

BIBLIOGRAFÍA

1. De Maio SJ, Kinsella SH, Silverman ME. Clinical course and long term prognosis of spontaneous coronary artery dissection. *Am J Cardiol*. 1989;64:471-4.
2. Maeder M, Ammann P, Angehrn W, Rickli H. Idiopathic spontaneous coronary artery dissection: incidente, diagnosis and treatment. *Int J Cardiol*. 2005;101:363-69.

3. Arnold JR, West NE, Van Gaal WJ, Karamitsos TD, Banning AP. The role of intravascular ultrasound in the management of the spontaneous coronary artery dissection. *Cardiovasc Ultrasound*. 2008;6:24.

doi:10.1016/j.recesp.2010.06.003

Insuficiencia cardiaca aguda en un adulto con flutter auricular 2:1: «¿cebras o caballos?»

Acute Heart Failure in an Adult Patient With 2:1 Atrial Flutter: Zebras or Horses?

Sra. Editora:

Presentamos el caso de un paciente de 47 años, sin antecedentes de interés, que acudió a urgencias por presentar desde semanas antes palpitaciones, disnea progresiva y ortopnea. En la exploración destacaban: soplo sistólico II/VI; crepitantes bibasales; pulsos conservados y simétricos, aunque débiles; presión arterial, 100/70 mmHg, y cardiomegalia en la radiografía de tórax. En el electrocardiograma se apreciaba flutter auricular 2:1, con frecuencia ventricular de 150 lat/min. En urgencias, ante un diagnóstico de sospecha inicial de «taquimiocardiopatía», el paciente recibió digoxina, bloqueadores beta, diuréticos y oxígeno suplementario, con lo que se controló la frecuencia ventricular (75-100 lat/min), con rápida mejoría clínica. Al día siguiente se realizó una ecocardiografía, que reveló disfunción ventricular izquierda con fracción de eyección del 35%, así como raíz aórtica dilatada, insuficiencia aórtica moderada y un aparato subvalvular mitral anómalo, con cuerdas muy elongadas de aspecto mixoide, con insuficiencia mitral moderada (fig. 1).

Ante los nuevos datos, se realizó una tomografía computarizada multicorte, que mostró una raíz aórtica de 49 mm, coartación aórtica severa (fig. 1) y un trombo en la aurícula izquierda, sin anomalías coronarias. Revisando las pruebas diagnósticas básicas, se objetivó que en la radiografía de tórax había pequeñas muescas costales que habían pasado inadvertidas. El diagnóstico final fue de disfunción ventricular izquierda por coartación aórtica severa, con lesiones asociadas de insuficiencias aórtica y mitral. El ritmo pasó a

fibrilación auricular, y no se indicó la cardioversión por el trombo en la aurícula izquierda. Se realizó cateterismo cardiaco, en el que se objetivó interrupción del arco aórtico con gradiente de 40 mmHg. Se consiguió pasar la coartación con un catéter de radiofrecuencia, y después se realizó dilatación y colocación de *stent* (fig. 2), con desaparición del gradiente. A los 6 meses el paciente estaba asintomático, en tratamiento con dicumarínicos, bloqueadores beta e inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina, con una fracción de eyección del 45%. Se realizó cardioversión eléctrica, y pasó a ritmo sinusal. Dos meses después, la fracción de eyección era del 55%, el paciente seguía en ritmo sinusal y asintomático, y la insuficiencia mitral era de grado ligero.

«¿Cebras o caballos?» Este caso ilustra de forma clara uno de los axiomas básicos de la medicina: «Si en nuestro entorno oímos ruidos de cascos, casi con seguridad se tratará de caballos, y no de cebras», lo que puede traducirse en que lo más frecuente siempre es lo más probable. La presencia en un varón joven, sin antecedentes, de un flutter auricular 2:1 con disfunción ventricular severa hizo pensar en lo más evidente: miocardiopatía dilatada secundaria a la taquicardia. Sin embargo, el ecocardiograma reveló alteraciones valvulares (degeneración mixoide muy marcada de cuerdas mitrales y anulectasia aórtica). La realización posterior de una tomografía computarizada multicorte reveló otra alteración previamente inadvertida (coartación aórtica severa). Revisando la historia clínica, la presión era normal (lo que se puede achacar a la insuficiencia cardiaca) y los pulsos estaban presentes en las femorales y eran simétricos con los de los brazos (posiblemente por la circulación colateral). Solamente tras una revisión cuidadosa de las radiografías se observaron pequeñas muescas costales. La coartación de aorta supone un 6% de las cardiopatías congénitas en la infancia y un 15% en la edad adulta¹. Sus manifestaciones clínicas dependen de la gravedad: en casos leves, las manifestaciones no aparecen hasta la edad adulta, habitualmente con el hallazgo de hipertensión arterial. En nuestro

