuada circulación colateral, presencia de síntomas graves y mortalidad de 90% durante el primer año de vida. Por otro lado, en el denominado “patrón del adulto”, se observa un gran desarrollo de circulación colateral, suficiente para sobrevivir hasta la etapa adulta de forma asintomática; sin embargo, la mayoría de las veces los síntomas aparecen en la evolución y pueden presentarse complicaciones como las ya mencionadas⁽³⁾.

En un estudio en el que se describen las formas de presentación en el adulto se observó que el 18% de los pacientes presentaron arritmias malignas con riesgo de MSC, mientras que el 68% se presentó con síntomas como angina, disnea y palpitaciones, predominantemente. En relación con la paraclínica se observó que los estudios funcionales objetivaban isquemia en 87% de los casos y en 46% de éstos el ETT sugirió el diagnóstico⁽⁶⁾. En este caso la angina de esfuerzo fue la forma de presentación de la isquemia, que se demostró durante la realización del estudio funcional

(PEG). A su vez, durante la realización del ETT la presencia de *strain* longitudinal disminuido en los sectores basales de la cara posterolateral y anterior contribuyó al diagnóstico. Adicionalmente se observó IM que se planteó, por el contexto, de etiología isquémica (provocada por la disfunción del músculo papilar). Los hallazgos ecocardiográficos fundamentales por los que se sospechó la enfermedad fueron: ACD con gran dilatación, presencia de circulación colateral objetivada por flujo que se dirigía desde el sector posterior del septum al anterior y flujo reverso en el territorio de la ADA.

El diagnóstico se confirma observando el origen anómalo de la ACI en la AP. Los estudios de imagen utilizados con este fin son la CACG, la angiotomografía computarizada (TC) y la resonancia nuclear magnética (RNM), cada uno con ventajas y desventajas. La CACG tiene como desventaja el ser invasiva, utilizar radiación ionizante y contraste, exponiendo al paciente a potenciales complicaciones. La TC tiene la ventaja de no ser invasiva y presentar

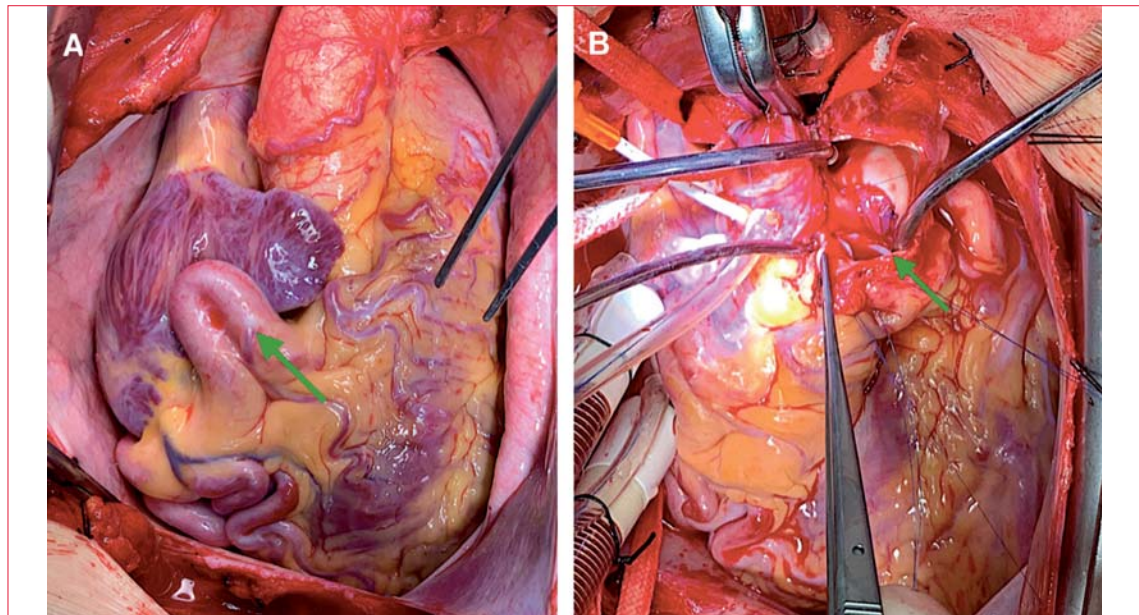


Figura 2. Imágenes del intraoperatorio. A) Se observa el gran desarrollo de la arteria coronaria derecha (flecha). B) Restauración del flujo coronario normal.

una mayor disponibilidad. La RNM no es invasiva, no usa contrastes ni radiación y permite evaluar flujos, grado de IM, viabilidad del miocardio y fibrosis. En el caso que describimos se realizó CACG que mostró ausencia del origen de la ACI en el seno coronario izquierdo, opacificación retrógrada de la ACI, nacimiento de la ACI en la AP, importante desarrollo de colaterales de la ACD a la ACI y severa dilatación de la ACD, siendo elementos característicos⁽⁷⁾.

