



Cardiocre

ISSN: 1889-898X

cardiocre@elsevier.com

Sociedad Andaluza de Cardiología  
España

Fernández-Guerrero, Juan Carlos; Herrador Fuentes, Juan Ángel; Guzmán Herrera, Manuel  
Ecografía intravascular y stent en el tronco izquierdo  
Cardiocre, vol. 45, núm. 3, 2010  
Sociedad Andaluza de Cardiología  
Barcelona, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=277021997011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



# Cardiocre

www.elsevier.es/cardiocore



## Imagen en Cardiología

### Ecografía intravascular y stent en el tronco izquierdo

#### Intravascular ultrasound in stenting of left main artery

Juan Carlos Fernández-Guerrero\*, Juan Ángel Herrador Fuentes y Manuel Guzmán Herrera

Unidad de Hemodinámica, Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

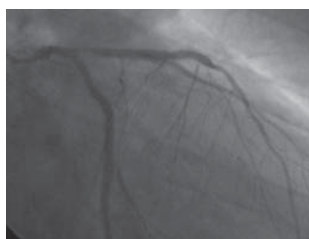


Figura 1



Figura 2

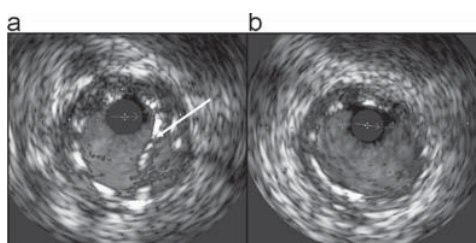


Figura 3

Varón de 54 años, pluripatológico y enfermedad coronaria sometida a varios procedimientos de intervención percutánea (ICP) previos. Ingresa por síndrome coronario agudo con elevación transitoria del ST en cara anterior y ligera elevación de marcadores de daño miocárdico. La coronariografía muestra progresión de la aterosclerosis con lesión severa en el ostium de la arteria descendente anterior (DA) (fig. 1). Se decide implantar un stent farmacológico desde tronco coronario izquierdo (TCI) hacia DA proximal (3,5 × 23 mm), se recruza el stent hacia arteria circunfleja (CX) con una guía hidrofílica y se realiza técnica de «kissing balloon» (KB) con excelente resultado angiográfico (fig. 2). Se realiza ecografía intracoronaria (EIC) detectándose una inadecuada aposición del stent en el TCI

previo a la salida de CX (fig. 3a, flecha). La guía que se había utilizado para recruzar el stent hacia CX había pasado de manera inadvertida por la parte externa del stent por lo que al realizar KB una parte de los «struts» se había desplazado hacia el interior del vaso. Se retiró la guía de CX, se dilató con balón no compliant el TCI (4 × 12 mm) y posteriormente se recruzó de nuevo el stent hacia CX terminando con nuevo KB con excelente resultado angiográfico y ultrasónico (fig. 3b). Aunque no hay estudios que avalen el uso sistemático del EIC en la ICP de TCI su uso es fuertemente recomendado para guiar el procedimiento con objeto de asegurar una implantación óptima del stent y como en este caso detectar fallos inadvertidos en la técnica realizada.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jcfgfernandez@yahoo.es (J.C. Fernández-Guerrero).