

**Figura 1.** Tomografía computarizada multidetector torácica. A: hematoma intramural aórtico (flechas cortas), asociado a disección (flecha larga); hemotórax (asterisco). B: nivel inferior de A; hematoma en la pared de la aorta ascendente y descendente (flechas cortas), asociado a disección (flecha larga); hemotórax (asterisco).

formación de aneurismas, al disminuir la resistencia de la pared arterial.

Respecto a las vasculitis, aunque inicialmente se atribuyó a la arteritis de células gigantes afección vascular de tipo oclusivo (como actualmente se considera a la AR, principalmente en arterias coronarias), con posterioridad se ha visto que los cambios inflamatorios aórticos asociados a hipertensión pueden conducir a la formación de aneurismas y disección<sup>6,7</sup>.

M. Alcázar Iribarren-Marín\*, Victoria Carnerero-Herrera, Ángel Domínguez-Pérez y Raquel González-Martín

Departamento de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [hunter1@ono.com](mailto:hunter1@ono.com) (M.A. Iribarren-Marín).

On-line el 15 de febrero de 2011

## BIBLIOGRAFÍA

1. Wallberg-Jonson S, Ohman ML, Dahlqvist SR. Cardiovascular morbidity and mortality with seropositive rheumatoid arthritis in Northern Sweden. *J Rheumatol.* 1997;24:445-51.
2. Watson DJ, Rhodes T, Guess HA. All-cause mortality and vascular events among patients with rheumatoid arthritis, osteoarthritis, or no arthritis in the UK general Practitioner Research Database. *J Rheumatol.* 2003;30:1196-202.
3. Yildiz M. Arterial distensibility in chronic inflammatory rheumatic disorders. *Open Cardiovasc Med J.* 2010;23:83-8.
4. Joven B, Serrano MP, Almodóvar M, Carreira PE, Mateo I. Neuropatía periférica por vasculitis en paciente con artritis reumatoide. *Rev Esp Reumatol.* 2003;30:71-3.
5. Hollan I, Scott H, Saatvedt K, Prayson R, Mikkelsen, KNossent HC, et al. Inflammatory rheumatic disease and smoking are predictors of aortic inflammation. *Arthritis Rheum.* 2007;56:2072-9.
6. He R, Guo DC, Estrera AL, Safi HJ, Huynh TT, Yin Z, et al. Characterization of the inflammatory and apoptotic cells in the aortas of patients with ascending thoracic aortic aneurysms and dissections. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2006;131:671-8.
7. González-Gay MA, García-Porrúa C, Piñero A, Pedrego-Reigosa R, Llorca J, Hunder GG. Aortic aneurysm and dissection in patients with biopsy-proven giant cell arteritis from northwestern Spain: a population-based study. *Medicine (Baltimore).* 2004;83:335-41.

doi:10.1016/j.recsep.2010.09.007

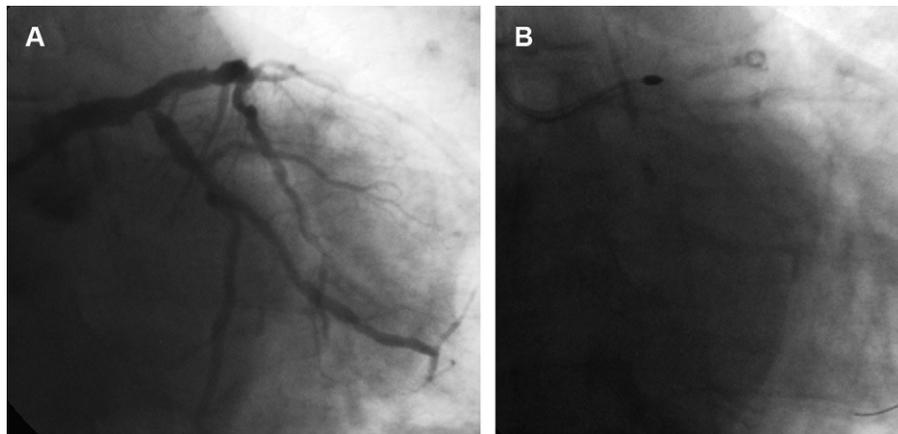
## Aterectomía de rotación por vía radial con catéter guía 7,5 Fr sin introductor

### Rotational Atherectomy Through Radial Access With a 7.5 Fr Sheathless Guiding Catheter

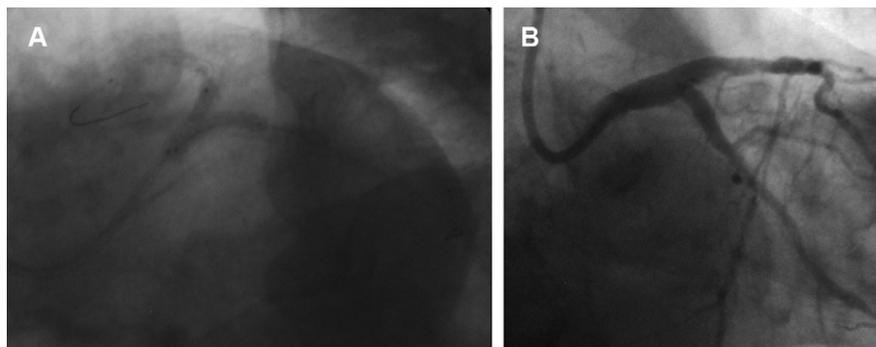
Sra. Editora:

La aterectomía de rotación (AR) es una técnica útil en lesiones calcificadas y difusas. Los *stents* farmacoactivos permiten tratar lesiones largas y por ello el uso de AR ha aumentado<sup>1</sup>. Sin embargo, el calibre de los catéteres utilizados por vía radial limita la realización de AR. Describimos el uso de un catéter de 7,5 Fr y luz de 0,081" diseñado para radial que permite utilizar olivas  $\leq 2$  mm y realizar la revascularización inmediatamente después de la coronariografía cuando se haya realizado por radial y se requieran olivas de 1,75 o 2 mm.

