



IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Dificultad respiratoria en el servicio de urgencias como manifestación de una enfermedad cardíaca rara en niños: origen anómalo de la arteria coronaria izquierda en la arteria pulmonar

Respiratory distress in the emergency department as a sign of rare heart disease in a child: Anomalous origin of the left coronary artery from the pulmonary artery

Andrés Fernando Almario-Hernández^{a,*}, Mònica Boada Farràs^a,
Esther Aurensanz Clemente^b y Joan Sanchez-de-Toledo^b

^a Servicio de Urgencias, Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^b Servicio de Cardiología pediátrica, Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

Disponible en Internet el 19 de diciembre de 2019

Presentamos un caso clínico que se presenta en el servicio de urgencias con un cuadro respiratorio de evolución tórpida en el que la sospecha diagnóstica fue importante en la precocidad del tratamiento.

Lactante de 6 meses previamente sana con diagnóstico de bronquiolitis de 2 semanas de evolución, que presenta un empeoramiento progresivo. Destaca un soplo III/VI holosistólico panfocal, hepatomegalia

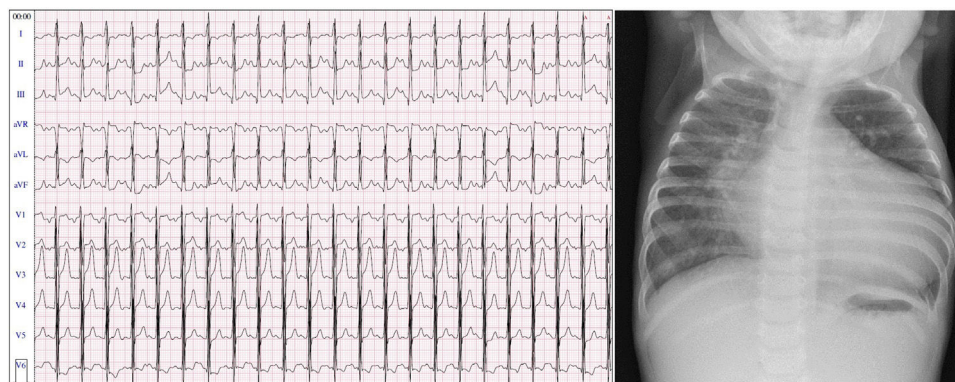


Figura 1 Cardiomegalia con índice cardiorácico de 0,7 y un patrón hiliofugal en el pulmón derecho. ECG: signos de dilatación del ventrículo izquierdo (R en V6, S en V1) e isquemia miocárdica anterolateral izquierda (descenso de ST y T negativa en I, aVL, V6).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: afalmario@sjdhospitalbarcelona.org (A.F. Almario-Hernández).

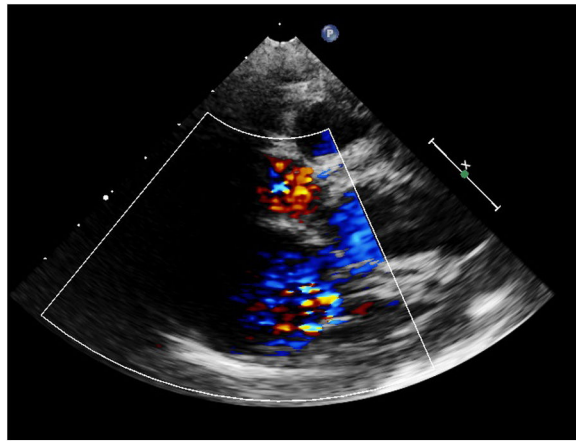


Figura 2 Ecocardiograma que muestra en el eje corto un flujo retrógrado (azul) en la coronaria con probable trayecto coronario emergiendo de la pulmonar.

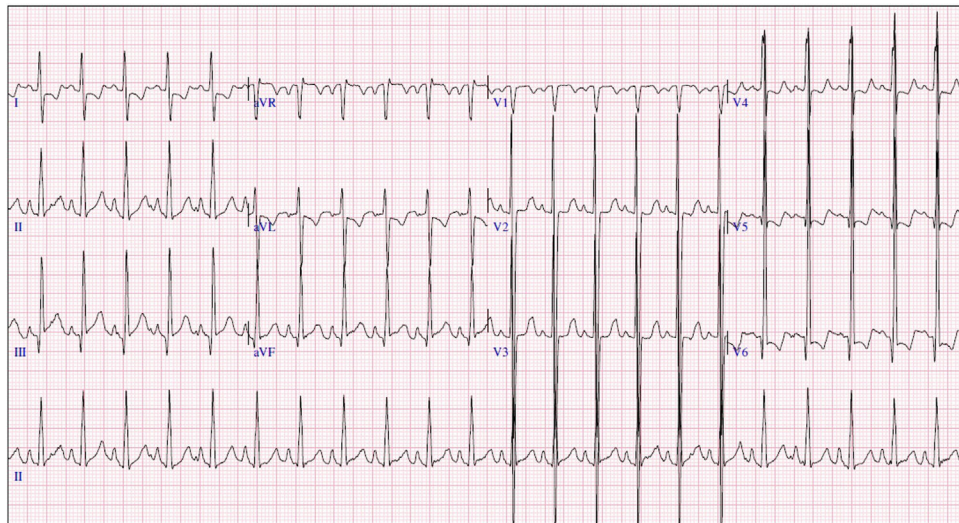


Figura 3 Electrocardiograma a los 6 meses: signos de isquemia subendocárdica con la presencia de onda Q profunda en III.

de 3cm, con el resto de la exploración normal.

La radiografía torácica demuestra una cardiomegalia y el electrocardiograma (fig. 1) demuestra signos de isquemia miocárdica anterolateral izquierda. Con la sospecha de miocardiopatía se solicita analítica sanguínea, en la que se extrae analítica sanguínea en la que se observa un péptido natriurético cerebral elevado (968 pg/ml). El ecocardiograma urgente objetiva una miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica severa (FE del 30%), insuficiencia mitral severa y un flujo anormal en la coronaria (fig. 2). Se realiza cateterismo cardíaco para definir la anatomía coronaria y se confirma un origen anómalo de la arteria coronaria izquierda en la arteria pulmonar (ALCAPA por su sigla en inglés)^{1,2} (video 1).

Al séptimo día de ingreso se realiza corrección quirúrgica bajo circulación extracorpórea³. Se realiza sección

coronaria izquierda de la arteria pulmonar y reimplantación en la aorta. La paciente presenta una evolución favorable en el postoperatorio, pudiendo ser dada de alta a los 14 días.

En el control a los 6 meses persiste dilatación de cavidades izquierdas e insuficiencia mitral moderada, pero con una normalización de la FE (65%), y en el electrocardiograma se ven signos de isquemia subendocárdica con la presencia de ondas Q profundas en la derivación III (fig. 3).

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.08.008>.

Bibliografía

1. Holst LM, Helvind M, Andersen HØ. Diagnosis and prognosis of anomalous origin of the left coronary artery from the pulmonary artery. *Dan Med J.* 2015;62:A5125.
2. Rodríguez-Gonzalez M, Tirado AM, Hosseinpour R, Soto JS. Anomalous origin of the left coronary artery from the pulmonary artery. *Tex Heart Inst J.* 2015;42:350–6.
3. Kanoh M, Inai K, Shinohara T, Tomimatsu H, Nakanishi T. Outcomes from anomalous origin of the left coronary artery from the pulmonary artery repair: Long-term complications in relation to residual myocardial abnormalities. *J Cardiol.* 2017;70:498–503.