



Embolización de fístula coronaria con *microcoils* neurovasculares

Coronary fistula embolization with neurovascular microcoils

Alberto Mendoza^{a,*}, Dolores Herrera^a, Marta Flores^a, Jorge Campollo^b y Federico Ballenilla^b

^a Instituto Pediátrico del Corazón, Instituto de Investigación Sanitaria 12 de Octubre (imas12), Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^b Sección de Neurorradiología, Servicio de Radiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

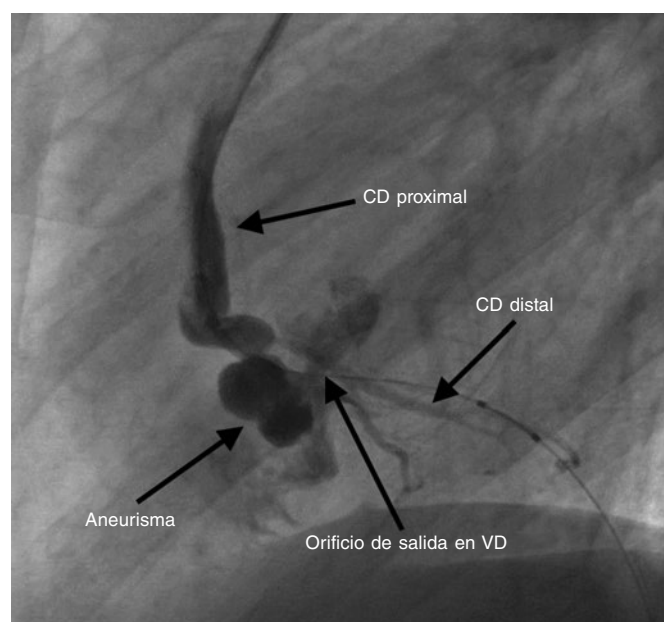


Figura 1.

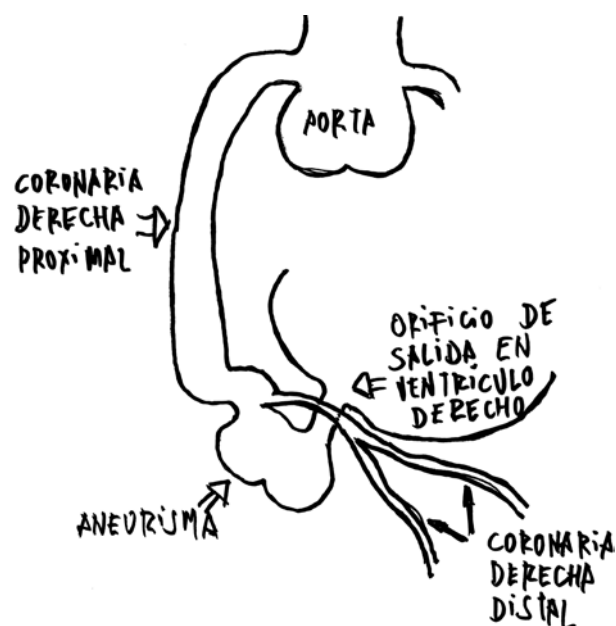


Figura 2.

Varón de 6 años y 25 kg de peso con diagnóstico de fístula de coronaria derecha (CD) a ventrículo derecho (VD). Debido a la dilatación progresiva de la CD, se decidió su cierre percutáneo.

Se canalizaron la arteria y la vena femorales con introductores de 5 y 6 Fr, respectivamente. Se realizó una coronariografía derecha en la que se detectaron una CD proximal a la fístula de 7,1 mm, una fístula con un aneurisma bilobulado de 11,2 × 7,2 mm con un orificio de salida al VD de 2,1 mm, y una coronaria distal a la fístula de diámetro normal (figura 1, figura 2 y vídeo 1 del material adicional).

Se sondó la fístula con una guía de coronaria que se avanzó hasta la pulmonar, donde se capturó con un lazo y se creó un asa arteriovenosa. Desde el lado venoso de esta asa se avanzó un catéter balón Apex Monorail (Boston Scientific, Estados Unidos) de 4 × 8 mm, que se infló en la salida de la fístula en el VD durante 10 minutos sin observar isquemia.

Considerando el riesgo de dilatación progresiva del aneurisma si se cerrase la fístula en su extremo distal, así como la ausencia de espacio para albergar un dispositivo en su extremo proximal, se decidió embolizar el aneurisma con *microcoils*. A través de un catéter guía JR4 de 5 Fr alojado en la CD se avanzó un microcatéter Excelsior SL (Stryker Neurovascular, Estados Unidos). El aneurisma se embolizó con 6 *microcoils* Barricade (Invive, Estados Unidos), que se liberaron tras comprobar su posición estable en el aneurisma y que no había cortocircuito residual (figura 3 y vídeo 2 del material adicional). Tras el cateterismo no se presentaron complicaciones. Se obtuvo el consentimiento del padre del paciente para la publicación del caso.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alberto.mendoza@salud.madrid.org (A. Mendoza).

Recibido el 11 de enero de 2022. Aceptado el 3 de febrero de 2022. Online: 22-02-2022.

Full English text available from: <https://www.recintervcardiol.org/en>.

2604-7306 / © 2022 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.

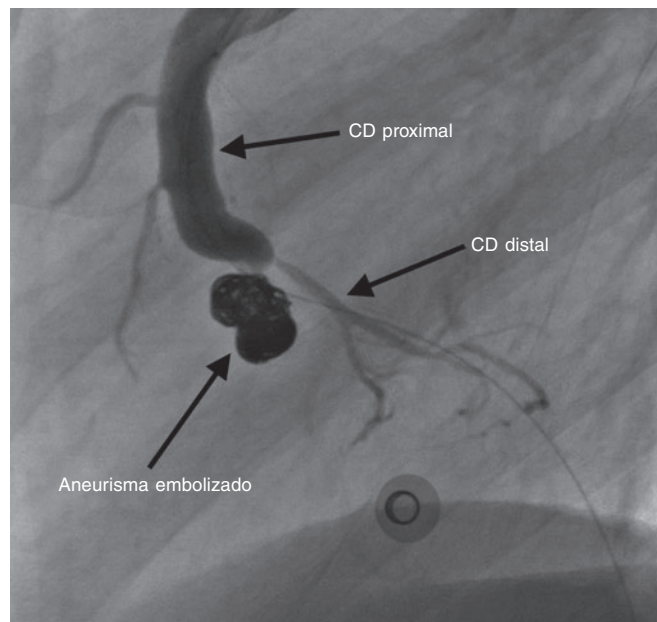


Figura 3.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

A. Mendoza redactó el manuscrito. D. Herrera, M. Flores, J. Campollo y F. Ballenilla participaron en la resolución del caso, y han revisado y aprobado la versión final del manuscrito.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

MATERIAL ADICIONAL



Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.24875/RECIC.M22000271>.