

Cartas científicas

Insuficiencia aórtica aguda traumática tras intervención coronaria percutánea: una causa poco frecuente**Percutaneous Coronary Intervention: A Rare Cause of Acute Traumatic Aortic Regurgitation****Sr. Editor:**

Los procedimientos coronarios percutáneos son técnicas seguras, que han mejorado ostensiblemente el pronóstico de los pacientes con cardiopatía isquémica. Desde su introducción en el ámbito de la cardiología, el número de procedimientos se ha elevado considerablemente hasta alcanzar los 140.461 estudios diagnósticos en 2014¹. Sin embargo, no son procedimientos exentos de complicaciones.

Se presenta el caso de un varón de 63 años, exfumador, hipertenso y dislipémico, que ingresó por infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST inferior (figura 1A). La coronariografía urgente realizada por vía radial derecha mostró un árbol coronario izquierdo sin lesiones y una lesión grave en la arteria coronaria derecha (ACD) proximal, con oclusión trombótica en su segmento medio (figura 1B). En fase terapéutica, el sondaje de la ACD resultó extremadamente difícil por falta de apoyo, y se

necesitó el empleo sucesivo de diferentes catéteres (JR4, AL2, AR1). Se logró finalmente con un catéter 3 D derecho (Medtronic; Minneapolis, Minnesota, Estados Unidos). Posteriormente, se empleó una guía hidrófila y se logró una predilatación con balón convencional de 1,5 × 12 mm a 20 atm y la posterior revascularización con 2 *stents* no recubiertos de 3 × 23 mm (ACD media) y 3,5 × 14 mm (ACD proximal), con buen resultado angiográfico y clínico posterior. A las 24 h del procedimiento, el paciente sufrió fibrilación ventricular, y recuperó el ritmo sinusal tras un choque eléctrico a 360 J, maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzadas, vasoactivos e intubación orotraqueal. El electrocardiograma posterior mostró una corriente de lesión subepicárdica inferior, motivo por el que se repitió la coronariografía, en la que no se observó trombosis de los *stents*. La evolución posterior fue tórpida, y se detectó un soplo diastólico marcado en foco aórtico que no tenía al ingreso. La ecocardiografía transtorácica urgente mostró una insuficiencia aórtica (IAo) aguda con imagen nodular adherida al plano ventricular de la válvula aórtica, que se confirmó posteriormente mediante ecocardiograma transesofágico (figura 1C-D). Ante la sospecha de endocarditis infecciosa sobre la válvula aórtica, y dada la mala evolución, se intervino al paciente a las 24 h. Los hallazgos intraoperatorios descartaron la endocarditis como causa de la IAo, y se observó un desgarramiento del borde libre del velo no coronario aórtico con IAo grave de origen

