

séptimo día postoperatorio siguiendo tratamiento rehabilitador.

Este caso demuestra la factibilidad de realizar una REV completa de un AATA complejo mediante la utilización de endoprótesis ramificadas personalizadas. Asimismo, exceptuando puntuales centros de excelencia⁴, este abordaje terapéutico ofrece menores tasas de morbimortalidad y paraje que la cirugía abierta convencional⁵. Sin embargo, es recomendable afrontar esta nueva técnica después de consolidar una experiencia amplia en REV de aneurismas de aorta complejos. Por ello, todavía son muy pocos los centros que están acumulando experiencias positivas^{6,7}.

Consideramos que en el futuro puede ser la técnica considerada de elección en el manejo de la patología aórtica compleja. Por lo tanto, creemos que éste es un procedimiento factible que puede ofrecerse como una efectiva alternativa en la gran mayoría de los pacientes con AATA, especialmente en los que, por sus características, son descartados para cirugía convencional abierta.

Emiliano A. Rodríguez-Caulo, Ricardo Lucio,
Zaki A. Zarka y Vicente Riambau

Servicio de Cirugía Cardiovascular. Sección de Cirugía Vascular. Instituto del Tórax. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. España.

BIBLIOGRAFÍA

- Mitchell RS, Miller DC, Dake MD, Semba C, Moore K. Thoracic aortic aneurysm repair with an endovascular stent graft: the "first generation". *Ann Thorac Surg.* 1999;67:1971-4.
- Matsumura JS, Brewster DC, Makaroun MS, Naftel DC. A multicenter controlled clinical trial of open versus endovascular treatment of abdominal aortic aneurysm. *J Vasc Surg.* 2003;37:262-71.
- Chuter TA, Rapp JH, Hiramoto JS, Schneider DB, Howell B, Reilly LM. Endovascular treatment of thoracoabdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg.* 2008;47:6-16.
- Conrad MF, Crawford RS, Davison JK, Cambria RP. Thoracoabdominal aneurysm repair: a 20-year perspective. *Ann Thorac Surg.* 2007;83:S856-61.
- Rigberg DA, McGory ML, Zingmond DS, Maggard MA, Agustin M, Lawrence PF, et al. Thirty-day mortality statistics underestimate the risk of repair of thoracoabdominal aortic aneurysms: a statewide experience. *J Vasc Surg.* 2006;43:217-22.
- Ferreira M, Lanzotti L, Monteiro M. Branched devices for thoracoabdominal aneurysm repair: Early experience. *J Vasc Surg.* 2008;48:S30-S36.
- Roselli EE, Greenberg RK, Pfaff K, Francis C, Svensson LG, Lytle BW. Endovascular treatment of thoracoabdominal aortic aneurysms. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2007;133:1474.e82.

Intervencionismo coronario percutáneo en paciente con prótesis aórtica percutánea CoreValve®

Sra. Editora:

El reemplazo valvular aórtico percutáneo es actualmente una alternativa en el tratamiento de la

estenosis aórtica grave (EAG) degenerativa sintomática en pacientes seleccionados con elevado riesgo quirúrgico o contraindicación para la cirugía. Según los distintos registros, hay gran variabilidad en cuanto a la presencia de enfermedad arterial coronaria (EAC) en pacientes con EAG, que puede abarcar desde el 7¹ al 66%². En nuestro centro, se realiza intervencionismo coronario percutáneo (ICP) de forma protocolizada en los pacientes con EAG y EAC concomitantes que van a ser sometidos a implante de válvula aórtica percutánea, intentando una revascularización lo más completa posible al menos 1 mes antes de realizar el reemplazo valvular aórtico. En nuestra serie histórica de 39 implantes de válvula aórtica CoreValve®, se realizó revascularización coronaria previa a 8 pacientes (20,5%). Además, la EAC de estos pacientes puede evolucionar y presentarse como angina de esfuerzo o complicarse en forma de síndrome coronario agudo y requerir la realización de un nuevo ICP una vez implantada la válvula. En la literatura sólo hay un caso de ICP tras el implante de este tipo de válvula, como consecuencia de la evolución natural de la EAC³, quizá porque el seguimiento medio en este tipo de pacientes todavía es corto.

Presentamos el caso de una mujer de 85 años de edad, con EAG y antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia e hipertensión arterial pulmonar, para la que, por su elevado riesgo quirúrgico (EuroSCORE logístico, 21,81%), se optó por realizar sustitución valvular aórtica mediante implante de una prótesis CoreValve®. Previamente al implante, se practicó una coronariografía, que mostró EAC significativa de las arterias descendente anterior media y circunfleja proximal, que se trataron mediante ICP con implante de sendos *stents* convencionales, así como una lesión < 50% en el segmento medio de la coronaria derecha, en la que no se intervino. Cuatro meses después del alta hospitalaria, la paciente ingresó por un síndrome coronario agudo sin elevación del ST con criterios de alto riesgo (tropoina I en 1,43 ng/ml y datos electrocardiográficos de isquemia aguda), motivo por el que se decidió realizar una coronariografía. El procedimiento se llevó a cabo por vía femoral izquierda con un introductor Avanti® de 6 Fr (Cordis). Antes de la coronariografía, se realizó una aortografía que confirmó el correcto posicionamiento y la funcionalidad de la prótesis y excluyó la oclusión de los *ostia* coronarios. Para el estudio del árbol coronario izquierdo, se usó un catéter diagnóstico Super Torque Plus® JL4 (Cordis), que demostró la permeabilidad de los *stents* previamente implantados, sin evidencia de progresión de la enfermedad coronaria. Para la coronaria derecha se uti-

