

Fistola coronarica destra con sbocco in seno coronarico, associata a voluminoso aneurisma paraostiale destro e severa insufficienza tricuspidalica: correzione cardiocirurgica in età adulta

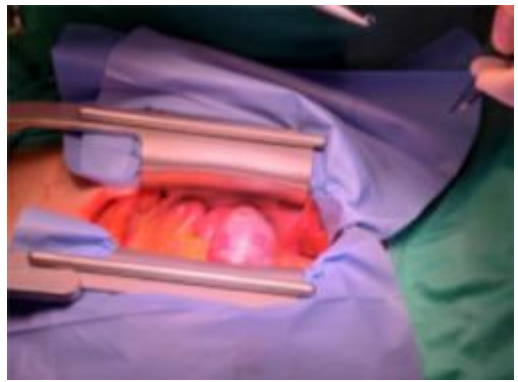
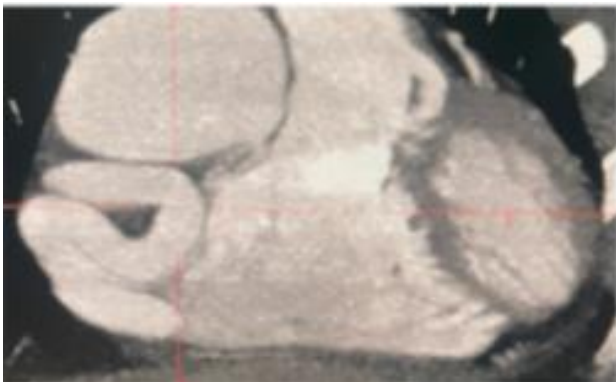
Francesca Cavalla, Leopoldo Bardaro, Giuseppe Pomè, Adriano Cipriani.
Centro per la Cura delle Cardiopatie Congenite, ICLAS, Rapallo (GE).

INTRODUZIONE

Le fistole coronariche sono anomalie di sbocco delle coronarie, che invece di attraversare il normale letto capillare miocardico, sfociano direttamente in una camera cardiaca o in un'altra struttura vascolare. Le fistole coronariche presentano un'incidenza pari allo 0.002% nella popolazione generale e risultano il 48.7% delle anomalie coronariche. Il loro meccanismo fisiopatologico è rappresentato dal "furto coronarico". Solitamente sono un riscontro diagnostico angiografico (coronarografia o angioTC) o ecocardiografico accidentale, ma possono avere un significato emodinamico con comparsa di sintomatologia come da scompenso cardiaco congestizio o ischemia miocardica. Le fistole coronariche comportano un passaggio ematico secondo un gradiente pressorio da una camera ad alta pressione ad una a bassa resistenza con shunt sinistro-destro (1). Se non trattate possono portare ad aneurismi coronarici, dilatazione delle camere cardiache, ischemia, disfunzione ventricolare ed endoarteriti. In letteratura non vi sono specifiche linee guida sulla gestione delle fistole coronariche di ampie dimensioni, soprattutto quando diagnosticate tardivamente ed in cui il rischio di infarto miocardico alla loro chiusura risulta elevato (2).

CASE REPORT

Descriviamo il caso di una paziente di 49 anni, sintomatica per dispnea e astenia con riscontro angiografico di fistola coronarica destra con sbocco in seno coronarico con voluminoso aneurisma a livello dell'ostio della coronaria destra e significativa dilatazione dell'atrio destro (area 42 cm²), associata a insufficienza tricuspidalica moderata e buona funzione ventricolare destra. L'aneurisma paraostiale della coronaria destra presentava le dimensioni di 45 x 53 mm con flusso altamente turbolento all'interno. Il successivo decorso della coronaria destra, marcatamente dilatata (diametro circa 13 mm) risultava altamente serpiginoso e sfociava in seno coronarico con un diametro di circa 3 mm. La paziente è stata sottoposta a correzione cardiocirurgica mediante legatura della fistola in sede distale (tramite fistoloso arterovenoso oblitterato mediante doppia borsa di tabacco e posizionamento di una clip metallica) ed ad anuloplastica tricuspidalica secondo De Vega. Il decorso perioperatorio è stato privo di complicanze, in particolare non è stato complicato da infarto miocardico né aritmie. La paziente è stata quindi dimessa in terapia anticoagulante orale. Al controllo ad un mese di distanza dall'intervento la paziente si presentava in buon compenso di circolo, asintomatica. All'ecocardiogramma il voluminoso aneurisma immediatamente dopo l'origine della coronaria destra presentava dimensioni sostanzialmente invariate rispetto al dato preoperatorio con scarso moto vorticoso all'interno. Il successivo decorso della fistola coronarica destra presentava dilatazione tortuosa che interessava il solco atrioventricolare destro, si approfondiva posteriormente con diametro di circa 10-11 mm. Il tratto distale della fistola presentava alcune formazioni trombotiche endoluminali e l'atrio destro appariva di volumetria ridotta rispetto al dato preoperatorio. La valvola tricuspide presenta minima insufficienza in esiti di De Vega. A 6 mesi di distanza dall'intervento la paziente risulta asintomatica ed in buon compenso di circolo.



CONCLUSIONI

Abbiamo condiviso la gestione di un raro caso di fistola coronarica destra con voluminoso aneurisma paraostiale e sbocco in seno coronarico, diagnosticato e trattato in età adulta. La mancata chiusura delle fistole coronariche di dimensioni medio-grandi può portare a complicanze anche gravi a distanza. In considerazione delle dimensioni della fistola, della sede e della concomitante presenza di insufficienza tricuspidalica moderata con severa dilatazione atriale destra, abbiamo deciso di sottoporre la paziente a legatura chirurgica del tragitto fistoloso e a plastica della valvola tricuspide con buon risultato in acuto e a distanza di 6 mesi dall'intervento. La gestione delle fistole coronariche, specie quando presentano ampie dimensioni e coinvolgono la coronaria destra in sede distale con sbocco in seno coronarico, non è definita dalle linee guida e si basa principalmente sull'esperienza degli operatori.

Riferimenti bibliografici

1 - Challoumas et al. Coronary Arteriovenous Fistulae: A Review. Int J Angiol 2014;23:1-10.

2 - Al-Hijji et al. Coronary Artery Fistulas Indications, Techniques, Outcomes, and Complications of Transcatheter Fistula Closure. J ACC: Cardiovascular Interventions. Vol. 14, no. 13, 2021,