

proteínaceo, con imágenes redondeadas en su interior (fig. 2B). Finalmente, se concluyó que se trataba de un quiste de origen hidatídico intrapericárdico adherido a la cara diafragmática de ambos ventrículos sin infiltrarlos.

La afección exclusivamente cardíaca de la enfermedad hidatídica es rara (menor del 2%). La llegada de *Echinococcus granulosus* a las estructuras cardíacas ocurre a través de la circulación sistémica o por extensión directa desde estructuras adyacentes. La clínica depende del tamaño, la localización y la integridad del quiste, pero en algunos casos resulta asintomática<sup>1</sup>.

El diagnóstico puede ser complicado; debería sospecharse con la radiografía de tórax o la ecocardiografía, ya que pueden detectarse con facilidad las deformidades en la silueta cardíaca, y en el caso de la ecocardiografía, la posible existencia de compromiso funcional. Posteriormente, debe completarse el estudio con tomografía computarizada y/o resonancia magnética de alta resolución, que son pruebas superiores a la ecografía para detectar estructuras en el interior de la masa y delimitar su extensión y establecer su relación con los tejidos adyacentes, con vistas a una posible intervención quirúrgica<sup>2</sup>.

El tratamiento definitivo es la cirugía de resección del quiste, sobre todo para evitar posibles complicaciones, y en ocasiones se asocia a tratamiento médico con antiparasitarios. El caso de nuestro paciente no fue intervenido, dado que se encontraba asintomático y él mismo rechazó la operación.

Ane Elorriaga\*, Ainhoa Rubio y Javier Bóveda

Servicio de Cardiología, Hospital de Basurto, Bilbao, Vizcaya, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [aneelorriaga@yahoo.es](mailto:aneelorriaga@yahoo.es) (A. Elorriaga).

On-line el 31 de marzo de 2011

### BIBLIOGRAFÍA

1. Murat V, Quian Z, Guo S, Qiao J. Cardiac and pericardial echinococcosis: report of 15 cases. *Asian Cardiovasc Thorac Ann.* 2007;15:278-9.
2. Vural M, Sayin B, Pasaoglu L, Koparal S, Elverici E, Dede D. Isolated pericardial hydatid cyst in an asymptomatic patient: a remark on its radiologic diagnosis. *Clin Imaging.* 2007;31:37-9.

doi:10.1016/j.recresp.2010.10.021

### Revascularización percutánea de oclusión total crónica del tronco común izquierdo

#### *Percutaneous Revascularization of Chronic Total Occlusion of the Left Main Coronary Artery*

Sra. Editora:

Varón de 54 años, caucásico, hipertenso, fumador de cigarrillos, que presentaba hipercolesterolemia y no tenía antecedentes previos de eventos cardiovasculares ni de dolor torácico, fue hospitalizado por disnea y un empeoramiento de la clase de la New

York Heart Association (NYHA). Tanto la exploración física como el electrocardiograma estaban dentro de los límites normales. La ecocardiografía mostró una acinesia apical anterior y una hipocinesia del resto de segmentos, con disfunción ventricular izquierda severa (fracción de eyección ventricular izquierda [FEVI], 20%). Se realizó entonces un cateterismo cardíaco. El tronco común izquierdo (TCI) estaba ocluido a un nivel muy proximal (fig. 1A). La arteria coronaria derecha (ACD) presentaba una estenosis grave en el segmento medio-distal (fig. 1B). El flujo sanguíneo colateral procedía de ramas septales hacia la descendente anterior (DA) y de ramas laterales hacia la arteria circunfleja izquierda (CXI), con una arteria coronaria izquierda sin lesiones estenóticas (fig. 1C). La tomografía computarizada de emisión monofotónica (SPECT) del