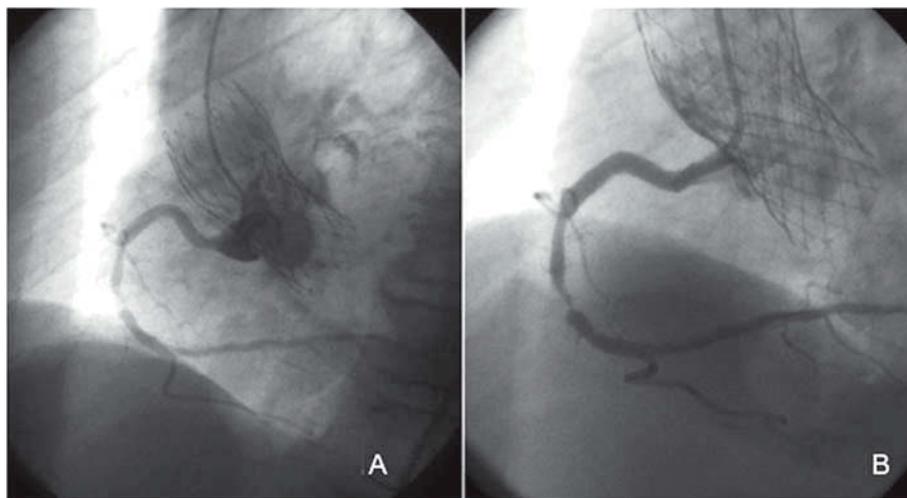


Fig. 1. Coronariografía. A: curva JR4. B: curva AR1.

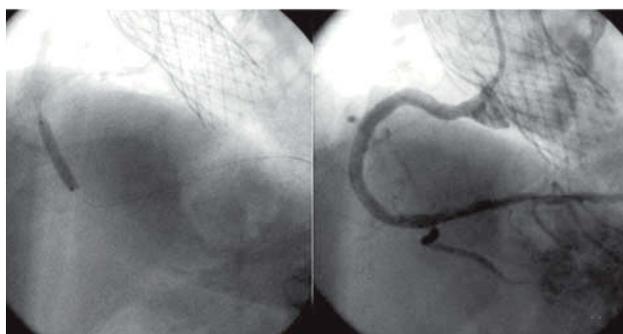


Fig. 2. Implante de stents y resultado final.

lizó un catéter diagnóstico Super Torque Plus® JR4 (Cordis), y se documentó una placa complicada y suboclusiva en su tercio medio (fig. 1A). Es de destacar que para la correcta canalización de ambos *ostia* coronarios es preciso avanzar la punta del catéter a través de los *frames* de la prótesis que son de morfología romboidal. Además, a nivel de los senos de Valsalva, la prótesis adopta forma de copa para no comprometer el flujo a las arterias coronarias; así, el catéter se apoya en la prótesis y no en la pared aórtica, con lo que los *ostia* coronarios quedan separados, y es preciso usar un catéter con una distancia mayor entre la punta y la curvatura primaria para conseguir una correcta canalización selectiva de los vasos coronarios. Por este motivo, para la realización del ICP utilizamos un catéter guía Vista Brite Tip® AR1 de 6 Fr (Cordis) (fig. 1B), que nos permitió una correcta canalización del *ostium* coronario derecho y nos propor-

cionó un buen apoyo ya que, al ser un catéter «menos recto» que el JR4 usado para el diagnóstico, se adapta mejor a la curvatura que exigen los *frames* de la prótesis. Después avanzamos una guía de angioplastia de 0,014" con recubrimiento hidrófilo, Pilot 50® (Abbott) y realizamos dilatación con balón Voyager 2,5 ± 15 mm (Abbott). Finalmente implantamos dos *stents* convencionales Driver Sprint Rx® (Medtronic) de 3,5 × 18 mm y 4 × 14 mm; el procedimiento acabó sin complicaciones (fig. 2).

En el futuro, la necesidad de realizar ICP a través de una prótesis CoreValve® irá en aumento, dada la generalización de este tratamiento en la EAG y el mayor tiempo de seguimiento de estos pacientes. Creemos que se trata de una técnica factible y segura si se toman las precauciones adecuadas.

Diego López-Otero, Ramiro Trillo-Nouche,
Pablo Souto-Castro y José R. González-Juanatey
Sección de Hemodinámica. Servicio de Cardiología. Hospital Clínico
Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela.
A Coruña. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nunley DL, Grunkemerer GL, Starr A. Aortic valve replacement with coronary bypass grafting. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1983;85:705-11.
2. Pluta W, Buszman P, Lekston A, Pasyk S. Coronary artery stenosis in patients with valvular heart disease. *Cor Vasa.* 1989;31:451-7.
3. Geist V, Sherif MA, Khattab AA. Successful percutaneous coronary intervention after implantation of CoreValve percutaneous aortic valve. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2009;73:61-7.