

**Cómo citar este artículo:**

Coello-Kindelan HS; Zayas-Massó LA; Rosell-Oliva A; Planas-Díaz BA. Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST secundario a fístula coronaria. Presentación de caso. MedEst. [Internet]. 2026 [citado acceso fecha]; 6:e541. Disponible en: <https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/541>

Palabras Clave:

Angiografía coronaria;
Fístula arteriovenosa;
Isquemia miocárdica;
Síndrome coronario agudo;
Trompa pulmonar.

Keywords: Acute Coronary Syndrome; Coronary Angiography; Coronary Vessel Anomalies; Myocardial Ischemia; Pulmonary Artery.

Autor para correspondencia:

luiszayasmasso@gmail.com

Recibido: 19/04/2026

Aceptado: 08/08/2026

Publicado: 10/08/2026

Editor(es) a cargo:

Dr. Yonathan Estrada Rodríguez.
Est. Shania Naranjo Lima.

Traductor:

MSc. Maritza Núñez Arévalo

Maquetador:

Rey Adrián Fraguela González.

Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST secundario a fístula coronaria. Presentación de caso

Acute coronary syndrome without ST-segment elevation secondary to coronary fistula. Case presentation

Hadierkis Sarai Coello Kindelan ¹ , Luis Angel Zayas Massó ^{2*}

Andrés Rosell Oliva ³ Branly Armando Planas Díaz ²

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Facultad de Medicina No.1. Santiago de Cuba, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Facultad de Medicina No.2. Santiago de Cuba, Cuba.

³ Hospital Provincial Saturnino Lora. Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Introducción: Las fístulas de las arterias coronarias son anomalías vasculares infrecuentes que pueden alterar la perfusión miocárdica y simular síndromes coronarios agudos. Su reconocimiento es clínicamente relevante debido a que pueden presentarse sin enfermedad coronaria obstructiva, lo que constituye un reto diagnóstico. **Objetivo:** Describir un caso clínico de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST secundario a fístula coronaria.

Presentación del caso: Se presenta una paciente femenina de 53 años, con antecedentes de hipertensión arterial, obesidad grado I y tabaquismo crónico. Acudió por dolor torácico típico de características isquémicas, asociado a disnea y síntomas vegetativos. El electrocardiograma evidenció cambios dinámicos de isquemia con normalización posterior. Los biomarcadores cardíacos mostraron elevación de troponina T y creatina quinasa fracción MB. El ecocardiograma reveló alteraciones segmentarias de la contractilidad con fracción de eyección conservada. La coronariografía demostró arterias coronarias epicárdicas sin lesiones ateroscleróticas y una fístula originada en la arteria descendente anterior con drenaje hacia la circulación pulmonar (CIE-11: Q24.5, I20.0). Se indicó tratamiento médico conservador con evolución clínica favorable.

Conclusiones: Las fístulas coronarias pueden manifestarse como síndrome coronario agudo sin elevación del ST en ausencia de enfermedad coronaria obstructiva. La coronariografía resulta esencial para el diagnóstico definitivo y la conducta terapéutica. El manejo conservador puede ser efectivo en casos sin repercusión hemodinámica significativa.

ABSTRACT

Introduction: Coronary artery fistulas are rare vascular anomalies that may alter myocardial perfusion and mimic acute coronary syndromes. Their clinical relevance lies in the fact that they can occur in the absence of obstructive coronary artery disease, representing a diagnostic challenge. **Objective:** To describe a clinical case of non-ST-segment elevation acute coronary syndrome secondary to a coronary artery fistula. **Case presentation:** A 53-year-old female patient with a history of arterial hypertension, grade I obesity, and chronic smoking presented with typical ischemic chest pain associated with dyspnea and autonomic symptoms. Electrocardiography showed dynamic ischemic changes with subsequent normalization. Cardiac biomarkers revealed elevated troponin T and creatine kinase MB fraction levels. Transthoracic echocardiography demonstrated regional wall motion abnormalities with preserved left ventricular ejection fraction. Coronary angiography revealed normal epicardial coronary arteries without atherosclerotic lesions and a fistula originating from the left anterior descending artery with drainage into the pulmonary circulation (ICD-11: Q24.5, I20.0). Conservative medical treatment was indicated, with favorable clinical evolution. **Conclusions:** Coronary artery fistulas may present as non-ST-segment elevation acute coronary syndrome in the absence of obstructive coronary disease. Coronary angiography is essential for definitive diagnosis and therapeutic decision-making. Conservative management may be effective in hemodynamically stable cases without significant shunt.

