

Fig. 1.

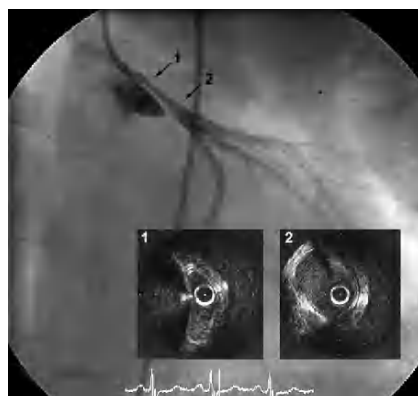


Fig. 2.

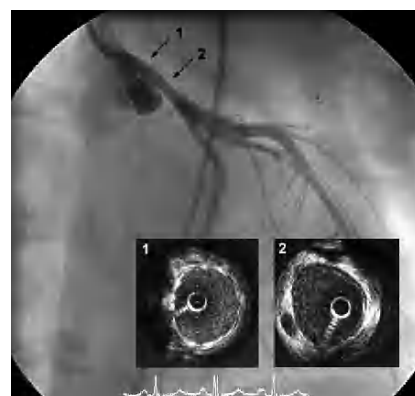


Fig. 3.

Compresión del tronco coronario izquierdo en el canal auriculoventricular parcial. Implantación de *stent*

Mujer de 42 años con síndrome de Down diagnosticada de canal auriculoventricular (AV) desde su infancia; la familia se había negado a la intervención quirúrgica.

Ingresó a urgencias en nuestro centro hace 3 meses con un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) incontrolado con alteraciones extensas de la repolarización y elevación de la troponina T. Ante la inestabilidad del cuadro se indicó un cateterismo urgente. Éste se realizó por punción de la arteria y la vena femoral derechas y se confirmó la presencia de un canal AV parcial con gran cortocircuito izquierda-derecha ($Qp/Qs = 4/1$) e hipertensión pulmonar moderada (50/22/32); asimismo, se observó una dilatación aneurismática de la arteria pulmonar.

La ventriculografía izquierda en proyección de 4 cámaras (fig. 1) muestra el canal AV parcial con paso de catéter típico, la inserción de tejido de conexión y la individualización de la válvula AV izquierda; llama la atención elafilamiento severo del tronco desde su ostio, cuya causa más probable es la gran dilatación e hipertensión de la arteria pulmonar (flechas).

Full English text available from: www.revespcardiol.org

En la figura 2 se observa la imagen de la coronariografía izquierda (en proyección OAI 25° CR 13°) que, tras la administración de solinitrina intracoronaria, confirmó el severo estrechamiento. Se realizó un estudio con ecografía intracoronaria mediante catéter Atlantis SR Pro 40 MHz, con la retirada a 1/2 cm/s, que muestra una imagen ranurada y excéntrica por la compresión extrínseca ostial-proximal (1), calculándose un área crosccional de 3,5 mm² y la buena luz en el tronco distal (2).

Seguidamente se implanta de forma directa un *stent* Endeavor 4 × 15 a 16 atm que cubre el ostio y el tronco proximal (fig. 3). La ecografía intracoronaria muestra la buena aposición del *stent* y el área crosccional proximal de 15 mm² (1), manteniéndose una buena luz distal (2).

Después de 3 meses de evolución la paciente se encuentra asintomática.

Juan Alcibar-Villa, Javier Pérez-Asenjo
y Koldobika García San Román
Sección de Hemodinámica. Servicio de Cardiología.
Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia. España.