

Perforación del tronco coronario izquierdo tras aterectomía rotacional



Left main coronary artery perforation after rotational atherectomy

Alfonso Jurado-Román*, Guillermo Galeote, Santiago Jiménez-Valero, Sandra Ofelia Rosillo, Raúl Moreno y José Luis López-Sendón

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

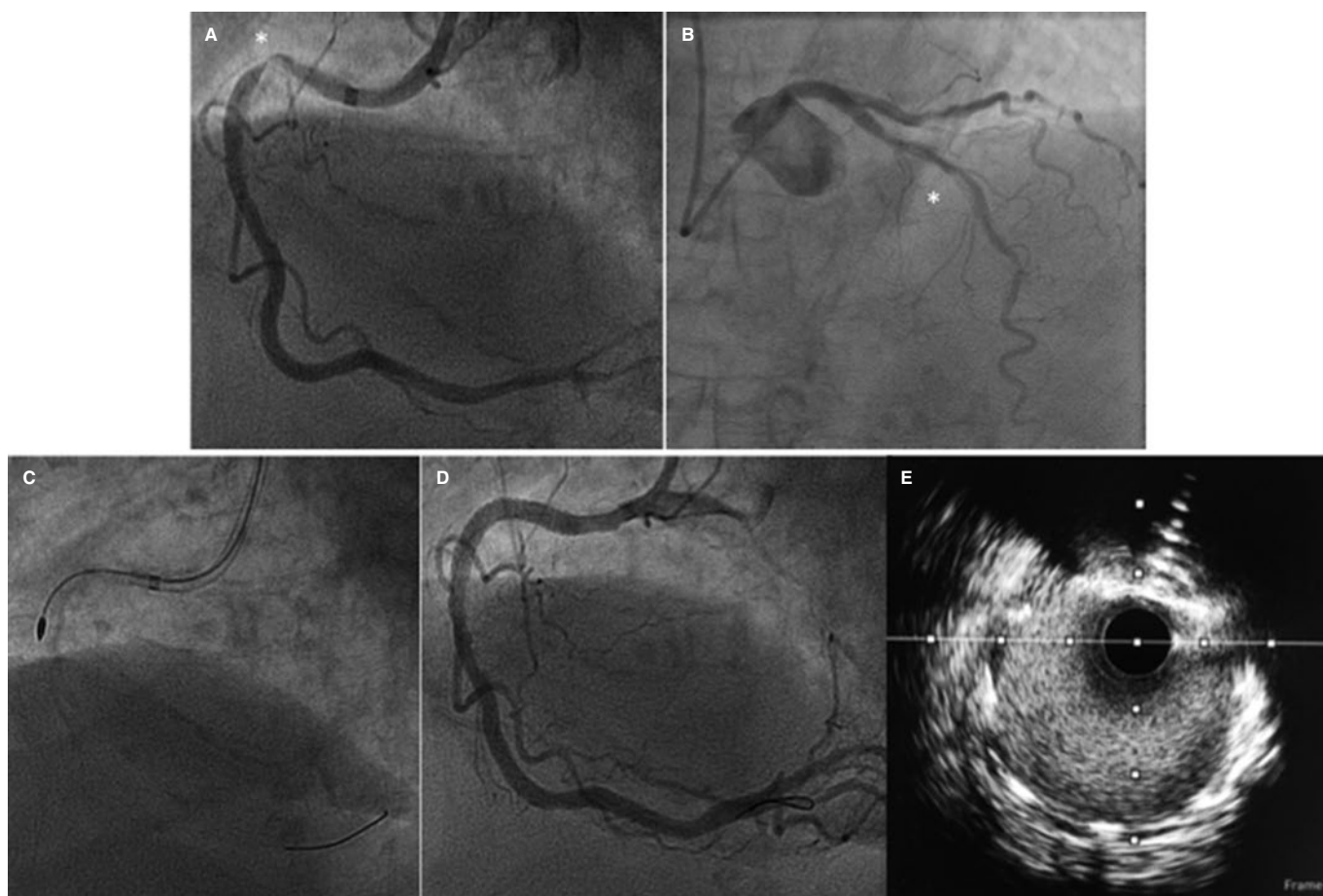


Figura 1.

Mujer de 85 años con angina inestable que presentaba lesiones graves y muy calcificadas en las arterias coronaria derecha proximal (figura 1A, asterisco) y descendente anterior proximal-media (figura 1B, asterisco).

Se realizó aterectomía rotacional con el sistema RotaPro (Boston Scientific, EE.UU.) en la coronaria derecha (figura 1C) y se implantó un *stent* farmacológico, con buen resultado (figura 1D) confirmado mediante ecografía intracoronaria (figura 1E). Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente.

* **Autor para correspondencia:** Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Paseo de la Castellana 261, 28046 Madrid, España. Correo electrónico: alfonsojuradoroman@gmail.com [A. Jurado-Román].