INTRODUCCIÓN

Las fístulas de las arterias coronarias constituyen anomalías vasculares congénitas infrecuentes, caracterizadas por una comunicación anómala entre una arteria coronaria epicárdica y una cavidad cardíaca o un gran vaso, que genera un cortocircuito con repercusión hemodinámica variable. ⁽¹⁾ Aunque la mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos durante décadas, estas anomalías pueden manifestarse con isquemia miocárdica, insuficiencia cardíaca, arritmias o, en casos excepcionales, con ruptura del vaso fistuloso. ⁽²⁾

En términos epidemiológicos, las fístulas coronarias presentan una baja frecuencia en la población general, con prevalencias reportadas entre 0,05 % y 0,25 % mediante coronariografía convencional, incrementándose hasta aproximadamente 0,9 % con el uso de tomografía computarizada coronaria, lo que evidencia una mayor sensibilidad diagnóstica de las técnicas actuales. ⁽³⁾ En el contexto cubano, su detección depende del acceso a recursos tecnológicos y la experiencia en hemodinamia, reportándose una baja incidencia, incluso en series locales de centros con actividad intervencionista. ⁽⁴⁾

A pesar de su rareza, estas anomalías pueden tener importantes repercusiones clínicas cuando se asocian al fenómeno de robo coronario, capaz de producir isquemia miocárdica incluso en ausencia de lesiones obstructivas significativas. ⁽⁵⁾ En este contexto, su presentación como síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCACEST) puede dificultar el diagnóstico diferencial, generando interpretaciones iniciales erróneas si no se considera esta entidad dentro de las causas no ateroscleróticas de isquemia. ^(5,6)

El presente caso resulta de interés por tres razones principales: (i) la coexistencia de múltiples factores de riesgo cardiovascular en una paciente que enmascaró inicialmente una causa no aterosclerótica, (ii) la demostración de isquemia miocárdica objetiva con biomarcadores elevados y alteraciones electrocardiográficas dinámicas, en ausencia total de enfermedad coronaria obstructiva, y (iii) el éxito del manejo conservador en una fístula de bajo flujo, lo que refuerza la importancia de la estratificación hemodinámica para la toma de decisiones terapéuticas.

La escasez de reportes nacionales y la complejidad diagnóstica inherentes a esta entidad justifican la presentación de casos que contribuyan al conocimiento de su comportamiento clínico y a la optimización de su manejo terapéutico.

El objetivo del presente trabajo es describir un caso clínico de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST secundario

a fístula coronaria de la arteria descendente anterior con drenaje a la circulación pulmonar, diagnosticada por coronariografía y manejada de forma conservadora con evolución favorable.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta una paciente femenina de 53 años de edad, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial de varios años de evolución, en tratamiento habitual con captopril 6,25 mg diarios e hidroclorotiazida 25 mg diarios. Además, presentaba obesidad grado I e índice de masa corporal de 31,2 kg/m², y hábito tabáquico de más de 20 años.

Acudió al servicio de urgencias del Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Saturnino Lora, en Santiago de Cuba, por presentar dolor precordial de inicio súbito, intenso, de carácter opresivo y urente, irradiado a cuello, mandíbula y miembro superior izquierdo, con una duración mayor de 30 minutos, sin alivio con el reposo. El cuadro se acompañaba de disnea de esfuerzo, sudoración fría, palidez cutánea, náuseas y sensación de debilidad generalizada. La paciente refirió no haber presentado episodios similares con anterioridad.

Al examen físico se constató panículo adiposo aumentado. En el sistema cardiovascular se evidenció taquicardia (frecuencia cardíaca de 102 latidos por minuto), ruidos cardíacos hipofonéticos, sin presencia de soplos, y llenado capilar enlentecido (mayor de 3 segundos). En el sistema vascular periférico se observaron pulsos arteriales débiles y rápidos, así como la presencia de edema en ambos miembros inferiores hasta el tercio inferior de las piernas, frío, no doloroso y con godet positivo. La presión arterial fue de 148/92 mmHg. La saturación de oxígeno por pulsioximetría fue de 94 % con aire ambiente.