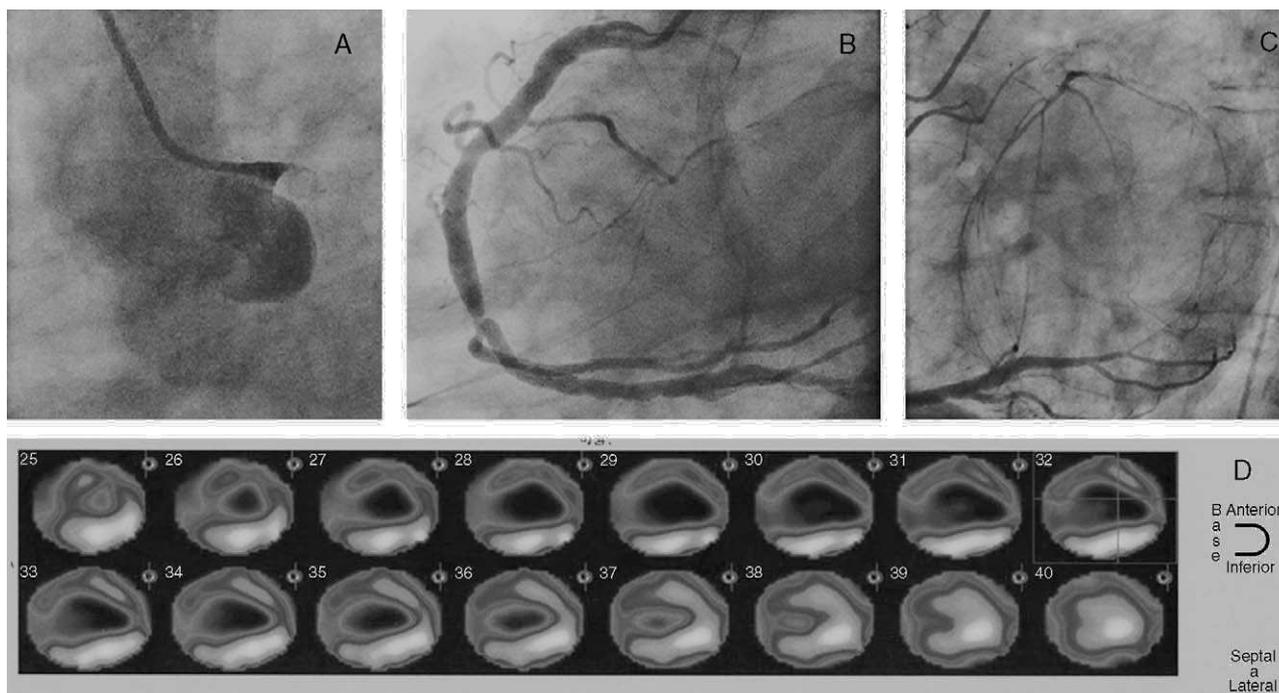
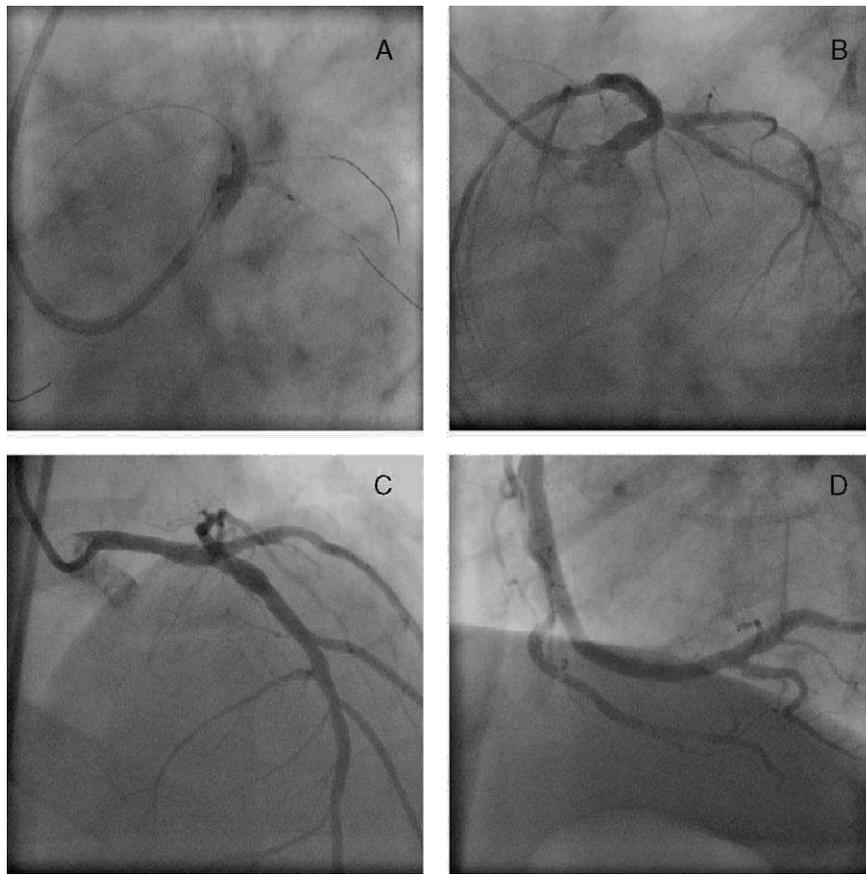


