

ARTERIA CORONARIA DERECHA UNICA

Dra Olga Sanz Vázquez
Hospital Costal del Sol, Marbella
Julio 2025



INTRODUCCIÓN

- Las anomalías congénitas coronarias son poco frecuentes, representan entre 0,2 a 1,5% de la población que se somete a una coronariografía.
- Su presentación clínica es muy variable, la mayoría de ellas cursan asintomáticas, pero pueden causar angina, infarto o incluso ser las responsables de muerte súbita.
- La salida anómala de la arteria circunfleja en el seno de valsalva derecho o bien desde la propia coronaria derecha es la más frecuente de estas anomalías.
- Entre las más infrecuentes estarían la salida anómala de la arteria coronaria izquierda desde el tronco de la arteria pulmonar y la arteria coronaria única
- A continuación , se presenta el caso clínico de una arteria coronaria única (también llamada “hiperdominancia”), dado que éstas tienen que irrigar el miocardio partiendo de un solo ostium coronario y establecer trayectos en ocasiones similares a los de las arterias coronarias originadas en senos de valsava contralaterales



CASO CLÍNICO

- Mujer de 49 años de edad, con dislipemia (sin tratamiento) y fumadora. Asocia importante estrés laboral.
- Ingreso en Abril 2025 en nuestro Hospital, por cuadro de angina de esfuerzo de reciente comienzo , sin datos de riesgo en ECG ni movilización de marcadores cardiacos. Aporta una ergometría realizada centro privado con isquemia precoz.
- Ecocardiograma compatible con la normalidad
- Se programa para una coronariografía, en tratamiento con AAS , estatinas y betabloqueantes



CORONARIOGRAFÍA

Realiza por vía radial derecha

Tras no encontrar el tronco de la coronaria izquierda (TCI) en el seno de valsalva izquierdo, se realiza aortografía , sin objetivar ningún vestigio del TCI que indicara que se trataba de una atresia coronaria.

Se visualiza una arteria coronaria única o hiperdominancia : se trata de una arteria coronaria derecha única de gran tamaño que tras recorrer el surco aurículo-ventricular , originaba una arteria descendente anterior y la arteria circunfleja, con ausencia completa de TCI

Normalmente estas anomalías no se asocian a lesiones coronarias, pero en nuestro caso, presenta lesión severa en segmento proximal de la Descendente Anterior, por lo que se procede a intervenciosmo coronario





ANGIOPLASTIA

Recalcar la importancia de conseguir una buena alineación del catéter guía con el curso inicial de la arteria.

Para conseguir mayor soporte se optó por un catéter guía AL-1, e introducir tres guías intracoronarias (una en la gran coronaria derecha, otra en la circuncleja y finalmente en la Descendente anterior que presentaba lesión en su segmento más proximal)





ANGIOPLASTIA

Tras la inserción de las guías, se realiza predilatación con un balón SC Pantera 2,0/15 que nos sirve también para recolocación del cateter





ANGIOPLASTIA

Una vez dilatada la lesión, y tras comprobar no desplazamiento de placa ni compromiso de la arteria circunfleja, se retira guía de esta coronaria y se procede a implantar stent farmacoactivo de sirolimus (Orsiro2,25/18), optimizando su parte más proximal con balón NC 2,5/15 a altas atmósferas





ANGIOPLASTIA

En esta diapositiva se demuestra el resultado final, con flujo TIMI 3 en todas las ramas

La paciente evoluciona de forma satisfactoria, dada de alta a las 24 horas con DAPT con AAS + Ticagrelor

Ergoespirometría realizada al mes de buen pronóstico