Recibido el 5 de diciembre de 2019. Aceptado el 23 de enero de 2020. Online: 04-03-2020.

Full English text available from: www.recintervcardiol.org/en.

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M20000099>

2604-7306 / © 2020 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.

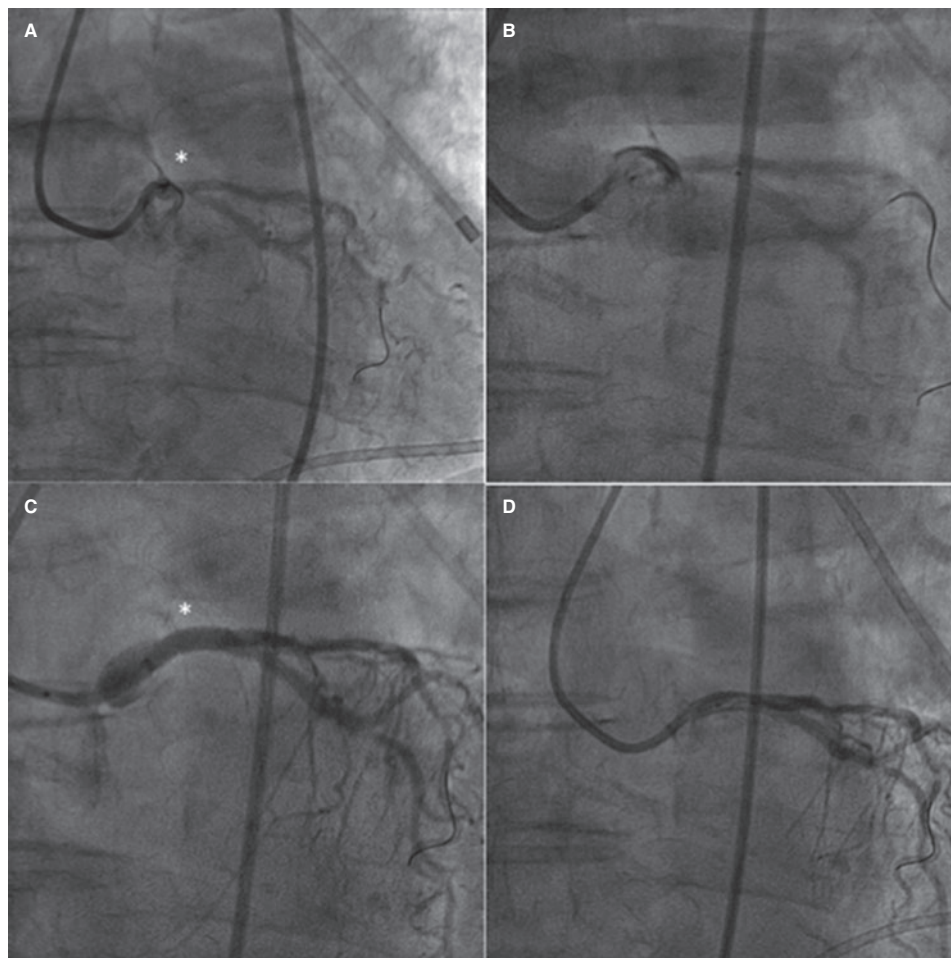


Figura 2.

Tras sondar el tronco coronario izquierdo (TCI) se cruzó la guía a la descendente anterior. Se avanzó una oliva de 1,5 mm en modo *dynaglide* hasta el TCI, momento en que el catéter guía se extubó y se produjo una perforación Ellis-III en el TCI (figura 2A, asterisco; vídeo 1 del material adicional); es posible que una deformación inadvertida de la guía dirigiera la oliva hacia la pared del vaso. La paciente presentó taponamiento cardíaco, que fue tratado con pericardiocentesis. Se implantó un *stent* recubierto PK-Papyrus (Biotronik, Alemania) de 4 × 15 mm en el TCI sin enjaular la bifurcación (figura 2B). Sin embargo, se mantenía una discreta fuga de contraste (figura 2C, asterisco). Tras posdilatarse con balón de 4,5 mm, la perforación quedó sellada (figura 2D; vídeo 2 del material adicional). La paciente evolucionó favorablemente.

Las perforaciones coronarias del TCI son excepcionales, pero pueden ser mortales. El inflado prolongado con balón en esta localización es mal tolerado, por lo que el implante rápido de un *stent* recubierto puede ser la mejor alternativa. Hasta donde sabemos, esta es la primera perforación descrita de TCI con aterectomía rotacional resuelta con un *stent* Papyrus.

FINANCIACIÓN

No financiado.

CONFLICTO DE INTERESES

R. Moreno es editor asociado de *REC: Interventional Cardiology*; se ha seguido el procedimiento editorial establecido en la revista para garantizar la gestión imparcial del manuscrito.

MATERIAL ADICIONAL



Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.24875/RECIC.M20000099>.