Figura 1. A-C: angiografía al ingreso. D: tomografía de emisión monofotónica única al ingreso.



**Figura 2.** A: intervención coronaria percutánea sobre la arteria coronaria principal izquierda. B y C: arteria coronaria principal izquierda tras la intervención coronaria percutánea. D: arteria coronaria derecha tras la intervención coronaria percutánea.

miocardio mostró una preservación de la viabilidad de la parte inferolateral; no se detectó perfusión en los segmentos apicales-anteriores, lo que indicaba necrosis (fig. 1D). El paciente fue evaluado entonces por cirujanos cardiacos, que contraindicaron el *bypass* arterial coronario debido a la falta de viabilidad de la pared anterior. Optamos entonces por realizar una intervención coronaria percutánea (ICP) sobre la ACD, precedida de un intento de ICP del TCI. Esta decisión se basó en la ausencia de antecedentes de infarto de miocardio, lo cual indicaba una hipoperfusión grave pero con un miocardio que podía ser todavía viable. La intervención tuvo éxito: implantamos un *stent* liberador de paclitaxel de  $3,5 \times 28$  mm en TCI-DA, seguido del uso de un *kissing balloon* en DA-CXI (fig. 2A-C); se utilizó luego la ecografía intravascular como guía para la optimización de la expansión. Dos días después practicamos una ICP de la ACD utilizando un *stent* metálico sin recubrimiento de  $4,5 \times 12$  mm (fig. 2D). No pudo utilizarse un balón de contrapulsación intraaórtico durante la intervención, debido a la oclusión de la arteria iliaca común izquierda. El paciente fue dado de alta asintomático, con un tratamiento farmacológico de clopidogrel, ácido acetilsalicílico, bloqueador beta, inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina y estatina. En la visita de seguimiento realizada al cabo de 1 mes, estaba asintomático y no refirió ningún evento cardiaco; la ecocardiografía mostró una ligera mejora de la FEVI (26%); no se introdujo ningún cambio en el tratamiento farmacológico. En el seguimiento llevado a cabo a los 4 meses, el paciente refirió una mejora de su capacidad física, en consonancia con una mejora adicional de la FEVI en la ecocardiografía (43%). No se detectó ninguna isquemia inducible en el seguimiento de 12 meses, con

pruebas de esfuerzo electrocardiográficas en cinta ergométrica. El paciente estaba totalmente asintomático y la ecocardiografía confirmó la mejora de la FEVI (46%). La oclusión total crónica del TCI es un trastorno muy poco frecuente pero crítico, que sólo puede darse en pacientes con una ACD dominante y una buena formación de colaterales<sup>1-3</sup>. Su evolución clínica es diversa<sup>4,5</sup> y no está claro todavía cuál es el tratamiento correcto, puesto que se discute entre la revascularización percutánea y la quirúrgica. Sin embargo, en el caso que presentamos, se optó por no practicar un *bypass* arterial coronario debido a la ausencia de perfusión en los segmentos apicales-anteriores (según lo indicado por la SPECT) y el elevado riesgo operatorio causado por la FEVI baja.

