

CONFLICTO DE INTERESES

D. Martí Sánchez ha recibido honorarios en concepto de actividades de asesoría y formación para Boston Scientific Ibérica. Los restantes autores no presentan conflictos de intereses.

MATERIAL ADICIONAL



Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.24875/RECIC.M23000364>.

BIBLIOGRAFÍA

1. Woo EJ, Ogilvie RA, Krueger VS, Lundin M, Williams DM. Iliac vein compression syndrome from anterior perforation of a pedicle screw. *J Surg Case Rep*. 2016;2016:rjw003.
2. Cannon KA, Badiee J, Wallace JD, et al. The prevalence of chronic deep venous thrombosis in trauma: Implications for hospitals and patients. *J Trauma Acute Care Surg*. 2018;84:170-174.
3. Galea R, Roten L, Siontis GCM, Brugger N, Windecker S, Räber L. Percutaneous left atrial appendage closure with superior vascular access. *Euro-Intervention*. 2022;18:e695-e696.
4. Zare P, Rechani L, Smithson S. Left atrial appendage closure device implantation via transhepatic vascular access: a case report. *Eur Heart J Case Rep*. 2020;4:1-5.

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M23000375>

Aortitis sífilítica como causa rara de estenosis de los ostium coronarios



Syphilitic aortitis as a rare cause of coronary ostial stenosis

Rui Flores*, Fernando Mané, Carlos Braga y Cátia Oliveira

Cardiology Department, Hospital of Braga, Braga, Portugal

Sr. Editor:

Presentamos el caso de un varón de 62 años que acude a urgencias con signos de síndrome neurológico agudo. Permanece bajo observación por la presencia de paraparesia espástica. Su historia clínica también incluye dislipemia, tabaquismo activo, abuso de alcohol en el pasado y psoriasis. Su medicación habitual es ácido acetilsalicílico 150 mg y simvastatina 20 mg. Ante el agravamiento de su estado neurológico, ingresa para una exploración más detallada. Tras una cuidadosa valoración clínica, se diagnostica síndrome cerebeloso y piramidal en un contexto de neurosífilis. Se inicia tratamiento con penicilina. Durante la hospitalización, la resonancia magnética cerebral reveló la presencia de una hernia masiva en C4-C5 que comprimía significativamente la médula espinal. Se recomendó cirugía descompresiva. Durante la hospitalización, el paciente se quejaba de dolor en el pecho. El ECG mostraba ritmo sinusal con depresión difusa del segmento ST y elevación del segmento ST en aVR y V1. La ecocardiografía transtorácica mostró una fracción de eyección del ventrículo izquierdo gravemente deteriorada con hipocinesia grave del ápex y de las paredes anterior, posterior y lateral. Aunque la raíz aórtica estaba ligeramente dilatada, no se observaba disección. Ante la presencia de dolor torácico refractario y progresiva hipotensión, se administró heparina no fraccionada (5.000 UI) y se realizó una coronariografía de urgencia que reveló la presencia de una estenosis crítica del tronco común izquierdo a nivel del ostium (vídeos 1 y 2 del material adicional). No se identificó ninguna otra lesión. Debido a la complejidad de la lesión, se recomendó angioplastia percutánea bajo cobertura con dispositivo de asistencia del ventrículo izquierdo. Ante el estado del paciente, fue necesario tomar una decisión multidisciplinaria.

A consecuencia del inestable estado hemodinámico y empeoramiento del paciente, se optó por realizar, con éxito, una angioplastia coronaria empleando un *stent* farmacológico (figura 1 y figura 2). Previo a la angioplastia, se le administró una dosis de carga de ticagrelor 180 mg. La intervención contó con el respaldo de ecografía intravascular (IVUS) que confirmó la ubicación correcta del *stent* y su expansión al final de la intervención (área mínima intrastent de 16 mm²) (vídeos 3 y 4 del material adicional). No se informaron signos de disección coronaria. Tras la intervención, desaparecieron los dolores y sus niveles de presión arterial volvieron a la normalidad.

La nueva ecocardiografía transtorácica que se realizó vino a confirmar la presencia de una raíz aórtica ligeramente dilatada (de 40 a 41 mm) con aparente engrosamiento de la pared posterior. El ventrículo izquierdo no estaba dilatado. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo era del 30-35% con una región apical acinética y paredes anterior, lateral y posterior. La función del ventrículo derecho era normal. No se apreciaron valvulopatías significativas, derrame pericárdico ni masas intracardíacas.