Se realizó electrocardiograma de 12 derivaciones al ingreso que mostró alteraciones compatibles con isquemia miocárdica, caracterizadas por supradesnivel transitorio del segmento ST en derivaciones precordiales derechas (V1-V3) y ondas T negativas en cara anterolateral (I, aVL, V4-V6). En un segundo electrocardiograma, realizado 20 minutos después, se observó normalización del segmento ST (Figura 1)



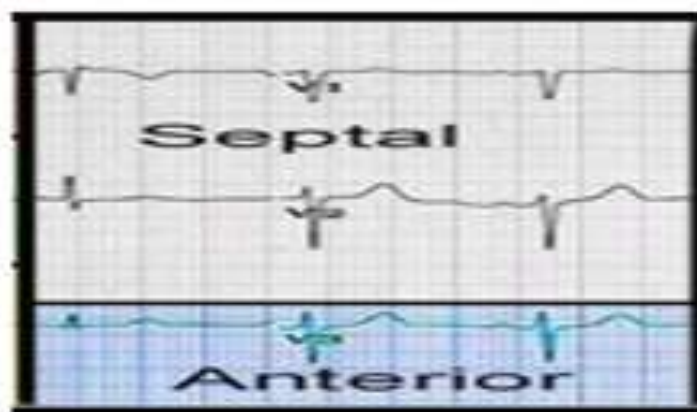


Figura 1. Electrocardiograma de 12 derivaciones realizado al ingreso, donde se observan alteraciones de la repolarización ventricular caracterizadas por ondas T negativas en derivaciones precordiales y cambios transitorios del segmento ST.

Se solicitó perfil de biomarcadores cardíacos, que evidenció elevación de troponina T de alta sensibilidad (45 ng/L; valor de referencia: <14 ng/L) y creatina quinasa fracción MB (CK-MB) (65 U/L; valor de referencia: <25 U/L). El hemograma mostró leucocitosis de $12 \times 10^9/L$, la velocidad de eritrosedimentación estaba acelerada (28 mm/h) y la proteína C reactiva se encontraba elevada (5,0 mg/L). Los niveles de creatinina sérica y electrolitos fueron normales.

El ecocardiograma transtorácico evidenció cavidades cardíacas de tamaño normal, función sistólica global conservada con fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 65 %, y trastornos segmentarios de la contractilidad en el territorio de la arteria descendente anterior (hipocinesia apical y de la pared anterior). No se observaron vegetaciones, masas intracardíacas ni derrame pericárdico significativo.

Con estos hallazgos se estableció el diagnóstico de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCACEST), por lo que la paciente fue trasladada a la sala de Hemodinamia para estudios invasivos.

Se realizó coronariografía diagnóstica mediante abordaje radial derecho, la cual mostró arterias coronarias epicárdicas sin lesiones ateroscleróticas significativas. Se identificó una fístula coronaria originada en el segmento proximal de la arteria descendente anterior, con drenaje hacia la circulación pulmonar derecha, con diámetro aproximado de 2,5 mm. El cociente de flujos pulmonar/sistémico (Q_p/Q_s) fue menor de 1,5. La arteria coronaria derecha se encontró permeable en todos sus segmentos, sin evidencia de disección, trombosis ni embolización. (Figura 2)



Figura 2. Coronariografía selectiva en la que se observa la presencia de una fístula coronaria originada en el segmento proximal de la arteria descendente anterior con drenaje hacia la circulación pulmonar derecha, sin evidencia de lesiones ateroscleróticas en las arterias coronarias epicárdicas.

El diagnóstico definitivo fue síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST secundario a fístula coronaria de la arteria descendente anterior con drenaje a la circulación pulmonar (CIE-11: Q24.5, I20.0).

Se inició tratamiento farmacológico con metoprolol 50 mg cada 12 horas, ácido acetilsalicílico 125 mg diarios, clopidogrel 75 mg diarios, enalapril 10 mg cada 12 horas y atorvastatina 40 mg diarios, con adecuada respuesta clínica. No se indicó intervención percutánea ni cierre quirúrgico de la fístula debido a la ausencia de repercusión hemodinámica significativa ($Q_p/Q_s < 1,5$), estabilidad hemodinámica y ausencia de signos de insuficiencia cardíaca.

