

Estenosis coronaria difusa reversible

Jorge Toquero, Juan F. Oteo y Manuel Ugarte

Servicio de Cardiología. Hospital Puerta de Hierro. Universidad Autónoma de Madrid.

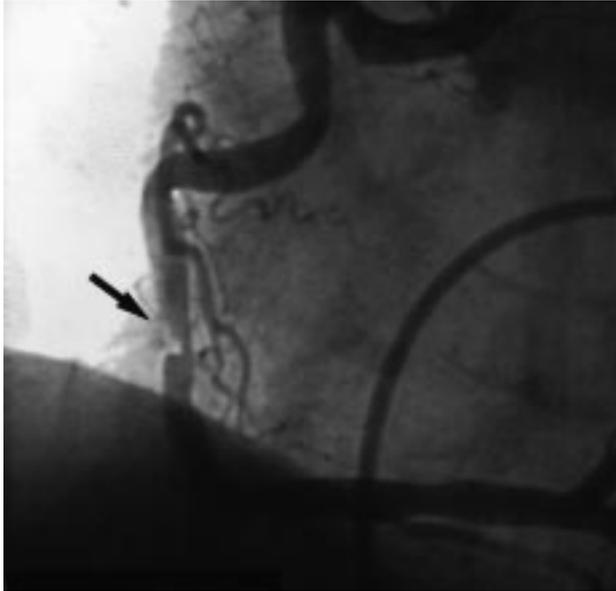


Fig. 1.



Fig. 2.

Paciente de 74 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia, ex fumador y antecedentes familiares de cardiopatía isquémica, que ingresó en nuestro centro con el diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM) sin elevación del segmento ST. Se realizó coronariografía, evidenciándose una lesión severa y excéntrica, con aspecto de placa ulcerada y con material trombótico intraluminal en el tercio medio-distal de la coronaria derecha (fig. 1, flecha), sobre la que se realizó dilatación percutánea con balón. Con la intención de implantar un *stent* sobre dicha lesión fue necesario, para obtener un mejor soporte, introducir el catéter guía hasta superar la curva proximal de la arteria, inmediatamente tras lo cual se constató una estenosis difusa, de contorno

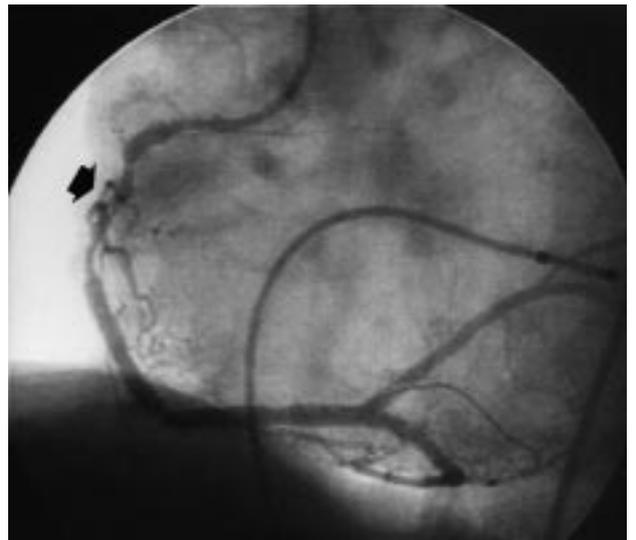


Fig. 3.

irregular, que afectaba al segmento proximal y medio de la coronaria derecha (fig. 2, cabezas de flecha). A pesar de la hipótesis de estenosis inducida por el catéter (espasmo coronario y rectificación de la curvatura

Correspondencia: Dr. J. Toquero Ramos.
Valdeverdeja, 9 2.º A. 28039 Madrid.
Correo electrónico: jetr@alehop.com

(Rev Esp Cardiol 2000; 53: 1653-1654)



Fig. 4.

asociados), éste hubo de mantenerse para proceder a implantar un *stent* S670 (Medtronic AVE) sobre la lesión previamente dilatada. Se infundieron repetidos bolos de nitroglicerina intracoronaria, a pesar de lo cual persistió la morfología previamente descrita (fig. 3, flecha). Tan sólo tras la retirada del alambre guía y el

catéter guía intracoronarios desapareció el espasmo y se normalizó la morfología de la arteria (fig. 4).

El caso ilustra un hallazgo bien conocido en la bibliografía: la aparición de seudolesiones por intususpección intimal y espasmo al introducir un catéter en las arterias coronarias tortuosas, y cómo este fenómeno puede no responder a la nitroglicerina intracoronaria y sí a la retirada del catéter y la guía intracoronarios¹⁻³. En la cardiología intervencionista es importante tener siempre en consideración dicha entidad, evitando interpretar un espasmo prolongado como una lesión fija y previniendo de esa manera el intervencionismo innecesario³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Takahashi M, Ikeda U, Sekiguchi H, Fujikawa H, Shimada K, Ri T. Guide wire-induced coronary artery spasm during percutaneous transluminal coronary angioplasty. A case report. *Angiology* 1996; 47: 305-309.
2. Altstidl R, Goth C, Lehmkuhl H, Bachmann K. Quantitative angiographic analysis of PTCA-induced coronary vasoconstriction in single-vessel coronary artery disease. *Angiology* 1997; 48: 863-870.
3. Illia R, Cafri C, Jafari J, Weinstein JM, Abu-Ful A, Battler A. Prolonged catheter-induced coronary artery spasm mimicking fixed stenosis. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1997; 41: 170-173.