La tomografía computarizada torácica mostró una serie de calcificaciones aórticas ateromatosas acompañadas de engrosamiento significativo de la pared que se asoció a un fenómeno de aortitis de etiología sífilítica. El paciente siguió con el tratamiento antiagregante plaquetario doble, completó su ciclo de antibióticos con penicilina, tuvo una progresión cardiovascular favorable con mejora paulatina de la función del ventrículo izquierdo y fue dado de alta a la unidad de neurocirugía trascurridos 7 días. Al cabo 1 mes, se suspendió el ticagrelor y el paciente fue tratado en neurocirugía. Su recuperación neurológica se desarrolló sin

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ruifilesflores@gmail.com [R. Flores].

Online el 8 de junio de 2023.

2604-7306 / © 2023 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.

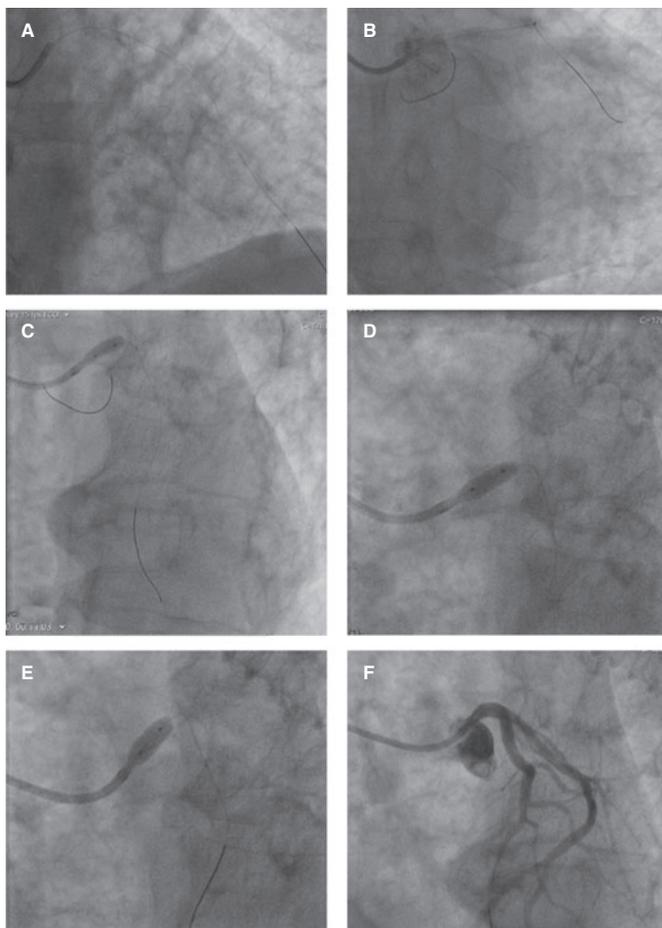


Figura 1. Imágenes de la coronariografía. **A:** guía de protección en descendente anterior. **B:** guía de protección en circunfleja izquierda. **C:** predilatación del tronco común izquierdo con balón no distensible (Emerge PTCA, Boston Scientific, Estados Unidos; 3,5 × 8 mm; 16 atm); **D:** implante de *stent* recubierto de everolimus (XIENCE Sierra, Abbott, Estados Unidos; 4,0 mm × 8 mm; 22 atm) en el *ostium* coronario del tronco común izquierdo. **E:** sobredilatación del *stent* previamente implantado empleando otro balón no distensible (Emerge PTCA, Boston Scientific, Estados Unidos; 5,0 × 8 mm; 24 atm); **F:** buenos resultados angiográficos finales.

complicaciones y la función del ventrículo izquierdo fue normal a los 6 meses.

Aunque los signos cardiovasculares ya están descritos en la literatura médica como complicaciones bien conocidas de la sífilis, este caso viene a ilustrar una complicación cardiaca particularmente rara en la era moderna¹⁻³. Un posible signo de la aortitis sífilítica es el estrechamiento de los *ostium* coronarios capaz de provocar infartos agudos de miocardio. Muchos de estos casos se ha identificado *post mortem*¹. El mecanismo subyacente pueden ser las placas ateroscleróticas, los fenómenos inflamatorios o la protrusión del calcio hacia el interior de las coronarias¹⁻³. Para llegar al diagnóstico e instaurar el posterior tratamiento fue de capital importancia mantener un nivel alto de sospecha en un contexto clínico adecuado¹. Otros diagnósticos diferenciales pueden ser la espondilitis anquilosante, la arteritis temporal y la arteritis de Takayasu, todas ellas patologías capaces de provocar aortitis ascendente^{2,3}.

