

## IMÁGENES EN CARDIOLOGÍA

### Corrección de disección del seno de Valsalva guiada por ultrasonido intravascular



### Valsalva sinus dissection correction guided by intravascular ultrasound

Mohsen Mohandes, Sergio Rojas\* y Jordi Guarinos

Unidad de Hemodinámica, Servicio de cardiología, Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona, IISPV, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España

#### PALABRAS CLAVE

Intervencionismo coronario percutáneo/ultrasonido intravascular;  
Infarto de miocardio;  
Stent

#### KEYWORDS

Percutaneous coronary intervention/intravascular ultrasound;  
Myocardial infarction;  
Stent

Paciente de 60 años, exfumador e hipercolesterolémico, con antecedentes de infarto agudo de miocardio no Q en 2006, que ameritó intervencionismo coronario percutáneo (ICP) con implantación de stents convencionales en la coronaria derecha distal y posterolateral, remitido por angor inestable. La coronariografía mostró reestenosis intrastent oclusiva en la coronaria derecha distal, con circulación colateral heterocoronaria. Al cateterizar la coronaria derecha se produjo disección espiroidea, desde la coronaria derecha proximal a la distal (*fig. 1*, flechas delgadas), con extensión al seno de

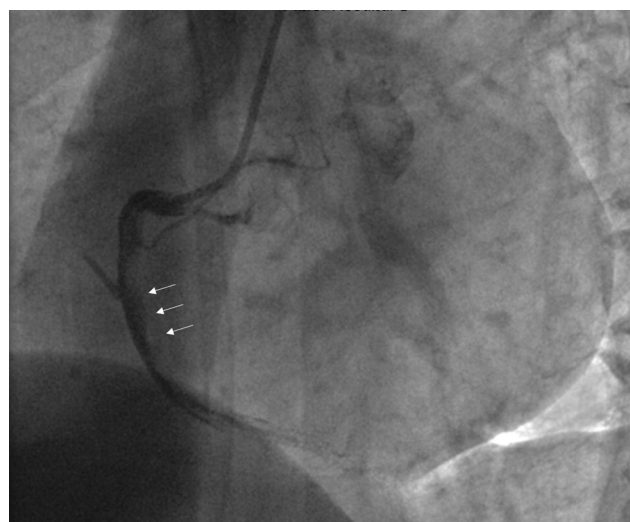


Figura 1

Valsalva derecho. Refirió dolor torácico con ligera elevación del ST en la cara inferior. Se procedió a cruzar una guía convencional que no avanzó por entrada en luz falsa, consiguiéndose pasar una segunda guía, más allá de la reestenosis intrastent oclusiva, hasta la rama descendente posterior. Se implantaron varios stents convencionales desde el *ostium* hasta la descendente posterior de la coronaria derecha, de modo que se restableció el flujo, pero persistió imagen de retención de contraste, correspondiente a disección del seno de Valsalva derecho (*fig. 2*, flecha gruesa).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [serchmed7@hotmail.com](mailto:serchmed7@hotmail.com) (S. Rojas).