Durante su evolución hospitalaria, la paciente presentó mejoría clínica progresiva, con desaparición del dolor torácico a las 8 horas del inicio del tratamiento, estabilidad hemodinámica y normalización progresiva de los biomarcadores cardíacos (troponina T descendió a 18 ng/L al segundo día). Permaneció asintomática durante el resto de la estancia hospitalaria, sin nuevas alteraciones electrocardiográficas ni arritmias documentadas. No presentó complicaciones hemorrágicas ni eventos adversos al tratamiento.

Fue egresada al tercer día de ingreso con seguimiento programado por consulta externa de cardiología a las 2 y 4 semanas, indicaciones de modificación del estilo de vida (dieta hiposódica, actividad física moderada), suspensión definitiva del hábito tabáquico y adherencia estricta al tratamiento médico indicado.

Consentimiento informado y ética: Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de la paciente para la publicación del presente caso clínico y de las imágenes diagnósticas asociadas. Se garantizó la confidencialidad de la información y el anonimato de los datos personales. El estudio se realizó conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki para investigaciones en

seres humanos.

DISCUSIÓN

La presentación de un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST en una paciente de mediana edad con múltiples factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, obesidad y tabaquismo) orientó inicialmente hacia una etiología aterotrombótica. Sin embargo, la ausencia de lesiones coronarias obstructivas en la coronariografía y el hallazgo de una fístula coronaria con drenaje pulmonar constituyeron un diagnóstico inesperado que requirió un replanteamiento terapéutico. Este escenario ejemplifica la importancia de considerar causas no ateroscleróticas de isquemia miocárdica en el diagnóstico diferencial del SCACEST, particularmente cuando los hallazgos angiográficos no correlacionan con la presentación clínica. ^(1,5)

Desde el punto de vista fisiopatológico, las fístulas coronarias generan un cortocircuito arteriovenoso que puede producir isquemia miocárdica por el fenómeno de "robo coronario". En este mecanismo, una porción significativa del flujo sanguíneo se desvía hacia el territorio de baja resistencia (en este caso, la circulación pulmonar), reduciendo la perfusión distal del territorio coronario afectado. ⁽⁵⁾

Torres et al. ⁽⁵⁾ han demostrado que este fenómeno puede simular un infarto agudo de miocardio tipo 1, aun cuando el mecanismo subyacente sea funcional y no obstructivo. La localización de la fístula en el segmento proximal de la arteria descendente anterior, como en el caso presentado, confiere una mayor relevancia clínica dado que este territorio irriga una extensa masa miocárdica, aumentando el riesgo de compromiso hemodinámico significativo. ⁽⁷⁾

El diagnóstico diferencial inicial de esta paciente incluyó síndrome coronario agudo aterotrombótico, disección aórtica, embolia pulmonar, miocarditis aguda y síndrome de Takotsubo. La ausencia de dolor dorsal irradiado, la normalidad de los niveles de dímero D y la preservación de la función sistólica global con afectación segmentaria focal orientaron hacia una etiología coronaria. No obstante, fue la coronariografía la que permitió descartar definitivamente la enfermedad aterosclerótica obstructiva e identificar la fístula como la causa del cuadro isquémico. ⁽²⁾ Este hallazgo subraya que, en pacientes con SCACEST y arterias coronarias epicárdicas libres de aterosclerosis, debe sospecharse sistemáticamente la existencia de anomalías coronarias congénitas, incluidas las fístulas. ⁽⁶⁾

Los cambios electrocardiográficos dinámicos observados en esta paciente —supradesnivel transitorio del segmento ST con posterior

normalización— son consistentes con un fenómeno isquémico intermitente. Salazar ⁽⁸⁾ ha descrito que las fístulas coronarias con drenaje pulmonar pueden producir episodios de isquemia de carácter fluctuante, dependiendo de las variaciones hemodinámicas y del grado de desvío del flujo. Rusali et al. ⁽³⁾ señalan que este comportamiento eléctrico intermitente es característico de fístulas con flujo variable, especialmente en ausencia de obstrucción coronaria asociada, lo cual coincide con el patrón observado en el presente caso. La presencia de ondas T negativas en cara anterolateral, además, sugirió compromiso del territorio de la arteria descendente anterior, hallazgo que fue posteriormente confirmado por el ecocardiograma y la coronariografía.