El tratamiento del síndrome de ALCAPA es quirúrgico. Se han descrito varias técnicas, siendo las más aceptadas por sus mejores resultados: el reimplante de la ACI en la aorta con la restauración de una circulación coronaria dependiente de un circuito de dos arterias⁽⁸⁾ y la ligadura del tronco coronario izquierdo con *bypass* de la arteria mamaria interna izquierda a la ADA. Debido a sus buenos resultados la técnica del reimplante de la ACI en la aorta es la de elección en la infancia, mientras que

en el adulto se prefiere la ligadura de la ACI con la realización de *bypass* arterial o venoso^(9,10).

En este caso se realizó con éxito el reimplante del tronco coronario izquierdo en la aorta con técnica de Takeuchi.

Conclusiones

Las anomalías coronarias, que significan un verdadero riesgo para los pacientes, son infrecuentes. Dado que se pueden presentar en pacientes jóvenes con baja probabilidad de enfermedad coronaria, con síntomas y signos sugestivos de isquemia, se debe mantener un elevado nivel de sospecha.

Dres. Juan Pablo Bachini, Alejandra Amodio, Rodrigo Guzmán,
Nicolás Fernández, Ivanna Duro, Sergio Viñas.

Médica Uruguaya, Instituto de Cardiología Integral. Montevideo, Uruguay.

Correspondencia: Dr. Juan Pablo Bachini. Correo electrónico: drbachini@gmail.com

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Juan Pablo Bachini, <https://orcid.org/0000-0001-7278-8691>

Alejandra Amodio, <https://orcid.org/0000-0002-6746-0496>

Rodrigo Guzmán, <https://orcid.org/0000-0001-0635-7698>

Nicolás Fernández, <https://orcid.org/0000-0002-9110-7166>

Ivanna Duro, <https://orcid.org/0000-0002-3357-0937>

Sergio Viñas, <https://orcid.org/0000-0002-0657-2777>

Bibliografía

1. **Keith JD.** The anomalous origin of the left coronary artery from the pulmonary artery. *Br Heart J*.1959; 21(2):149-61. doi:10.1136/hrt.21.2.149
2. **Pfannschmidt J, Ruskowski H, de Vivie ER.** Bland- White-Garland syndrome: clinical aspects, diagnosis, therapy. *Klin Pediatric* 1992;204(5):328-34. Alemán. doi:10.1055/s-2007-1025367
3. **Wesselhoeft H, Fawcett JS, Johnson AL.** Anomalous origin of the left coronary artery from the pulmonary trunk: its clinical spectrum, pathology, and pathophysiology, based on a review of 140 cases with seven further cases. *Circulation* 1968;38(2): 403-25.
4. **Yamanaka O, Hobbs R.** Coronary Artery Anomalies in 126.595 patients undergoing Coronary Arteriography. *Cathet Cardiovasc Diag*.1990;21(1):28-40.
5. **Edwards JE.** The direction of blood flow in coronary arteries arising from the pulmonary trunk. *Circulation* 1964;29:163-6
6. **Yau JM, Singh R, Halpern EJ, Fischman D.** Anomalous origin of the left coronary artery from the pulmonary artery in adults: a comprehensive review of 151 adult cases and a new diagnosis in a 53-year- old woman. *Clin Cardiol*. 2011;34(4):204-10. doi: 10.1002/clc.20848
7. **Culham JAG.** Abnormalities of the Coronary Arteries. En: Freedom RM, Mawson JB, Yoo SJ, Benson LN, Editores. *Congenital Heart Disease. Textbook of Angiocardiology*. New York: Futura Publishing; 1997. p. 862-6.
8. **Neirotti R, Nijveld A, Ithuralde M, Quaglio M, Seara C, Lubbers L, et al.** Anomalous origin of the left coronary artery from the pulmonary artery: repair by aortic reimplantation. *Eur J Cardiothorac Surg*.1991;5(7):368-71; discussion 372. doi:10.1016/1010-7940(91)90054-n
9. **Lange R, Vogt M, Hörer J, Cleuziou J, Menzel A, Holper K, et al.** Long-term results of repair of anomalous origin of the left coronary artery from the pulmonary artery. *Ann Thorac Surg*. 2007; 83(4): 1463-71. doi:10.1016/j.athoracsur.2006.11.005
10. **Moodie DS, Fyfe D, Gill CC, Cook SA, Lytle BW, Taylor PC, et al.** Anomalous origin of the left coronary artery from the pulmonary artery (Bland-White-Garland syndrome) in adult patients: long-term follow-up after surgery. *Am Heart J*. 1983;106(2): 381-8.