Este caso pone de manifiesto lo difícil que es tratar lesiones ostiales del tronco común izquierdo, sobre todo en situaciones donde la

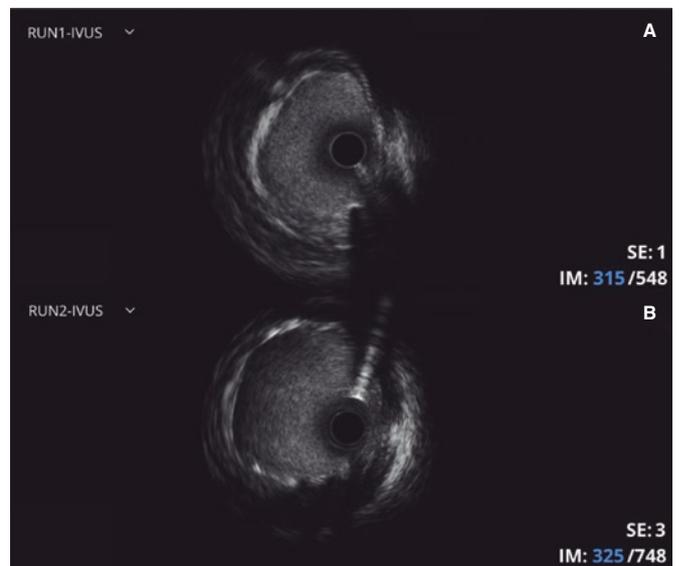


Figura 2. Ecografía intravascular (IVUS). **A:** El examen con IVUS realizado tras la predilatación muestra la presencia de una lesión heterogénea a nivel del *ostium* coronario del tronco común izquierdo debida, probablemente, a fenómenos de aortitis. **B:** El examen con IVUS realizado tras el implante del *stent* muestra la expansión correcta del *stent*.

obstrucción coronaria parece deberse a calcificaciones localizadas en la aorta ascendente, en la raíz aórtica o a la presencia de aortitis. La presencia de calcificación extensa puede provocar obstrucciones críticas que, en un contexto de urgencia, pueden complicar la revascularización percutánea o hacerla directamente inviable. La falta de dispositivos de asistencia del ventrículo izquierdo y la disponibilidad para realizar cirugías cardíacas en nuestro hospital hicieron que este fuese un escenario aterrador difícil de manejar en la fase aguda. Anteriores estudios ya han informado de angioplastias realizadas en pacientes con estenosis ostiales del tronco común izquierdo, la mayoría de las cuales requieren dispositivos de asistencia del ventrículo izquierdo para apoyar la angioplastia del tronco común izquierdo⁴⁻⁶. Afortunadamente para el paciente, se pudo realizar una angioplastia de urgencia con resultados cardiovasculares favorables. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito del paciente.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

R. Flores, F. Mané, C. Braga y C. Oliveira trataron al paciente. R. Flores redactó el artículo y F. Mané, C. Braga y C. Oliveira lo revisaron.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

MATERIAL ADICIONAL



Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.24875/RECIC.M23000375>.

BIBLIOGRAFÍA

- Jadeed R, Paarmann R, Harringer W, El-Essawi A. Syphilitic Aortitis Presenting with Coronary Ostial Stenosis and Aortic Regurgitation. *J Heart Valve Dis.* 2016;25:18-20.
- Barbosa-Barros R, Pérez-Riera AR, Koivula K et al. Acute coronary syndrome of very unusual etiology. *Ann Noninvasive Electrocardiol.* 2018;23:e12531.
- Nomura R, Yamazaki F, Egawa Y. Syphilitic aortitis: chronic left coronary ostial occlusion and aortic regurgitation with aortitis. *Gen Thorac Cardiovasc Surg.* 2021;69:736-739.
- Predescu LM, Zarma L, Platon P, et al. ST Segment Elevation Myocardial Infarction Due to Severe Ostial Left Main Stem Stenosis in a Patient with Syphilitic Aortitis. *Rom J Intern Med.* 2016;54:74-79.
- Li X, Wang X, Wang Z et al. Cardiovascular syphilis-associated acute myocardial infarction: A case report. *Medicine (Baltimore).* 2021;100:e24788.
- Hosoba S, Suzuki T, Koizumi Y et al. Syphilitic aortitis causing bilateral coronary ostial stenosis. *Heart Surg Forum.* 2011;14:E59-60.

