

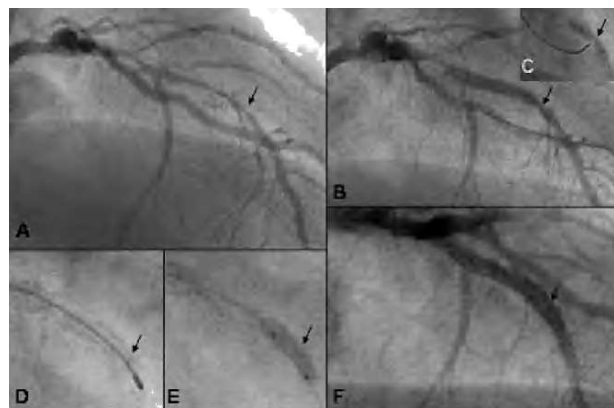


Fig. 1. Secuencia angiográfica del caso. Las flechas indican en todos los fotogramas la localización del anillo infraexpandido. A: arteria descendente anterior antes de intervencionismo. B: predilatación e implante de un *stent* (2,75 x 24 mm) en el que se aprecia el anillo infraexpandido. C: posdilatación inefectiva a 25 atm. D: rotablación intra-*stent* con oliva de 1,75 mm. E: nueva posdilatación seguida de *stent* farmacológico (Taxus 3,0 x 12 mm). F: resultado angiográfico final adecuado.

Tratamiento con aterectomía rotacional de una lesión con *stent* infraexpandido debido a una calcificación severa

Sr. Editor:

Los *stents* implantados en lesiones rígidas y calcificadas no siempre quedan adecuadamente expandidos, aunque se utilicen inflados a muy alta presión, y es difícil solucionar el problema una vez liberado el dispositivo. La aterectomía rotacional a alta velocidad, mediante la ablación del *stent* y de las placas calcificadas que protruyen entre los anillos de éste, al reducir el espesor de la pared facilitaría la posterior dilatación con balón. Esta técnica, no exenta de riesgos potenciales, ya ha sido utilizada previamente con éxito en 3 pacientes^{1,2}.

Un varón de 70 años, hipertenso e hipercolesterolémico, ingresó en nuestro hospital por síndrome coronario agudo con descenso del segmento ST en las derivaciones de la cara anterior. La exploración física, la radiografía de tórax, el hemograma y la bioquímica general, incluidas las determinaciones seriadas de creatinfosfocinasa y troponina T, fueron

normales. Al tratamiento que ya recibía con atenolol, atorvastatina y aspirina se asoció clopidogrel y nitroglicerina en perfusión intravenosa y se efectuó un cateterismo cardíaco. El ventrículo izquierdo, hipertrófico y con hipocinesia moderada de la región apical, conservaba una fracción de eyección de 63%. La bifurcación del tronco coronario izquierdo presentaba estenosis del 40% en el vaso principal y oclusión subtotal del ostio de la arteria circunfleja. Este vaso, distalmente ocluido, recibía una circulación colateral inadecuada desde la arteria coronaria derecha con estenosis severa en segmento medio. Todas estas lesiones se trataron con éxito mediante *stents*. La arteria descendente anterior (fig. 1A), posiblemente el vaso causante del síndrome, presentaba una estenosis severa, larga y calcificada en su segmento medio. Tras la predilatación con balón Maverick de 2,0 x 25 mm se implantó un *stent* Driver de 2,75 x 24 mm, en cuyo tercio distal quedó una zona infraexpandida con imagen en diábolo (fig. 1B). Se intentó sin éxito la posdilatación del *stent* con un balón Powersail 3,0 x 13 mm inflado a 25 atm de presión (fig. 1C), por lo que se decidió realizar una aterectomía rotacional con oliva de 1,75 mm (fig. 1D). Tras ésta, una nueva posdilatación fue efectiva, implantándose finalmente intra-*stent* un nuevo *stent* farmacológico Taxus de 3,0 x 12 mm (fig. 1E). El resultado angiográfico final fue excelente (fig. 1F) y no hubo ninguna incidencia adversa. La evolución posterior del paciente fue favorable y fue dado de alta asintomático a las 48 h. Cinco meses más tarde, una nueva coronariografía mostró ausencia de reestenosis en el *stent* Taxus.

La opción de la aterectomía rotacional en casos de expansión incompleta de *stents* implantados en lesiones severamente calcificadas ya se había mostrado efectiva en tres casos publicados con anterioridad, en los cuales no se produjo ningún evento como consecuencia de la erosión del metal^{1,2}. Es posible que la ablación de los anillos del *stent* y del calcio que protruye entre ellos, al adelgazar la pared, haya sido la causa del éxito. Aunque potencialmente podrían temerse complicaciones, como la embolización distal de partículas metálicas o la trombosis tardía, éstas no se produjeron en ninguna de las 4 observaciones descritas. Nuestro caso con-

firma que esta técnica es un recurso posible para casos excepcionales.

Juan A. Fournier, Francisco Florián y Sara
M. Ballesteros

Unidad de Hemodinámica y Cardiología
Intervencionista. Servicio de Cardiología. Hospital
Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kobayashi Y, Teirstein PS, Linnemeier TJ, Stone GW, Leon MB, Moses JW. Rotational atherectomy (stentablation) in a lesion with stent underexpansion due to heavily calcified plaque. *Cathet Cardiovasc Interv.* 2001;52:208-11.
2. Medina A, Suárez de Lezo J, Melián F, Hernández E, Pan M, Romero M. Successful stent ablation with rotational atherectomy. *Cathet Cardiovasc Interv.* 2003;60:501-4.