

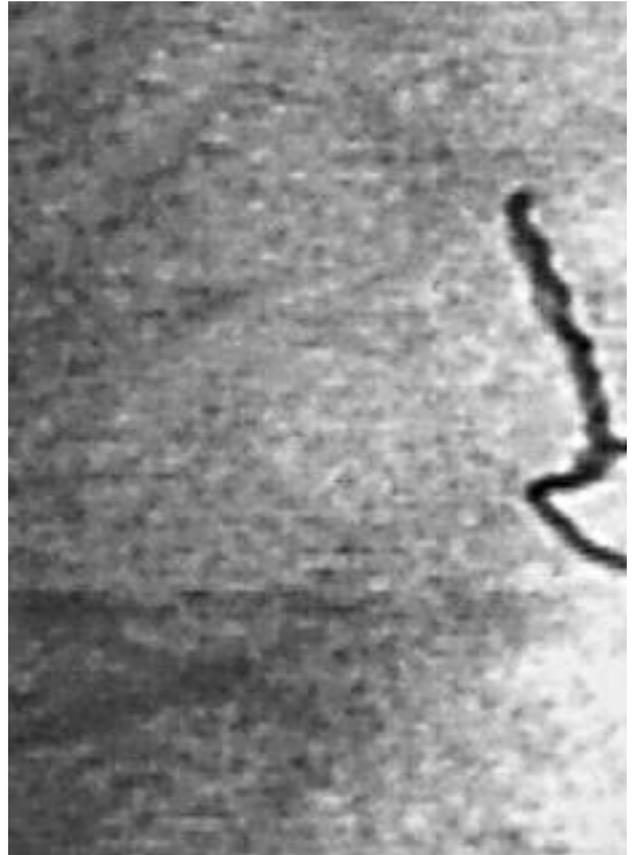
## Acodamiento de un injerto de safena: imagen angiográfica

José A. Diarte, José J. Salazar y Luis J. Placer

Sección de Hemodinámica. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.



**Fig. 1.** Angiografía de injerto de safena a coronaria derecha. Proyección oblicua anterior izquierda de 45 grados. Imagen de aparente estenosis en el segmento proximal de cuerpo del injerto.



**Fig. 2.** Angiografía de injerto de safena a coronaria derecha. Proyección oblicua anterior izquierda de 45 grados. Desaparición de la imagen de estenosis al inyectar contraste a mayor presión.

Varón de 67 años portador de prótesis aórtica e injerto de safena a coronaria derecha (CD) desde 1989. En el cateterismo previo a la intervención la CD no fue visualizada selectivamente, por lo que se sospechó

una estenosis no significativa sobre una aortografía y se decidió no practicar *bypass* aortocoronario simultáneo. Durante el tiempo de reperusión el paciente se mantuvo en fibrilación ventricular refractaria y se practicó de manera urgente un injerto de safena a CD, logrando la salida de bomba posterior sin problemas. En el postoperatorio se objetivó un infarto de miocardio inferior no complicado.

Actualmente cateterizado para estudio de insuficiencia mitral severa, la angiografía del injerto de safena pone de manifiesto en su tercio proximal una estenosis focal excéntrica de bordes lisos (fig. 1). Una segunda inyección en la misma proyección realizada con mayor

Correspondencia: Dr. J.A. Diarte.  
Sección de Hemodinámica. Servicio de Cardiología.  
Hospital Universitario Miguel Servet.  
P.º Isabel la Católica, 1-3. 50009 Zaragoza.  
Correo electrónico: hosservet@wanadoo.es

(*Rev Esp Cardiol* 2001; 54: 997-998)



**Fig. 3.** Angiografía de injerto de safena a coronaria derecha. Proyección oblicua anterior derecha de 30 grados. Imagen radioluciente lineal sin estenosis visible (flecha).

presión evidencia la desaparición transitoria de dicha estenosis (fig. 2). En una proyección ortogonal se obtuvo una imagen lineal radioluciente en dicha localización sin estenosis visible (fig. 3, flecha), por lo que se estableció el diagnóstico de acodamiento del injerto.

El acodamiento y la torsión de los injertos venosos pueden ser causa insospechada de su obstrucción en un 2% de los pacientes. La cirugía urgente, los injertos secuenciales y los realizados a CD predisponen a su aparición. En el caso de la CD, la colocación del injerto con cavidades vacías puede falsear la longitud de injerto requerida y ocasionar acodamiento o estiramiento de éste, ya fuera del *bypass* cardiopulmonar. Este caso pone de manifiesto cómo también pueden ser causa de una aparente estenosis angiográfica si no se fuerza la inyección de contraste.