

## Arteria coronaria derecha, un raro y riesgoso trayecto

### *Right coronary artery, a rare and risky course*

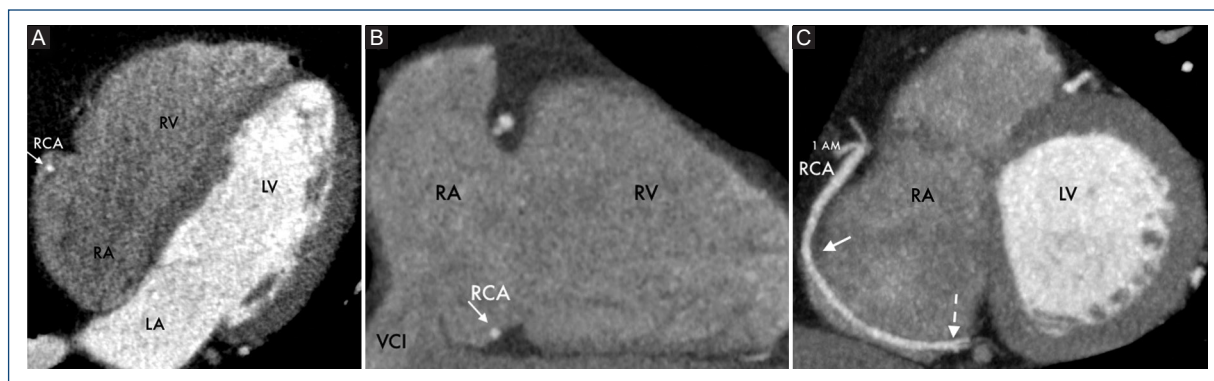
Susan Pumacayo-Cárdenas\*, Javier Simborth-Luna y José Pinto-Portugal

Servicio de Cardiología, Departamento de Medicina, Hospital Goyoneche, Arequipa, Perú

Paciente varón de 53 años que presenta bloqueo auriculoventricular de segundo grado intermitente y síncope, los exámenes de imagen incluyeron: ecocardiograma sin alteraciones estructurales, ni de función, y angiotomografía de coronarias (ATC) que reveló arterias coronarias de origen normal sin lesiones aterosclerosas, sin embargo, la coronaria derecha presentó un recorrido intracavitario, principalmente de su segmento distal a través de la aurícula derecha (Figs. 1 y 2). Esta alteración tiene una baja prevalencia, entre el 0.36 y el 1.8%, ya sea como hallazgo en ATC o en autopsias, respectivamente. La longitud promedio del recorrido es

27.7 mm y la profundidad 5 mm; en el presente caso estos valores fueron mayores al promedio<sup>1,2</sup>.

Es importante el conocimiento de esta anomalía en el curso de la arteria coronaria derecha, debido a que esta podría ser potencialmente dañada en diferentes procedimientos, que se lleven a cabo dentro de la aurícula derecha: colocación de marcapasos (probable en el presente caso), estudios electrofisiológicos, ablación de arritmias por radiofrecuencia, punción transeptal, colocación de catéter venoso central. Y en otros como en la cirugía cardíaca: colocación de injerto coronarios, canulación de la vena cava inferior o seno coronario<sup>1,2</sup>.



**Figura 1.** A: corte axial, vista cuatro cámaras. Se observa surco atrioventricular derecho vacío, coronaria derecha (corte transversal) con recorrido por dentro del atrio derecho, cercano a su margen agudo (flecha blanca). B: vista dos cámaras de cavidades derechas, segmento distal de coronaria derecha, continúa recorrido intracavitario, se observa contiguo a la pared inferior del atrio (flecha blanca). C: vista transversal del atrio derecho (modo máxima intensidad de proyección 3.8 mm), se observa el trayecto intracavitario completo, el ingreso (flecha blanca) y salida (flecha blanca discontinua). RCA: arteria coronaria derecha; RA: atrio derecho; RV: ventrículo derecho; LA: aurícula izquierda; LV: ventrículo izquierdo; 1AM: primera aguda marginal; VCI: vena cava inferior.

#### \*Correspondencia:

Susan Pumacayo-Cárdenas

E-mail: pumacayocardenas@gmail.com

1405-9940 / © 2022 Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 28-02-2022

