



6029-366. TRATAMIENTO PERCUTÁNEO MEDIANTE CATÉTER DE RADIOFRECUENCIA PARA LA COARTACIÓN CON OBSTRUCCIÓN COMPLETA DE AORTA

Luis Fernández González, Roberto Blanco Mata, Koldo García San Román, Juan Carlos Astorga Burgo, M. Jesús Arriola Meabe, Nagore Horrillo Alonso, Patricia Rueda Plagaro y Juan Carlos Alcívar Villa del Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

Resumen

Introducción y objetivos: La coartación de aorta (CoA) representa entre el 7-10% de las cardiopatías congénitas. En este trabajo hacemos referencia a un tipo especial y muy poco frecuente (1-5% de todas las coartaciones) que es la obstrucción completa de aorta (CoAOC) en la que hay ausencia total de flujo distal pero con continuidad luminal entre aorta ascendente y descendente. El diagnóstico de esta patología suele ser en el contexto de estudio de hipertensión arterial (HTA), ictus o insuficiencia cardiaca. Suele cursar con abundante circulación colateral y la pared aórtica presenta degeneración quística de la media y gran desestructuración que puede desencadenar complicaciones como aneurismas y disecciones o incluso rotura aórtica. El tratamiento quirúrgico está asociado con una elevada morbilidad con complicaciones graves como paraplejia por lo que el tratamiento percutáneo de esta patología ha tomado una gran relevancia en los últimos años.

Métodos y resultados: Hemos realizado en nuestro servicio un total de 6 casos de CoAOC, 5 de ellos con desobstrucción mediante guías de angioplastia coronaria y el último de ellos que es el que presentamos en esta ocasión, mediante catéter de radiofrecuencia Nikannen dado el grosor de la obstrucción (20 mm) que no fue posible atravesarlo con guías de angioplastia. Una vez perforada la obstrucción con la radiofrecuencia, se introduce una guía de alto soporte desde la vía femoral, se realiza dilatación progresiva para finalmente implantar el *stent* recubierto de ePTFE montado en el balón con diámetro similar a la aorta a nivel de la subclavia para finalmente posdilatar la porción distal del *stent* con un balón de calibre superior para una correcta aposición. El paciente evolucionó sin complicaciones siendo dado de alta al tercer día con antiagregación con AAS 100 durante 3 meses.

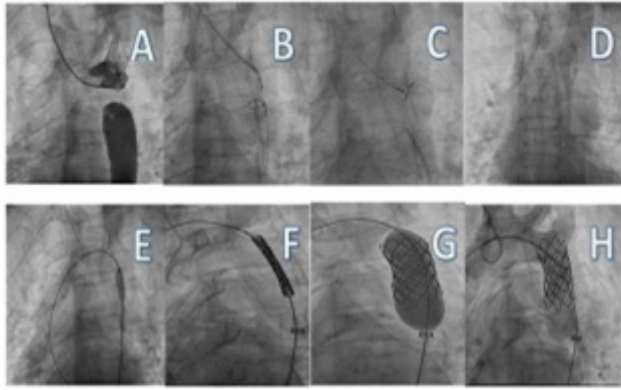


Figura: A. Angiografía simultánea desde el acceso superior e inferior para caracterización de la obstrucción. B. Intento fallido de perforación mediante guía de angioplastia. C. Perforación mediante catéter de radiofrecuencia. D. Captura de la guía con lazo desde el acceso superior para establecer el rail radial-femoral. E. Introducción de guía de alto soporte y dilatación progresiva con balones. F. Introducción del stent montado en un balón (BIB). G. Inflado del stent. H. Comprobación angiográfica

Conclusiones: Actualmente a pesar de la falta de evidencia científica (solamente series retrospectivas de pocos casos) dado el alto riesgo quirúrgico y la posibilidad de complicaciones graves, el tratamiento percutáneo con desobstrucción e implante de *stent* recubierto de ePTFE puede ser una buena alternativa con buenos resultados inmediatos y a largo plazo. En casos en que la obstrucción es mayor de 15 mm la opción de la radiofrecuencia para la perforación es la recomendada debido a la dificultad para la perforación con guías de angioplastia coronaria.