La ICP se programó con el empleo de un balón de contrapulsación intraaórtico de apoyo, que no pudo utilizarse debido a la oclusión de la arteria iliaca común izquierda. En este caso no hubo ninguna complicación hemodinámica ni se produjeron episodios arrítmicos, probablemente debido a la presencia de una oclusión total crónica con buena colateralización del TCI («tipo TCI protegido»). El aspecto más importante de este caso es la mejora de la FEVI. A pesar de que la SPECT mostraba una zona necrótica amplia, este paciente obtuvo un efecto beneficioso importante con la revascularización, probablemente debido a que la oclusión del TCI no se produjo de forma aguda, sino que fue un trastorno progresivo crónico, con una buena formación de flujo colateral que hizo que el miocardio tuviera una hipoperfusión, pero aún así fuera viable.

Aunque no realizamos una tomografía de emisión de positrones cardiaca antes de la ICP ni una SPECT de seguimiento, la

hibernación miocárdica continúa siendo la hipótesis más probable para explicar la mejora de la función sistólica del ventrículo izquierdo.

Gioel Gabrio Secco\*, Paolo Nicola Marino, Luca Venegoni y Giuseppe De Luca

Dipartimento di Cardiologia, Ospedale «Maggiore della Carità», Università degli Studi del Piemonte Orientale, Novara, Italia

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [gioel.gabrio.secco@gmail.com](mailto:gioel.gabrio.secco@gmail.com) (G.G. Secco).

On-line el 5 de abril de 2011

## BIBLIOGRAFÍA

1. Goldberg S, Grossman W, Markis JE, Cohen MV, Baltaxe HA, Levin DC. Total occlusion of the left main coronary artery - a clinical, hemodynamic and angiographic profile. *Am J Med.* 1978;64:3-8.
2. Sugishita K, Shimizu T, Kinugawa K, Harada K, Ikenouchi H, Matsui H, et al. Chronic total occlusion of the left main coronary artery. *Intern Med.* 1997;36:471-8.
3. Koster NK, White M. Chronic effort-induced angina as presentation of a totally occluded left main coronary artery: a case report and review. *Angiology.* 2009; 60:382-4.
4. Zimmern SH, Rogers WJ, Bream PR, Chaitman BR, Bourassa MG, Davis KA, et al. Total occlusion of the left main coronary artery: the Coronary Artery Surgery Study (CASS) experience. *Am J Cardiol.* 1982;49:2003-10.
5. Shahian DM, Butterly JR, Malacoff RF. Total obstruction of the left main coronary artery. *Ann Thorac Surg.* 1988;46:317.

doi:10.1016/j.recresp.2010.10.031

## Taquicardia ventricular polimórfica tras la administración de atropina durante una ecocardiografía de esfuerzo

### Polymorphic Ventricular Tachycardia After Atropine Use During Stress Echocardiography

Sra. Editora:

La ecocardiografía de esfuerzo tiene una capacidad diagnóstica superior a la prueba de esfuerzo con electrocardiograma (ECG) en la detección de isquemia miocárdica, independientemente de la edad y el sexo del paciente<sup>1</sup>, y su uso es preferible a la

ecocardiografía de estrés con dobutamina en sujetos con capacidad para el ejercicio<sup>2</sup>. Está indicada en el diagnóstico de cardiopatía isquémica en pacientes con sospecha de enfermedad coronaria y/o ECG basal patológico y prueba de esfuerzo convencional no concluyente, y su realización en este tipo de pacientes proporciona información pronóstica relevante para predecir mortalidad y eventos cardiovasculares mayores<sup>3</sup>.

