

estenosis aórtica grave (EAG) degenerativa sintomática en pacientes seleccionados con elevado riesgo quirúrgico o contraindicación para la cirugía. Según los distintos registros, hay gran variabilidad en cuanto a la presencia de enfermedad arterial coronaria (EAC) en pacientes con EAG, que puede abarcar desde el 7¹ al 66%². En nuestro centro, se realiza intervencionismo coronario percutáneo (ICP) de forma protocolizada en los pacientes con EAG y EAC concomitantes que van a ser sometidos a implante de válvula aórtica percutánea, intentando una revascularización lo más completa posible al menos 1 mes antes de realizar el reemplazo valvular aórtico. En nuestra serie histórica de 39 implantes de válvula aórtica CoreValve®, se realizó revascularización coronaria previa a 8 pacientes (20,5%). Además, la EAC de estos pacientes puede evolucionar y presentarse como angina de esfuerzo o complicarse en forma de síndrome coronario agudo y requerir la realización de un nuevo ICP una vez implantada la válvula. En la literatura sólo hay un caso de ICP tras el implante de este tipo de válvula, como consecuencia de la evolución natural de la EAC³, quizá porque el seguimiento medio en este tipo de pacientes todavía es corto.

Presentamos el caso de una mujer de 85 años de edad, con EAG y antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia e hipertensión arterial pulmonar, para la que, por su elevado riesgo quirúrgico (EuroSCORE logístico, 21,81%), se optó por realizar sustitución valvular aórtica mediante implante de una prótesis CoreValve®. Previamente al implante, se practicó una coronariografía, que mostró EAC significativa de las arterias descendente anterior media y circunfleja proximal, que se trataron mediante ICP con implante de sendos *stents* convencionales, así como una lesión < 50% en el segmento medio de la coronaria derecha, en la que no se intervino. Cuatro meses después del alta hospitalaria, la paciente ingresó por un síndrome coronario agudo sin elevación del ST con criterios de alto riesgo (troponina I en 1,43 ng/ml y datos electrocardiográficos de isquemia aguda), motivo por el que se decidió realizar una coronariografía. El procedimiento se llevó a cabo por vía femoral izquierda con un introductor Avanti® de 6 Fr (Cordis). Antes de la coronariografía, se realizó una aortografía que confirmó el correcto posicionamiento y la funcionalidad de la prótesis y excluyó la oclusión de los *ostia* coronarios. Para el estudio del árbol coronario izquierdo, se usó un catéter diagnóstico Super Torque Plus® JL4 (Cordis), que demostró la permeabilidad de los *stents* previamente implantados, sin evidencia de progresión de la enfermedad coronaria. Para la coronaria derecha se uti-

Intervencionismo coronario percutáneo en paciente con prótesis aórtica percutánea CoreValve®

Sra. Editora:

El reemplazo valvular aórtico percutáneo es actualmente una alternativa en el tratamiento de la

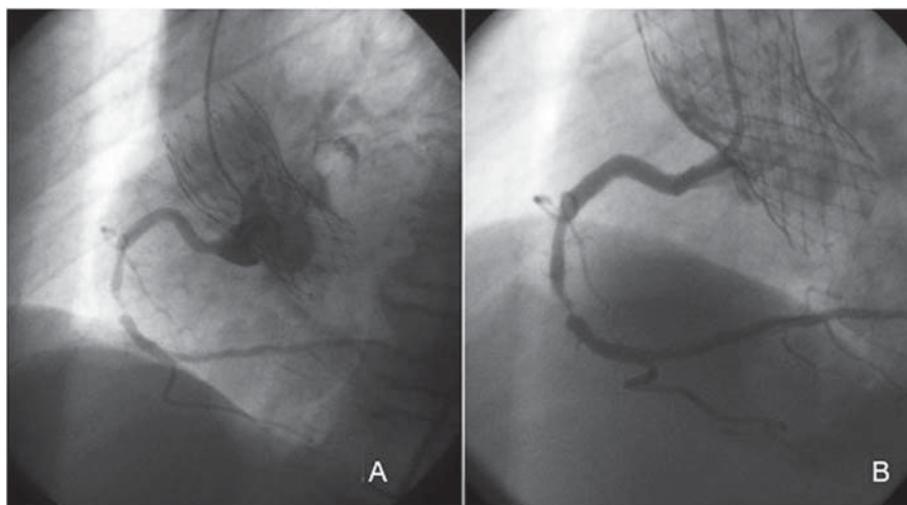


Fig. 1. Coronariografía. A: curva JR4. B: curva AR1.



Fig. 2. Implante de stents y resultado final.

lizó un catéter diagnóstico Super Torque Plus® JR4 (Cordis), y se documentó una placa complicada y suboclusiva en su tercio medio (fig. 1A). Es de destacar que para la correcta canalización de ambos *ostia* coronarios es preciso avanzar la punta del catéter a través de los *frames* de la prótesis que son de morfología romboidal. Además, a nivel de los senos de Valsalva, la prótesis adopta forma de copa para no comprometer el flujo a las arterias coronarias; así, el catéter se apoya en la prótesis y no en la pared aórtica, con lo que los *ostia* coronarios quedan separados, y es preciso usar un catéter con una distancia mayor entre la punta y la curvatura primaria para conseguir una correcta canalización selectiva de los vasos coronarios. Por este motivo, para la realización del ICP utilizamos un catéter guía Vista Brite Tip® AR1 de 6 Fr (Cordis) (fig. 1B), que nos permitió una correcta canalización del *ostium* coronario derecho y nos propor-

cionó un buen apoyo ya que, al ser un catéter «menos recto» que el JR4 usado para el diagnóstico, se adapta mejor a la curvatura que exigen los *frames* de la prótesis. Después avanzamos una guía de angioplastia de 0,014" con recubrimiento hidrófilo, Pilot 50® (Abbott) y realizamos dilatación con balón Voyager 2,5 ± 15 mm (Abbott). Finalmente implantamos dos *stents* convencionales Driver Sprint Rx® (Medtronic) de 3,5 × 18 mm y 4 × 14 mm; el procedimiento acabó sin complicaciones (fig. 2).

En el futuro, la necesidad de realizar ICP a través de una prótesis CoreValve® irá en aumento, dada la generalización de este tratamiento en la EAG y el mayor tiempo de seguimiento de estos pacientes. Creemos que se trata de una técnica factible y segura si se toman las precauciones adecuadas.

Diego López-Otero, Ramiro Trillo-Nouche,
Pablo Souto-Castro y José R. González-Juanatey
Sección de Hemodinámica. Servicio de Cardiología. Hospital Clínico
Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela.
A Coruña. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nunley DL, Grunkemerer GL, Starr A. Aortic valve replacement with coronary bypass grafting. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1983;85:705-11.
2. Pluta W, Buszman P, Lekston A, Pasyk S. Coronary artery stenosis in patients with valvular heart disease. *Cor Vasa.* 1989;31:451-7.
3. Geist V, Sherif MA, Khattab AA. Successful percutaneous coronary intervention after implantation of CoreValve percutaneous aortic valve. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2009;73:61-7.