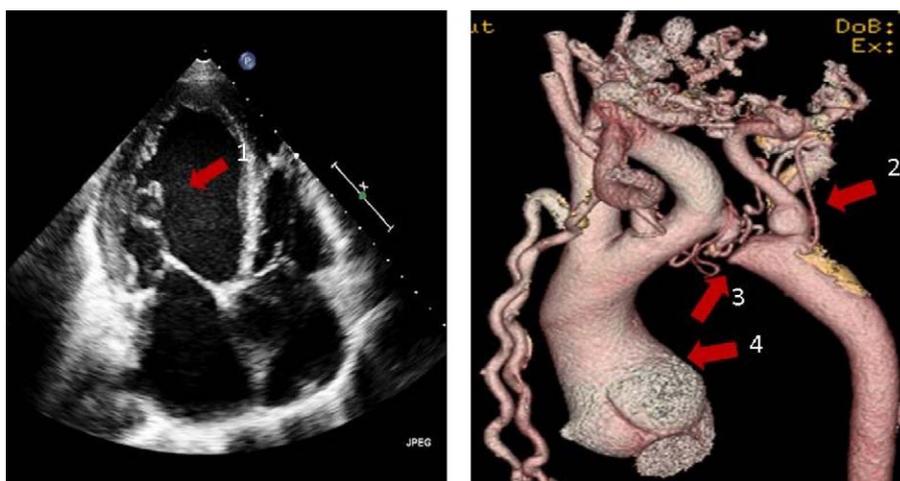


Figura 1. Izquierda: ecocardiograma en el que se observan imágenes lineales dentro de la cavidad ventricular izquierda que corresponden a cuerdas mitrales muy elongadas (1). Derecha: tomografía computarizada aórtica en la que se observa una llamativa circulación colateral (2), imagen de interrupción aórtica (3) y dilatación de la raíz aórtica (4).

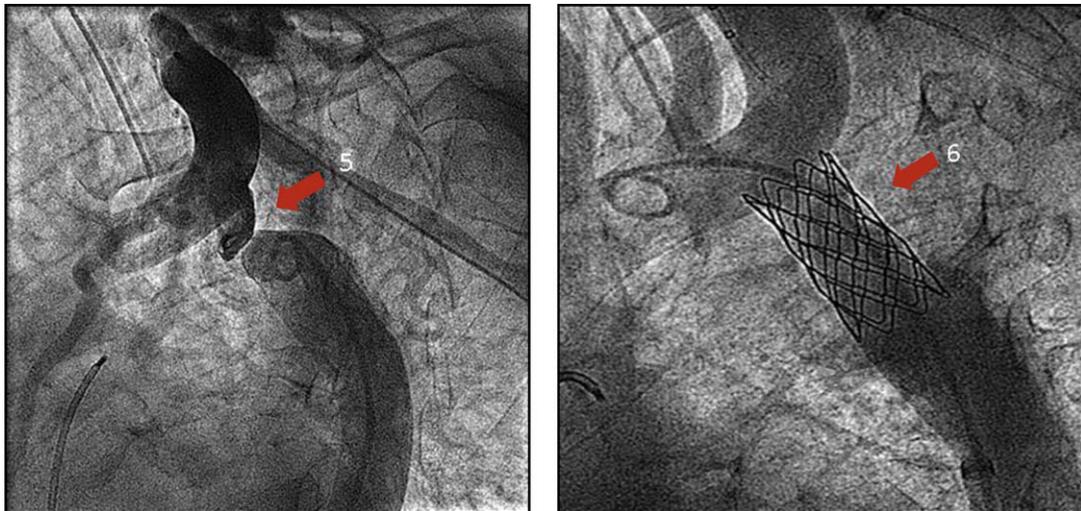


Figura 2. Izquierda: aortografía en la que se observa la coartación o interrupción aórtica (5). Derecha: aortografía tras la implantación del *stent*; se observa un calibre aórtico normal (6).