Presentamos el caso de un varón de 59 años, con hipertensión arterial, como único factor de riesgo cardiovascular, y antecedentes de episodio anginoso hacía años, con ergometría negativa para isquemia. Asintomático desde entonces, fue remitido nuevamente a nuestro centro tras episodio de dolor torácico en reposo para la realización de una ecocardiografía de esfuerzo. El paciente no

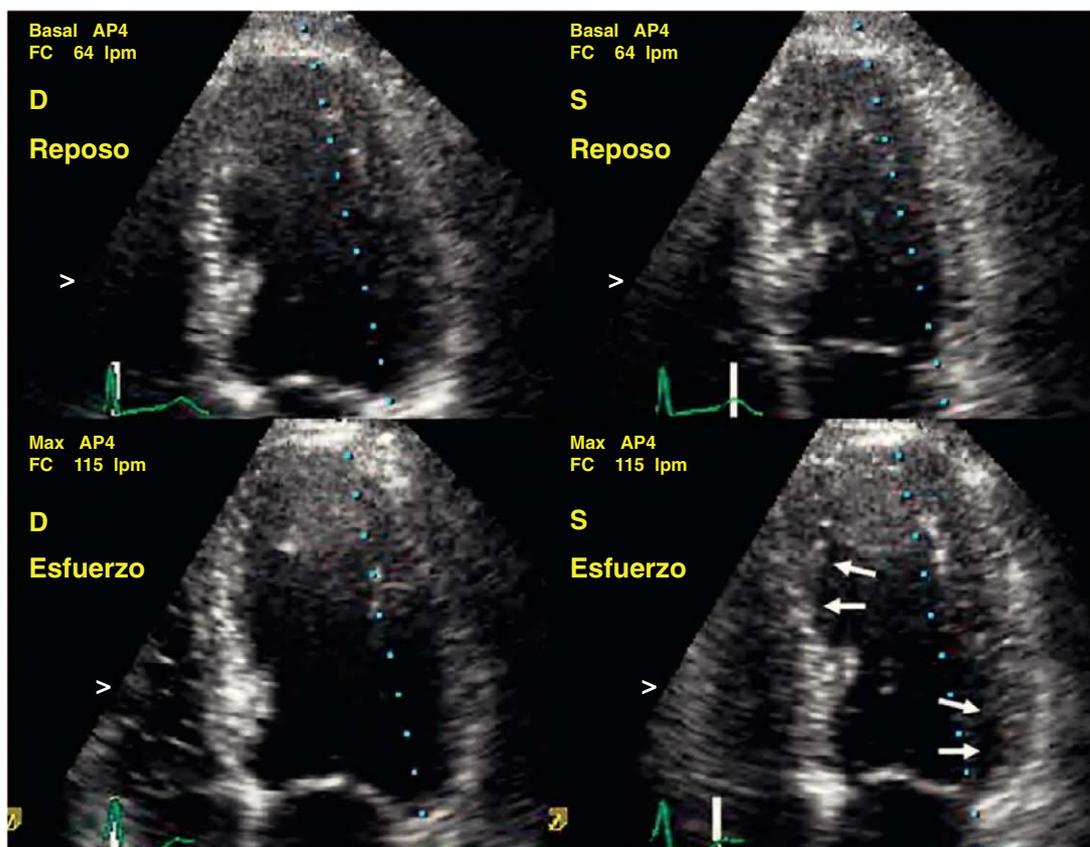


Figura 1. Ecocardiograma de esfuerzo. Desarrollo de hipocinesia septal apical, lateral basal y posterior durante el máximo esfuerzo tras la administración de atropina intravenosa (flechas). D: telediastólico; FC: frecuencia cardiaca; lpm: latidos por minuto; S: telesistólico.