El ecocardiograma transtorácico constituye una herramienta diagnóstica accesible que, en este caso, permitió detectar trastornos segmentarios de la contractilidad en el territorio de la arteria descendente anterior con función sistólica global conservada. Este patrón, descrito también por Acitelli et al. ⁽⁶⁾ en pacientes con fístulas coronarias diagnosticadas durante un SCACEST, refleja hipoperfusión regional secundaria al desvío del flujo sanguíneo, sin que necesariamente exista necrosis miocárdica extensa. La fracción de eyección conservada del 65 % en esta paciente, aunque tranquilizadora, no excluyó el riesgo de eventos isquémicos recurrentes, razón por la cual se optó por un manejo médico estricto y seguimiento estrecho.

La decisión terapéutica de manejo conservador en esta paciente se fundamentó en tres criterios fundamentales: (a) estabilidad hemodinámica desde el ingreso; (b) ausencia de repercusión hemodinámica significativa, evidenciada por un cociente Qp/Qs menor de 1,5; y (c) diámetro de la fístula inferior a 3 mm, umbral generalmente aceptado para considerar el cierre en ausencia de síntomas graves. ^(4,9)

Araújo-Leite et al. ⁽⁴⁾ y Favaloro et al. ⁽⁹⁾ concuerdan en que el cierre percutáneo o quirúrgico debe reservarse para fístulas de alto flujo ($Qp/Qs > 1,5$), sintomáticas refractarias al tratamiento médico, o aquellas asociadas a complicaciones como endocarditis, trombosis o insuficiencia cardíaca. En este contexto, el manejo farmacológico con betabloqueantes, antiagregantes plaquetarios dobles, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y estatinas, junto con la modificación estricta de factores de riesgo, constituyó una estrategia apropiada que resultó en evolución favorable. Soledispa et al. ⁽⁷⁾ describieron una fístula coronaria-pulmonar como causa de síndrome coronario agudo en un paciente adulto, con hallazgos angiográficos y evolución comparable. No obstante, a diferencia de ese reporte, en el cual se optó por cierre percutáneo, el presente caso justificó el

manejo conservador por la ausencia de alto flujo y la estabilidad clínica.

La respuesta clínica positiva al tratamiento conservador, con desaparición del dolor a las 8 horas y descenso progresivo de los biomarcadores de daño miocárdico, coincide con los resultados reportados por Santiago-Peña et al. ⁽¹⁰⁾ en pacientes seleccionados manejados de forma no invasiva. Sin embargo, es imperativo destacar que estas entidades requieren vigilancia a largo plazo. Díaz-Sarasa et al. ⁽²⁾ advierten sobre el riesgo potencial de complicaciones tardías, incluyendo progresión del cortocircuito, desarrollo de insuficiencia cardíaca, arritmias ventriculares y, en casos excepcionales, ruptura de la fístula. Por ello, el seguimiento ambulatorio periódico con evaluación ecocardiográfica y, de ser necesario, estudios de imagen avanzada, resulta esencial. ^(2,10)

Lecciones aprendidas de este caso:

Enmascaramiento diagnóstico: La presencia de múltiples factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, obesidad, tabaquismo) puede desviar la atención hacia una etiología aterotrombótica, incluso cuando el mecanismo subyacente es una anomalía congénita. La coronariografía normal en un paciente con SCACEST debe alertar sobre causas no ateroscleróticas.

Estratificación hemodinámica: La medición del cociente Q_p/Q_s y la evaluación del diámetro de la fístula son esenciales para decidir entre manejo conservador o intervencionista. No todas las fístulas sintomáticas requieren cierre percutáneo o quirúrgico.

Seguimiento a largo plazo: A pesar de la buena evolución inicial, las fístulas coronarias requieren vigilancia prolongada debido al riesgo de complicaciones tardías.

Enfoque multidisciplinario: El manejo exitoso requirió la colaboración entre cardiología clínica, hemodinamia y el equipo de urgencias, lo que subraya la importancia del trabajo en equipo.

El presente reporte presenta limitaciones inherentes a su diseño. En primer lugar, se trata de un caso único, lo que impide generalizar los hallazgos a poblaciones más amplias. En segundo lugar, no se dispuso de estudios de imagen avanzada como tomografía computarizada coronaria o resonancia magnética cardíaca, que habrían permitido una mejor caracterización anatómica de la fístula y una cuantificación más precisa del flujo del cortocircuito. En tercer lugar, el seguimiento post-egreso fue breve (hasta el momento de redacción), por lo que no es posible evaluar la evolución a mediano y largo plazo ni la

posible aparición de complicaciones tardías. Finalmente, no se realizó cateterismo cardíaco derecho ni medición directa de presiones pulmonares, lo cual habría enriquecido la caracterización hemodinámica.