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M23000377>

Implante de *valve-in-MAC* transfemoral en estenosis mitral grave por radioterapia



Transfemoral valve-in-MAC implantation due to severe radiation-induced mitral stenosis

Mikel Maeztu^{a,*}, Lara Ruiz^a, Leire Andracka^a, Mariano Larman^b, Garikoitz Lasa^c y Jesús Roberto Sáez^a

^a Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, Bizkaia, España

^b Servicio de Hemodinámica, Policlínica Gipuzkoa, Donostia-San Sebastián, Gipuzkoa, España

^c Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Donostia, Donostia-San Sebastián, Gipuzkoa, España

Sr. Editor:

Se presenta el caso de un paciente de 57 años con antecedentes de radiación torácica en la adolescencia por un linfoma de Hodgkin torácico. Presenta además enfermedad pulmonar intersticial no filiada y bocio endotorácico con desplazamiento traqueal que condiciona una vía aérea difícil. En 2014 se le diagnosticó un síndrome coronario crónico y se le realizó revascularización percutánea completa en la coronaria derecha. Los ecocardiogramas mostraron estenosis aórtica mitral grave secundaria a calcificación valvular sin estigmas de enfermedad reumática, con función sistólica conservada e hipertensión pulmonar grave.

El paciente desarrolló progresivamente clínica de insuficiencia cardíaca, por lo que se indicó una sustitución valvular aórtica. Ante la evidencia de aorta de porcelana, se decidió el implante percutáneo de una prótesis aórtica (TAVI), modelo Edwards SAPIEN 23 mm (Edwards Lifescience, Estados Unidos) por acceso femoral bajo sedación profunda. No hubo complicaciones al alta.

En seguimiento en consulta de valvulopatías, su disnea fue empeorando (clase III de la *New York Heart Association* [NYHA]). Las pruebas complementarias confirmaron la progresión de la estenosis mitral. Mediante ecocardiograma transtorácico (ETT) y transesofágico (ETE) se visualizó una calcificación anular mitral extensa que condicionaba estenosis mitral grave (gradiente medio de 15 mmHg), sin insuficiencia, ventrículo derecho ligeramente dilatado con función conservada y presión sistólica en la arteria pulmonar estimada > 60 mmHg. La prótesis era normofuncionante.

Se revaloró el caso y se optó por la posibilidad de implantar una prótesis aórtica biológica percutánea en posición mitral, dados los riesgos quirúrgicos y anestésicos.

El estudio de viabilidad del procedimiento mediante el sistema 3mensio Structural Heart (Pie Medical Imaging, Países Bajos) reportó una calcificación anular mitral con una extensión circunferencial de 298°, sin calcificación en la comisura medial, con diámetro anteroposterior de 24,5 mm e intercomisural de 33 mm, y con un área interior de 646 mm². Estas mediciones se consideraron favorables para el implante de una prótesis Edwards SAPIEN de 29 mm.

En la simulación fue de especial relevancia la estimación del área del neotracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI)¹, que fue de 340 mm², considerado de bajo riesgo para obstrucción del TSVI (figura 1). Los resultados obtenidos, junto con las imágenes ecocardiográficas, permitieron aceptar el caso para implante de válvula en calcificación anular mitral, conocido como *valve-in-MAC*¹, por vía transfemoral. Se informó al paciente de la alta complejidad y la morbimortalidad del procedimiento^{2,3}, con resultados a largo plazo hasta ahora poco conocidos.

El procedimiento se llevó a cabo en marzo de 2022 y el paciente llegó a la sala de intervención con datos clínicos de insuficiencia cardíaca. Bajo anestesia general e intubación con fibrobronoscopia, se avanzó sin complicaciones una sonda convencional de ETE. Por acceso femoral venoso y bajo control con ETE y radioscopia, se realizó punción transeptal y acceso a la aurícula izquierda con un

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mikel.maezturada@osakidetza.eus [M. Maeztu Rada].

[@Maeztuki](https://twitter.com/Maeztuki)

Recibido 22 de diciembre de 2022. Aceptado 24 de marzo de 2023. Online el 11 de mayo de 2023.

2604-7306 / © 2023 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permyer Publications. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.