En 4 pacientes con angina estable se realizó coronariografía por radial derecha con catéter de 6 Fr y 5.000 UI de heparina sódica. En todos se encontró una lesión muy calcificada en vaso  $> 3$  mm, y se indicó revascularización en el mismo procedimiento. Las lesiones tratadas fueron descendente anterior media, origen de primera diagonal, origen de circunfleja y lesión larga en coronaria derecha proximal y media. Debido a la intensa calcificación y el diámetro del vaso, se indicó AR con diámetro de oliva  $\geq 1,75$  mm y se seleccionó un catéter Sheathless Eucath<sup>®</sup> (Asahi Intecc, Japón) de 7,5 Fr. Tras completar la dosis de heparina, se extrajo sobre la guía de 0,035" de 280 cm el introductor radial y se progresó el catéter con su fiador en el interior. Previamente se había preparado en la mesa el catéter introduciendo el fiador hasta el final y manteniéndolo en esta situación durante 3-4 min, según recomienda el fabricante. A la altura de la aorta ascendente, se comenzó a retirar el fiador y la guía de 0,035" y se introdujo el catéter en la coronaria. En dos de los casos se utilizó una oliva de 1,75 mm y en los restantes, una de 1,75 mm y posteriormente de 2 mm antes de



**Figura 1.** A: catéter SPB 3,5 de 7,5 Fr y lesión en origen de circunfleja. B: ablación con oliva de 1,75 y 2 mm.



**Figura 2.** A: kissing-balloon tras implante de dos stents Cypher 3,5 × 13 mm en origen de circunfleja y 3,5 × 23 mm desde tronco hacia descendente anterior. B: resultado final.

dilatar con balón e implantar el *stent*. Todos los pacientes fueron dados de alta al día siguiente sin complicaciones. Las figuras 1 y 2 muestran un procedimiento sobre el origen de circunfleja con olivas de 1,75 y 2 mm y posteriormente *stent* Cypher 3,5 × 13 mm en T y otro Cypher 3,5 × 23 desde tronco hacia descendente anterior. Se completó con Kissing final con balones de 3,5 y 4 mm.

El catéter Sheathless Eaucath® de 7,5 Fr de Asahi carece de introductor y tiene diámetro externo de 2,49 mm, inferior a los 2,62 del introductor de 6 Fr. Lleva un recubrimiento hidrófilo externo que facilita el deslizamiento y disminuye la posibilidad de espasmo. Proporciona una luz interna de 0,081" y permite realizar AR con olivas ≤ 2 mm. A diferencia de los catéteres habituales que tienen una capa única de trenzado metálico, la pared de este catéter es más gruesa, por tener otra capa adicional y el recubrimiento hidrófilo externo. En la actualidad está en su segunda versión, la cual ha mejorado respecto a la primera. Por una parte, su punta se ha hecho más blanda y además se ha corregido el exceso de tracción de la primera pues, si el apoyo en la coronaria izquierda no era bueno y se salía del *ostium*, el catéter tendía a recuperar su curva inicial y podía retirar la guía de su posición en la coronaria. Además de haberse mejorado el catéter en este sentido, se recomienda dejarlo 3-4 min con el fiador introducido hasta el final, antes de trabajar con el catéter en el paciente y así rectificar parte de la curva inicial.

Dos estudios han descrito su utilidad para intervencionismo por radial en lesiones complejas. Liang et al<sup>2</sup> describieron el implante simultáneo de dos *stents* con técnica *kissing* y Mamas et al<sup>3</sup> utilizaron en 16 casos técnicas como implante de dos *stents*

en bifurcaciones, trombectomía con dispositivos que requerían catéteres convencionales de 7 Fr, uso de Proxis® y AR con olivas de 1,25, 1,5 y 1,75 mm. Los resultados de nuestro trabajo refuerzan el uso de este catéter en la AR y además describen su uso con olivas de hasta 2 mm, con lo cual se demuestra la posibilidad de aumentar el espectro de utilización de esta técnica por vía radial.

Iñigo Lozano\*, Juan Rondan, Pablo Avanzas y Concepción Suárez  
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias,  
Oviedo, Asturias, España

\* Autor para correspondencia:  
Correo electrónico: [inigo.lozano@gmail.com](mailto:inigo.lozano@gmail.com) (I. Lozano).

On-line el 15 de febrero de 2011

## BIBLIOGRAFÍA

- Baz JA, Albarran A, Pinar E, et al. Registro Español de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. XVIII Informe oficial de la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista de la Sociedad Española de Cardiología (1990-2008). Rev Esp Cardiol. 2009;62:1418-34.
- Liang M, Puri A, Linder R. Transradial simultaneous kissing stenting (SKS) with SheathLess access. Catheter Cardiovasc Interv. 2010;752:222-4.
- Mamas MA, Fath-Ordoubadi F, Fraser DG. Atraumatic complex transradial intervention using large bore sheathless guide catheter. Catheter Cardiovasc Interv. 2008;72:357-64.

doi:10.1016/j.recesp.2010.09.009