Rev Esp Cardiol. 2014;67 Supl 1: 819

Revista Española de Cardiología

6037-480. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA INTRAVASCULAR EN EL TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE LA COARTACIÓN AÓRTICA

Sandra Mayordomo Gómez, Felipe Hernández Hernández, Alberto Mendoza Soto, M. Dolores Herrera Linde, Lola Villagraz Tecedor, Leticia Blázquez Arroyo, Carolina Granda Nistal y José Manuel Velasco Bayón del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Objetivos: El tratamiento percutáneo de la coartación aórtica (CA) se guía clásicamente con angiografías con contraste y parámetros hemodinámicos. La utilidad de la ecografía intravascular (EIV) para elegir las dimensiones de balones y *stents* así como para optimizar el resultado final no ha sido descrita en la literatura.

Métodos: Se han tratado 11 pacientes (91% varones), edad media 24 ± 18 años (rango 7-63) con diagnóstico de CA nativa (36%) o recoartación (64%). El diagnóstico se confirmó mediante ecocardiografía y con técnicas de imagen no invasivas (tomografía axial computarizada o resonancia magnética). Se utilizó en todos los casos acceso radial y femoral. Tras la aortografía habitual (lateral y anteroposterior), se estudió basalmente con EIV la anatomía de la aorta desde el cayado hasta el plano diafragmático, y el resultado después de la angioplastia.

Resultados: Se obtuvo éxito en todos los casos. El gradiente basal (con paciente anestesiado) fue de 33 ± 9 mmHg. El diámetro mínimo de la coartación por angiografía fue de 8,1 ± 2,2 mm y por EIV de 9,4 ± 1,9 mm (p 0,05). Se implantaron *stents* específicos (7 recubiertos, 3 desnudos) en 10 casos (91%) y en un caso se dilató con balón no distensible un *stent* previamente implantado. Las medidas del balón sobre el que se montó el *stent* fueron 15,6 ± 12,9 mm (12-22), la longitud del *stent* 35,5 ± 5,3 mm (28-45) y la medida del balón de posdilatación 17 ± 4,2 mm (12-25). Se posdilató intra*stent* en el 73% de los casos, sobre todo por detectarse infraexpansión significativa del *stent*. El gradiente final fue de 4 ± 5 mmHg. El uso de EIV cambió la estrategia inicial basada en la angiografía en el 73% de los casos (tamaño del balón, longitud del *stent* o necesidad de posdilatación).

Conclusiones: El uso de EIV durante el tratamiento percutáneo de la CA modifica en un elevado porcentaje la decisión de tratamiento basada solo en la angiografía. Existen diferencias anatómicas significativas entre las medidas angiográficas y con EIV.