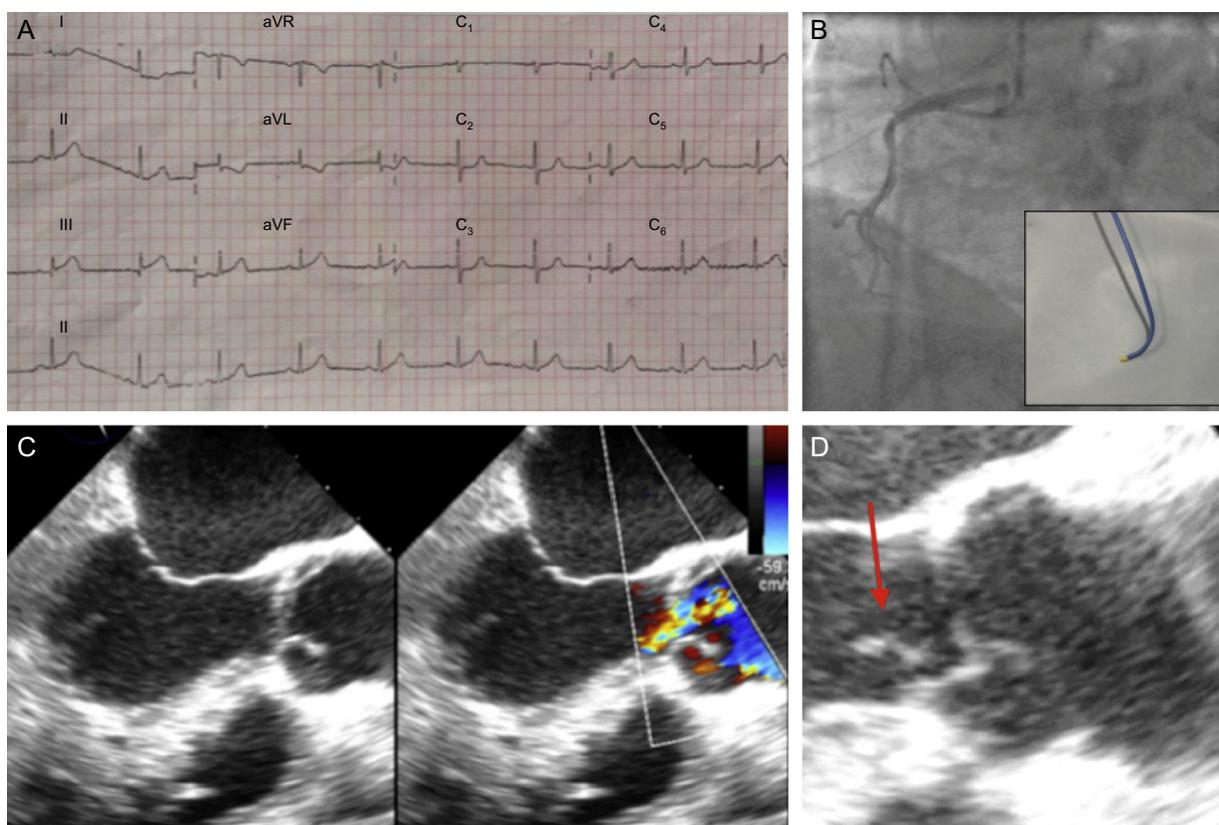


Figura 1. A: electrocardiograma que muestra corriente de lesión subepicárdica inferior. B: coronariografía que muestra oclusión trombótica de arteria coronaria derecha media; en el recuadro se muestra imagen del catéter 3D. C: ecocardiograma transtorácico en plano del tracto de salida del ventrículo izquierdo a 120°, que muestra regurgitación aórtica grave. D: imagen nodular (flecha) adherida al plano ventricular de la válvula aórtica. Esta figura se muestra a todo color solo en la versión electrónica del artículo.

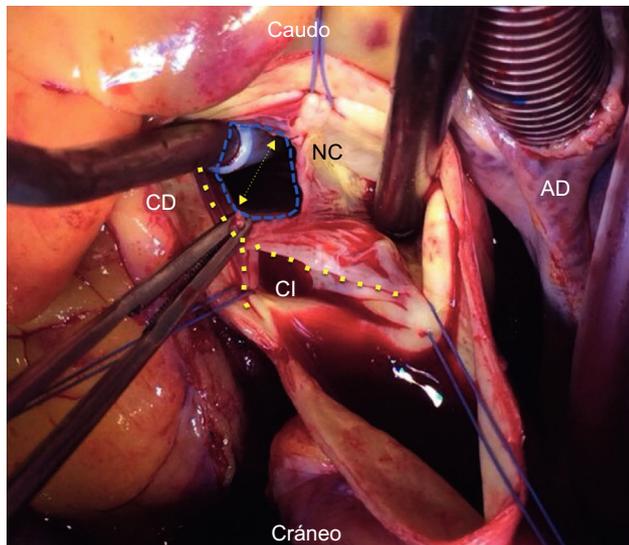


Figura 2. Imagen intraoperatoria de la válvula aórtica, que muestra perforación del velo no coronario. Las suturas (azules) delimitan las 3 comisuras. El aspirador de la izquierda se introduce a través de la rotura del velo. El aspirador de la derecha está sobre el anillo del velo roto que se abre en forma de V casi impidiendo ver los velos coronarios izquierdo y derecho. La pinza sostiene un borde del velo roto, que debería unirse a la otra mitad del velo, es decir a la comisura que está a las doce. AD: aurícula derecha; Caudo: caudal; CD: coronaria derecha; CI: coronaria izquierda; NC: no coronario. Esta figura se muestra a todo color solo en la versión electrónica del artículo.

traumático, en probable relación con un movimiento de rotación durante el sondaje de la ACD con el catéter 3 D derecho (figura 2). Se sometió al paciente a cirugía de sustitución valvular aórtica ante la imposibilidad de repararla, con buena evolución posterior.

Pese a que las complicaciones banales durante los procedimientos coronarios percutáneos son relativamente comunes, las complicaciones potencialmente mortales, como la oclusión aguda de una arteria, el shock cardiogénico o la muerte, son relativamente infrecuentes. En el último Registro Español de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista, publicado en 2015 con los datos correspondientes a 2014, se indican complicaciones graves durante el intervencionismo en el 1,2% de los procedimientos, con tan solo un 0,4% de muertes¹.