CONCLUSIONES

Se presentó un caso de síndrome coronario agudo sin elevación del ST secundario a fístula coronaria de la arteria descendente anterior con drenaje a la circulación pulmonar, diagnosticada por coronariografía. Se confirmó su carácter no aterosclerótico como causa de isquemia miocárdica. El tratamiento médico conservador mostró evolución favorable sin complicaciones. El caso resalta la importancia de incluir esta entidad en el diagnóstico diferencial del síndrome coronario agudo sin elevación del ST en ausencia de enfermedad coronaria obstructiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Crespo Valdés J, Muiños Martínez C. Fístula de arteria coronaria descendente anterior a arteria pulmonar en paciente no pediátrico. Reporte de un caso en Cuba. Rev Cuba Cardiol Cir Cardiovasc [Internet]. 2021 [citado 13/04/2026];27(2):e1015. Disponible en: <https://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/1015>
- 2- Díaz-Sarasa PD, Méndez-Sánchez HG, Eid-Lidt G. Aneurismas y fístula de arteria coronaria posterior a biopsia endomiocárdica en un paciente con trasplante de corazón. Evolución angiográfica y clínica. Arch Cardiol Mex [Internet]. 2025 [citado 13/04/2026];95(1):111-114. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140599402025000100111
- 3- Santiago-Peña JJ, Saaibi-Solano JF, Rubio-Duarte AF, Pinto-Martínez IA, Molina-Mora Y, Díaz-Caraballo MI. Cierre endovascular de fístula coronaria en el lactante. Arch Cardiol Mex [Internet]. 2024 [citado 13/04/2026];94(4):515-518. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140599402024000400515
- 4- Rusali AC, Lupu CI, Manolache MM, et al. Fístula coronaria-pulmonar en un paciente con dolor torácico atípico: presentación de caso y revisión de la literatura. Surg Radiol Anat. [Internet] 2025 [citado 13/04/2026];47:240. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00276-025-03724-7>

- 5- Araújo-Leite MP, Costa J, Galvão-Braga C. Tratamiento de fístula arterial coronaria iatrogénica. REC Interv Cardiol ES [Internet]. 2023 [citado 13/04/2026];5(1):83-84. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S260473062023000100018
- 6- Torres C, Gjergjindrea J, Torres-Ortiz H, Fuentes J, Beohar N. Coronary steal syndrome secondary to large coronary to pulmonary artery fistulas. Cureus. [Internet] 2022 [citado 13/04/2026];14(10):e30267. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.30267>
- 7- Acitelli A, Bencivenga S, Giannico MB, et al. Coronary artery fistula diagnosed by echocardiography during NSTEMI: case report and review of literature. Case Rep Cardiol. [Internet] 2019 [citado 13/04/2026]; 2019:5956806. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2019/5956806>
- 8- Soledispa CI, Larrea M, Alberca SS, Zelaya A, Sanango K. Fístula coronaria-pulmonar como causa de síndrome coronario agudo. Rev Argent Cardiol [Internet]. 2023 [citado 13/04/2026];91(2):159-160. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185037482023000200159
- 9- Salazar FJ. Fístulas coronario-pulmonares asintomáticas. Reporte de caso. Rev Urug Med Int [Internet]. 2020 [citado 13/04/2026];5(3):19-25. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-67972020000300019
- 10- Favaloro RR, Casabé JH, Escarain MC, Ganum GE, Mendiz O. Fístula coronaria gigante resuelta quirúrgicamente. Medicina (B Aires) [Internet]. 2020 [citado 13/04/2026];80(1):91-91. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020000100013

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

HACK: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, redacción del borrador original, redacción de revisión y edición.

LAZM: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, redacción del borrador original, redacción de revisión y edición.

ARO: investigación, metodología, redacción del borrador original, redacción de revisión y edición.

BAPD: investigación, metodología, redacción del borrador original, redacción de revisión y edición.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Los autores declaran que no se recibió financiación externa.

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores declaran que no se ha utilizado inteligencia artificial generativa en la redacción del manuscrito.

La presente presentación de caso se ha elaborado siguiendo las recomendaciones de la guía CARE (CAse REport).