paciente, sin embargo, no había ninguna alteración hasta la presentación aguda de la insuficiencia cardiaca. Se decidió tratamiento percutáneo con dilatación de la coartación y *stent*, con buenos resultados².

En nuestro medio, más de un 90-95% de los casos de insuficiencia cardiaca se deben a cardiopatía isquémica, hipertensión, arritmias y valvulopatías, pero en ocasiones, como ocurrió en este paciente, puede saltar la liebre o, recurriendo al símil inicial, la «cebra». En este caso, y en contra de la estadística y de los datos iniciales, el ruido de cascos no lo producía un caballo, sino una cebra.

Manuel Anguita Sánchez*, Elena Villanueva Fernández,
Daniel García Fuertes y José Suárez de Lezo

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba,
España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manuelp.anguita.sspa@juntadeandalucia.es
(M. Anguita Sánchez).

On-line el 20 de noviembre de 2010

BIBLIOGRAFÍA

1. Valenzuela LF, Vázquez R, Pastor L, Calvo R, Rodríguez MJ, Font I. Coartación de aorta: diferentes formas anatomoclínicas según la edad de presentación. *Rev Esp Cardiol.* 1998;51:572-81.
2. Suárez de Lezo J, Pan M, Romero M, Medina A, Segura J, Lafuente M, et al. Immediate and follow-up findings after *stent* treatment for severe coarctation of the aorta. *Am J Cardiol.* 1999;83:400-6.

doi:10.1016/j.recesp.2010.06.002

Vía transapical como alternativa para el cierre del *leak* paravalvular

Transapical Technique as an Alternative Approach to Paravalvular Leak Closure

Sra. Editora:

Las prótesis valvulares cardiacas presentan *leaks* paravalvulares con una frecuencia que oscila entre el 3 y el 7% de los casos. No es infrecuente que pacientes con indicación para el cierre de esos *leaks* presenten un elevado riesgo quirúrgico y se recurra a la vía percutánea. Los procedimientos percutáneos que se realizan son complejos debido a que no existe material específicamente diseñado para este objeto. Con todo, se van obteniendo mejores resultados gracias al avance en las técnicas de imagen y el desarrollo de nuevos dispositivos.

En función de la localización de la prótesis valvular y el *leak*, la vía de aproximación puede ser anterógrada o retrógrada.

Habitualmente, el paso más complicado es el avance del introductor dispensador a través del *leak*, pese al empleo de guías de alto soporte o el uso de guías lazo para establecer bucles arteria-vena.

El caso que presentamos es un ejemplo de procedimiento fallido por vía tanto anterógrada como retrógrada, en el que finalmente se optó por un acceso transapical^{1,2}. Esta nueva técnica permitió un acceso rápido y sencillo al *leak*, así como un alto soporte para el avance del introductor dispensador.

La paciente presentaba doble prótesis mecánica aórtica y mitral. Ingresó tres veces por edema agudo de pulmón. Presentaba un *leak* paravalvular, estimado por ecocardiografía transesofágica, de 8 mm de alto, 6 mm de largo y 4 mm de ancho, de localización posteroseptal, con insuficiencia mitral severa y signos de hemólisis. Con un EuroSCORE logístico del 32%, se decidió intentar el cierre percutáneo. El primer intento se llevó a cabo anterógradamente mediante punción transeptal. Pese a avanzar guías de alto soporte, no se logró avanzar ningún catéter que permitiese posicionar el dispositivo. En el mismo acto, se intentó por vía retrógrada. Al avanzar el catéter a nivel del ventrículo izquierdo a través de la prótesis aórtica, este bloqueaba reiteradamente uno de