Con respecto a las complicaciones mecánicas derivadas del cateterismo, la IAo aguda por traumatismo directo durante el procedimiento es extremadamente rara. Se han descrito 3 mecanismos en este contexto: la causa más frecuente es la

regurgitación transitoria como consecuencia de una progresión excesiva de catéteres rígidos en el arco aórtico, que mejoran al retirarlos². La IAo aguda irreversible es rara y generalmente se relaciona con el implante de stents en el ostium de la ACD protruyendo a la aorta^{3,4}.

Son muy pocos los casos descritos de perforación por traumatismo directo del catéter en el velo coronario, y generalmente se relacionan con intervencionismos en la ACD con catéteres Amplatz^{5,6}. Un manejo cuidadoso de los catéteres, sobre todo en casos con difícil sondaje o anomalías coronarias, previene el desarrollo de este tipo de complicaciones.

Sergio Gamaza Chulián^a, Santiago Jesús Camacho Freire^b,
Javier León Jiménez^{b,*}, Antonio Agarrado Luna^a,
Tomás Daroca Martínez^c y Manuel Jesús Oneto Otero^a

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, Cádiz, España

^bServicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Huelva, Huelva, España

^cServicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Puerta del Mar, Cádiz, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: javierleonjimenez@gmail.com (J. León Jiménez).

On-line el 30 de agosto de 2016

BIBLIOGRAFÍA

- García del Blanco B, Hernández Hernández F, Rumoroso Cuevas JR, Trillo Nouché R. Registro Español de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. XXIV Informe Oficial de la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista de la Sociedad Española de Cardiología (1990-2014). *Rev Esp Cardiol.* 2015;68:1154-1164.
- Javeed N, Shaikh J, Patel M, Rezai F, Wong P. Catheter-induced acute aortic insufficiency with hemodynamic collapse during PTCA: an unreported complication. *Cathet Cardiovasc Diagn.* 1997;42:305-307.
- Kotoulas C, Bigeon JY, Patris K, Hasan R. Aortic valve as a victim of percutaneous coronary angioplasty and stenting. *Ann Thorac Surg.* 2007;84:1765.
- Quintana E, Mestres CA, Congiu S, Josa M, Cartañá R. Delayed aortic regurgitation caused by a right coronary stent protruding into the aorta. *J Heart Valve Dis.* 2009;18:717-719.
- Ong G, Bagur R, Barbeau G, Couture C, Trahan S, Déry JP. Severe aortic regurgitation after transradial percutaneous coronary intervention. *Circ Cardiovasc Interv.* 2011;4:e8-e11.
- Grisoli D, Gariboldi V, Quilici J. An unusual complication after coronary catheterization. *J Invasive Cardiol.* 2012;24:E22-E23.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.07.020>
0300-8932/

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Síndrome coronario agudo por embolia séptica secundaria a endocarditis infecciosa en prótesis mitral



Acute Coronary Syndrome Due to Septic Embolism Secondary to Infective Endocarditis in a Prosthetic Mitral Valve

Sr. Editor:

Se describe el infrecuente caso de un paciente con síndrome coronario agudo (SCA) secundaria a embolia séptica en el contexto de endocarditis infecciosa (EI) en una prótesis mitral. Hasta el momento, la bibliografía indica mayor frecuencia de esta afección en la válvula aórtica. Se realiza una revisión de la enfermedad y el tratamiento considerado más adecuado actualmente.

Varón de 69 años de edad, desde 2005 portador de prótesis mecánica en posición mitral St. Jude N.º 29 por EI en contexto de fiebre Q, que acudió a urgencias por un evento sincopal. A su llegada, en el electrocardiograma se observó bloqueo auriculoventricular completo con ritmo de escape nodular a 44 lpm y con la razón internacional normalizada (INR) en rango terapéutico. En las siguientes horas, en la sala de observación sufrió angina típica y el electrocardiograma mostró supradesnivel de 2 mm en ST en la cara anterior (V₂-V₄). Se activó el código infarto. A su llegada a la sala de hemodinámica presentaba fibrilación ventricular; se realizó cardioversión eléctrica inmediata, con recuperación del ritmo previo, tipo bloqueo auriculoventricular completo, y se implantó un marcapasos transitorio.

La coronariografía urgente mostró oclusión aguda de la descendente anterior media sin relleno del lecho distal