Medicina Intensiva xxx (xxxx) 502549

Contents lists available at ScienceDirect

Medicina Intensiva

journal homepage: http://www.medintensiva.org

Imágenes en Medicina Intensiva

Fístula coronario / pulmonar múltiple en un paciente con SCACEST complicado con parada cardiaca recuperada

Multiple coronary-pulmonary fistulas in a patient with ST-elevation myocardial infarction complicated by resuscitated cardiac arrest

Alba Simón Paniello*, Cristina López Ferraz y Marcos Farrais Villalba

Servicio de Medicina Intensiva y Servicio de Cardiología, Área de Cuidados Cardiológicos Críticos, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, Tenerife, España

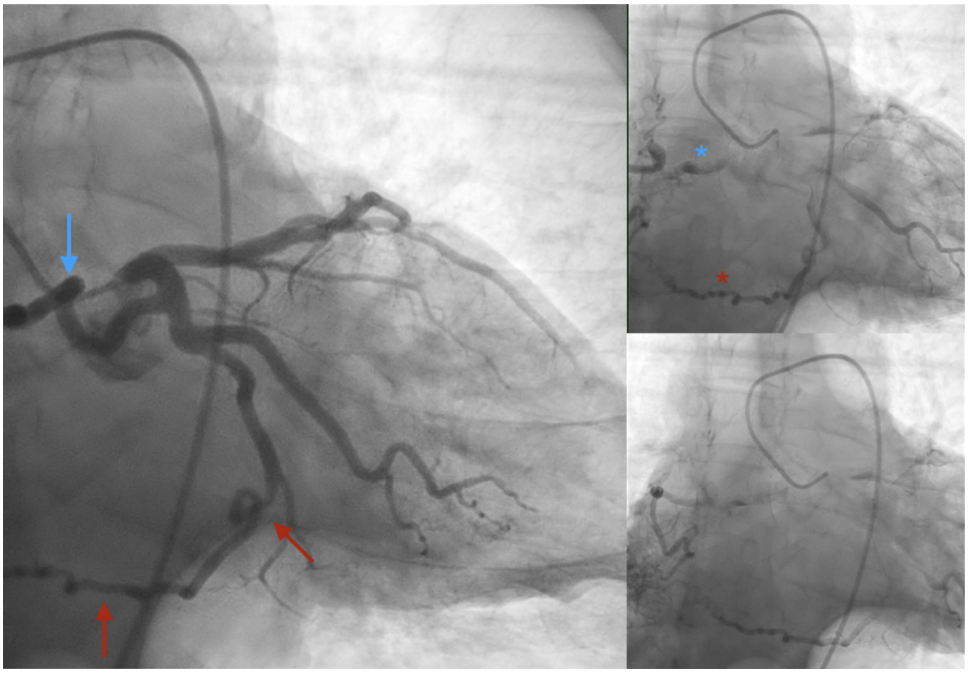

Figura 1.

Varón de 76 años que presenta un cuadro de dolor torácico. En el ECG se objetiva elevación de ST anterolateral con descenso especular inferior, por lo que se activa Código Infarto. En el traslado, presenta una parada cardiorrespiratoria en ritmo desfibrilable. Se inician maniobras de RCP avanzada con lo que recupera ritmo sinusal. A su llegada al hospital se realiza cateterismo cardiaco objetivando a nivel medio / distal de descendente anterior (DA) una reducción del calibre del vaso que podría ser compatible con un hematoma intramural, con flujo TIMI I, que mejora durante el procedimiento. La circunfleja no tiene lesiones significativas, pero presenta a nivel proximal una fístula coronario / pulmonar de gran calibre (figs. 1 y 2, azul) y otra fístula a nivel distal coronario / pulmonar (figs. 1 y 2, rojo). Dado que corrige el ascenso del ST, se decide manejo médico de la lesión. Buena evolución, se extuba sin secuelas neurológicas, y se observa mejoría de la función ventricular. Se da de alta de la UCI. En planta se realiza TC coronaria, que describe la rama bronquial hipertrófica con origen en la circunfleja proximal, con recorrido por mediastino retroaórtico hasta región hiliar derecha (fig. 3A). Ramo distal de la circunfleja arrosariada con recorrido inferior a la aurícula izquierda, con extensión al ostium de la vena pulmonar inferior derecha (fig. 3B). A los 12 días se repite el cateterismo diagnóstico que objetiva mejor calibre de la DA con flujo TIMI

