



Fig. 1.

Pliegue coronario semejante a una lesión coronaria en hendidura

Varón de 66 años con hipertensión arterial e hiperlipemia como factores de riesgo coronario, y con antecedentes de infarto de miocardio antiguo de cara anterior. Se encontraba asintomático. Se solicitó una coronariografía tras la realización de una prueba de esfuerzo de control en la que realizó 7 min, que fue clínicamente negativa, pero eléctricamente positiva. En el estudio hemodinámico se apreció un ventrículo izquierdo con hipocinesia severa de la cara anterolateral, pero con una fracción de eyección conservada del 67%. La coronariografía izquierda mostró una suboclusión de la arteria descendente anterior en su tercio medio, con un relleno aceptable de su lecho distal por las colaterales procedentes de la arteria coronaria derecha. En la coronaria derecha se apreció una imagen compatible con una lesión de tipo hendidura en el inicio de su tercio distal que coincidía con la salida de una curva y sólo era visible en la proyección oblicua

anterior izquierda (fig. 1A). Ante la duda de si la imagen podía corresponder a un pliegue coronario o a una lesión fija, se decidió utilizar una guía coronaria de presión. Tras pasar la guía, la imagen descrita en la coronaria derecha desapareció, ya que con ella se rectificaron la curva y el tercio más distal (fig. 1B). Seguidamente se midió la reserva de flujo fraccional, que fue normal (FFR = 1).

Las imágenes de pliegues coronarios que se forman tras curvas o tortuosidades son, a veces, difíciles de valorar o de diferenciar de las llamadas lesiones en hendidura. En ocasiones, es necesario aplicar medidas de reserva de flujo coronario para aclarar si la posible lesión es significativa o no. A veces, la simple rectificación del segmento por la guía es suficiente para aclarar las dudas, como ocurrió en nuestro caso.

José R. López-Mínguez, Reyes González
y Manuel Doblado

Servicio de Cardiología.
Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz. España.