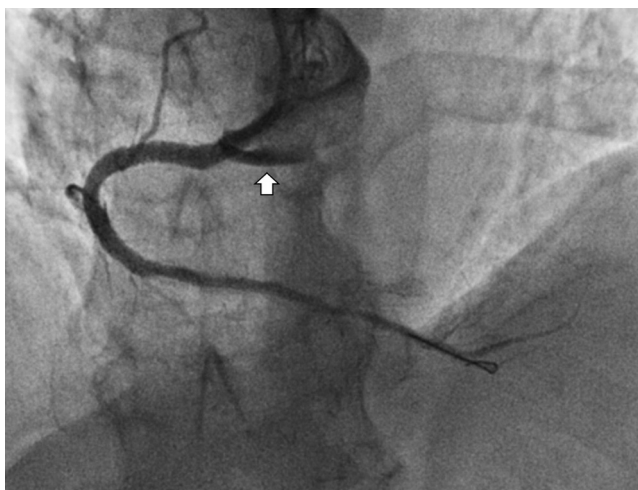


Figura 2



Figura 4

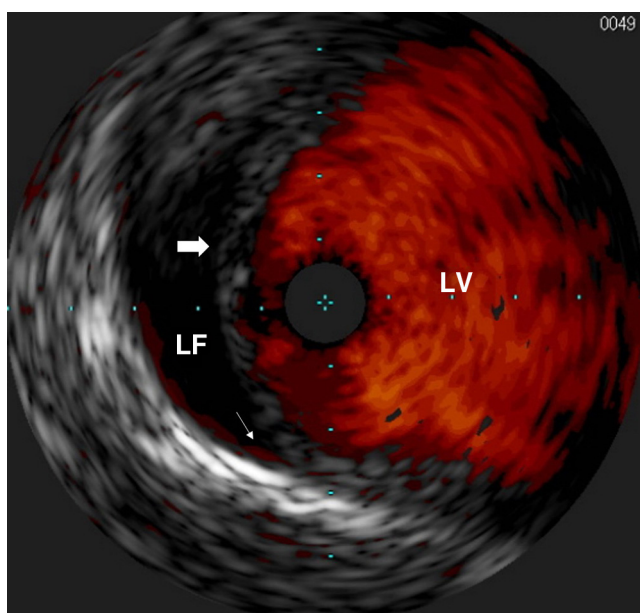


Figura 3

Dada la persistencia de imagen angiográfica de disección del seno de Valsalva derecho, se decidió realizar un ultrasonido intravascular (IVUS) con técnica Chroma-Flow. De esta manera se comprobó la persistencia de *flap* a nivel ostial (fig. 3, flecha gruesa), se constató, además, que el *ostium* de la coronaria derecha no estaba cubierto completamente por el stent y se visualizó flujo sanguíneo en luz verdadera, con entrada parcial del mismo en luz falsa (fig. 3, flecha delgada). Se implantó un stent convencional de 4 × 12 mm, solapado al anterior, en el ostium de la coronaria derecha protruyendo en la aorta, con disminución marcada de la retención de contraste en el seno de

Valsalva, y por tanto con cierre del punto de entrada de la disección (fig. 4, flecha gruesa). Se dio por finalizado el procedimiento y el paciente fue remitido a su hospital de referencia, asintomático y estable desde el punto de vista hemodinámico.

La disección coronaria iatrogénica es una complicación conocida del intervencionismo coronario; sin embargo, la extensión retrógrada al seno de Valsalva y la aorta ascendente es rara, con una incidencia del 0,02% de angioplastias coronarias<sup>1</sup>. Las diferencias morfológicas indican que el seno de Valsalva derecho es más propenso a la disección iatrogénica. Así mismo, se considera que la cardiopatía isquémica es un factor de riesgo para su presentación. El manejo conservador o asociado a intervencionismo coronario con stent ha demostrado ser suficiente para su tratamiento en la mayoría de casos con una extensión de la disección menor de 4 cm dentro de la aorta ascendente<sup>2</sup>. El papel del IVUS en casos de disección coronaria es relevante, ya que puede identificar el *flap* de la disección, así como distinguir la luz verdadera de la falsa y visualizar al mismo tiempo la presencia de hematoma de la pared, hallazgo frecuente en este tipo de complicaciones. Finalmente, el IVUS permite optimizar el resultado del tratamiento percutáneo en estos casos.

## Bibliografía

1. Almansori M, Alhulaimi N. Aortic dissection secondary to coronary artery intervention. *Netherlands Heart J.* 2010;18:264.
2. Dunning DW, Kahn JK, Hawkins ET, O'Neill WW. Iatrogenic coronary artery dissections extending into and involving the aortic root. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2000;51:387-93.