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: albasp88@gmail.com (A. Simón Paniello).

https://doi.org/10.1016/j.medin.2026.502549

0210-5691/© 2026 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

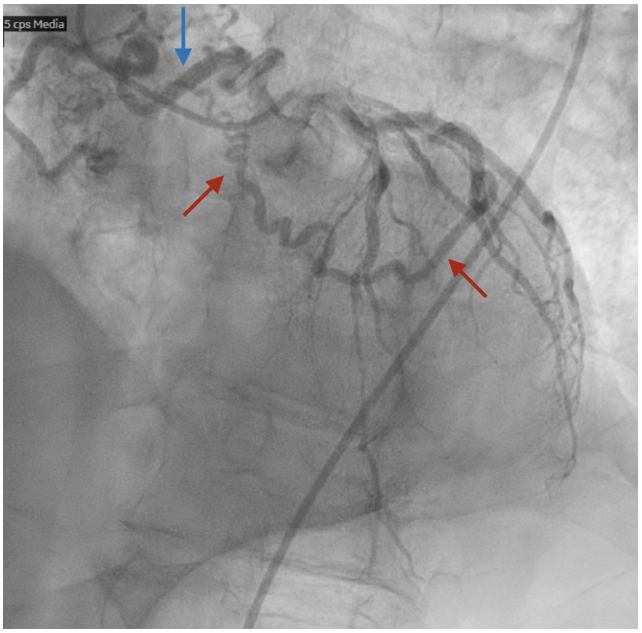

Figura 2.

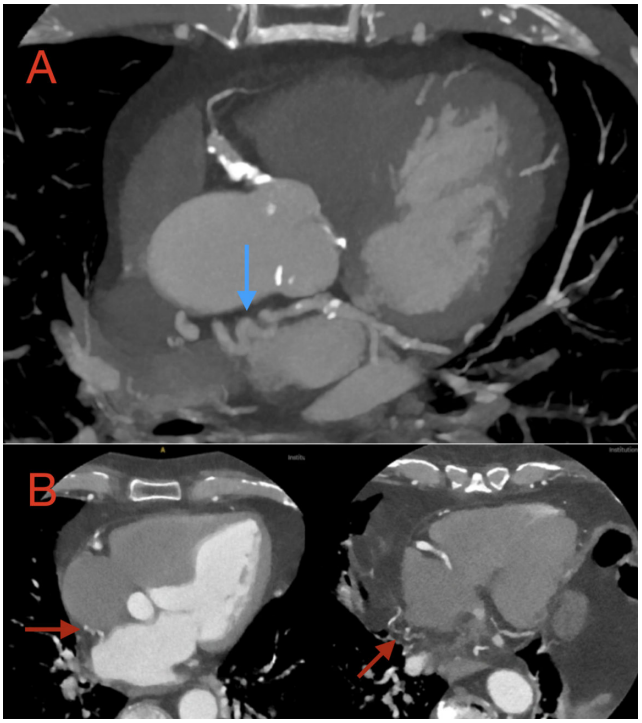

Figura 3.

III, y se descarta hematoma intramural y espasmo coronario. Se asume que la parada cardiorrespiratoria es secundaria al vasoespasmo coronario, por lo que se decide implante de DAI y no tratar las fístulas coronarias. Actualmente se encuentra estable, y no ha presentado otras complicaciones a nivel cardiológico.

Financiación

No existe financiación.

Uso de IA

Los autores niegan que hayan utilizado IA en la elaboración de este artículo.

Contribución de los autores

Alba Simón es la autora principal. El artículo ha sido editado y supervisado por la Dra. López y el Dr. Farrais, médico adjunta de Medicina Intensiva del Área de Críticos Cardiológicos y médico jefe de la Unidad de Cuidados Agudos Coronarios, respectivamente.

Agradecimientos

Al Área de Cardiología Crítica del HUNSC (Santa Cruz de Tenerife), por su dedicación y excelencia en la práctica clínica diaria, y por la oportunidad de integrarme y aprender en su equipo. A la Unidad de Medicina Intensiva del HUNSC por la formación recibida.