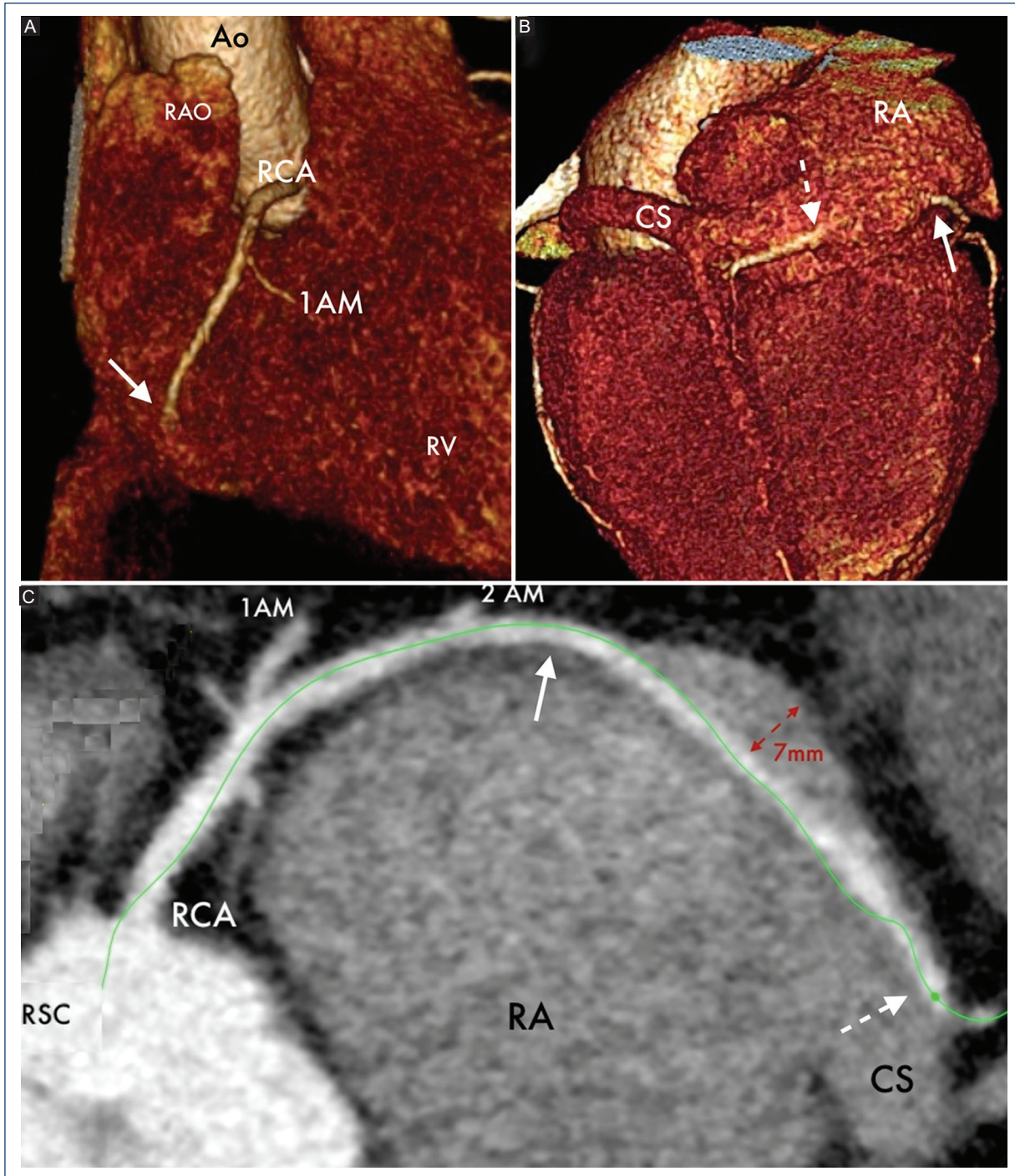
Fecha de aceptación: 21-06-2022

DOI: 10.24875/ACM.22000073

Disponible en internet: 12-01-2023

Arch Cardiol Mex. 2023;93(2):237-239

[www.archivoscardiologia.com](http://www.archivoscardiologia.com)



**Figura 2.** **A:** reconstrucción volumétrica de angiotomografía de coronarias. Vista anterior, se aprecia coronaria derecha epicárdica, que cambia de trayecto hacia el interior del atrio derecho (flecha blanca), desde el inicio de su segmento distal. **B:** se observa el retorno al curso epicárdico (flecha blanca discontinua), en la cara inferior del corazón. **C:** reconstrucción multiplanar curva, se observa todo el trayecto intraauricular, que inicia después del origen de la segunda aguda marginal (2AM) y culmina a nivel de la desembocadura del seno coronario, cuya longitud es 34 mm y mayor profundidad de 7 mm. RCA: arteria coronaria derecha; RA: atrio derecho; RV: ventrículo derecho; LA: aurícula izquierda; LV: ventrículo izquierdo; 1AM: primera aguda marginal; RAO: orejuela del atrio derecho; RSC: seno coronario derecho; CS: seno coronario.

## Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Bibliografía

1. Krishnan B, Cross C, Dykoski R, Benditt DG, Mbai M, McFalls E, et al. Intra-atrial right coronary artery and its ablation implications. *JACC Clin Electrophysiol.* 2017;3(9):1037-45.
2. Buckley CM, Rosamond T, Hegde SR, Wetzel L. The intracavitary coronary artery: a rare anomaly with implications for invasive cardiac procedures-demonstration y coronary computed tomography angiography. *J Am Coll Cardiol.* 2017;69:1437.