

## Arteriopatía periférica en el contexto de la angiografía coronaria: abriendo camino

Sr. Editor:

La vía radial se ha consolidado como una excelente vía de acceso para el diagnóstico y el intervencionismo coronario; en muchos laboratorios de hemodinámica se considera la vía de acceso electiva en pacientes sin contraindicación para ello. Es una vía segura y con bajo índice de complicaciones<sup>1,2</sup>. En 2005 se realizaron en España más de 30.000 procedimientos por esta vía, un 56% más que en el año previo<sup>3</sup>. No es infrecuente encontrar variaciones anatómicas que dificulten el procedimiento, si bien pueden solventarse con el uso de guías hidrofílicas o introductores largos<sup>4</sup>. Con menor frecuencia podemos encontrar enfermedad arterial periférica severa que pueda forzar el cambio a otra vía. Una alternativa podría ser el intervencionismo sobre la lesión, que permitiese continuar el procedimiento.

En nuestro caso, se trata de un varón de 83 años, hipertenso, diabético y con claudicación intermitente en grado Fontaine IIb. Como antecedente presentaba infarto de miocardio inferior remoto, documentado electrocardiográficamente. Fue remitido por síndrome coronario agudo sin elevación de ST con marcadores de daño miocárdico elevados. Se le realizó la prueba de Allen antes del procedimiento, que resultó normal.

El procedimiento se inició por vía radial derecha, con introductor de 6 Fr hidrofílico Avanti Plus (Cordis Corp., Estados Unidos), y se comenzó el diagnóstico con catéter JL 3,5 y guía de 0,38 pulgadas. Ante la dificultad para avanzar la guía en la proximidad del territorio axilar, se realizó una inyección de control, que mostró (fig. 1) una estenosis severa y focal en la arteria braquial, tras el origen de la circunfleja humeral, con circulación colateral de gran calibre a la arteria braquial profunda, lo que garantizaba el aporte sanguíneo a la extremidad distal y la ausencia de síntomas en el paciente. Tras caracterizar la lesión en varias proyecciones e inyectar 200 g de nitroglicerina, se decidió intervenir en ella.

Tras intercambiar el introductor a 7 Fr, se cruzó la lesión con guía intracoronaria de 0,014 pulgadas BHW (Guidant Corp., Estados Unidos) llegando hasta el plano valvular aórtico. Se predilató con balón Powersail no distensible (Guidant Corp., Estados Unidos) de 3-20 mm a 12 ATM de presión, comprobando su expansión. Finalmente, se implantó un *stent* Titan2 (Hexacath, Francia) de 5-16 mm, y se comprobó la completa resolución de la estenosis (fig. 2).

Tras dilatar la estenosis braquial, se continuó el diagnóstico por la misma vía sin complicaciones, y se halló una oclusión crónica de la coronaria derecha distal y estenosis angiográficamente no significativa en la descendente anterior, por lo que se remitió para completar el estudio de isquemia/viabilidad. La cantidad de contraste empleada fue de 300 ml y 24 min de escopia. El paciente fue remitido a su hospital de referencia a las 24 h, sin complicaciones y con régimen de doble antiagregación durante 1 mes.



Fig. 1. Angiografía diagnóstica.



Fig. 2. Resultado final.

La intervención percutánea en las arterias subclavia y vertebral o el tronco braquiocefálico se ha descrito en caso de insuficiencia vertebrobasilar<sup>5</sup>. Sin embargo, no hay publicaciones relevantes acerca del tratamiento percutáneo de la arteria braquial durante la angiografía coronaria. Esta situación podría cambiar en los próximos años con la extensión de la vía radial como acceso para la coronariografía y la comorbilidad creciente de los pacientes tratados.

En este caso es posible realizar 2 abordajes: cambiar de vía de acceso o intervenir en la lesión. La decisión debe individualizarse en cada caso, valorando las posibles complicaciones. En este caso, tanto la localización como la circulación colateral que garantizaba el flujo distal hacían de la intervención un procedimiento seguro, lo que permite el uso posterior de esta vía para una eventual revascularización coronaria.

Juan García-Lara, Raúl Valdesuso,  
José Hurtado y Mariano Valdés

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de  
la Arrixaca. Murcia. España.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Agostoni P, Biondi-Zoccai GG, De Benedictis ML, Rigattieri S, Turri M, Anselmi M, et al. Radial versus femoral approach for percutaneous coronary diagnostic and interventional procedures; Systematic overview and meta-analysis of randomized trials. *J Am Coll Cardiol.* 2004;44:349-56.
2. Salgado FJ, Calvino SR, Vázquez Rodríguez JM, Vázquez GN, Vázquez RE, Pérez FR, et al. Coronariografía y angioplastia coronaria por vía radial: experiencia inicial y curva de aprendizaje. *Rev Esp Cardiol.* 2003;56:152-9.
3. López-Palop R, Moreu J, Fernández-Vázquez F, Hernández AR. Registro Español de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. XV Informe Oficial de la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista de la Sociedad Española de Cardiología (1990-2005). *Rev Esp Cardiol.* 2006;59:1146-64.
4. Barbeau GR. Radial loop and extreme vessel tortuosity in the transradial approach: advantage of hydrophilic-coated guidewires and catheters. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2003;59:442-50.
5. Malek AM, Higashida RT, Phatouros CC, Lempert TE, Meyers PM, Gress DR, et al. Treatment of posterior circulation ischemia with extracranial percutaneous balloon angioplasty and stent placement. *Stroke.* 1999;30:2073-85.