

Aterectomía orbitacional en lesiones coronarias calcificadas en un centro sin cirugía cardíaca in situ: resultados en práctica clínica real

Alejandro Manuel López Pena(1), Jeremías Bayón Lorenzo(1), Ricardo Mori Junco(1), Alejandro Negrete Marcolongo(1), Gonzalo de Urbano Seara(1), Carmen Cristina Álvarez Suárez(1), Jorge Armesto Rivas(1), Gema Rois González(1), Saúl Corredoira Rodríguez(1), Paula Saá Tourón(1), Tania Seoane García(1), Ramón Ríos Vázquez(1) y Carlos González Juanatey(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo - España

Introducción: La calcificación arterial coronaria (CAC) aumenta la complejidad de la intervención coronaria percutánea, asociándose a dificultades en el cruce y dilatación de las lesiones, infraexpansión del stent y mayor riesgo de eventos. La aterectomía orbitacional (AO) permite modificar la placa calcificada, aunque la evidencia en pacientes de alto riesgo y en centros sin cirugía cardíaca in situ es limitada. El objetivo fue evaluar la seguridad y eficacia de la AO en práctica clínica real, así como los eventos durante el seguimiento.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes con lesiones coronarias severamente calcificadas tratados con AO entre abril de 2021 y abril de 2025 en un centro sin cirugía cardíaca. Se analizaron características clínicas, angiográficas y del procedimiento, así como complicaciones intrahospitalarias y eventos en el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 116 pacientes (edad media 73 años; 82,8% varones) con elevada carga de factores de riesgo cardiovascular y alta prevalencia de comorbilidad, incluyendo disfunción ventricular izquierda y enfermedad renal crónica (Tabla 1).
El 66,4% fueron tratados en contexto de síndrome coronario agudo (SCA), principalmente sin elevación del segmento ST (52,1%), con frecuente enfermedad multivaso o de tronco (Tabla 1).
El acceso radial fue el más utilizado (77,2%) y la arteria descendente anterior el vaso más tratado (49,1%). Se utilizó imagen intracoronaria en el 37,2% de los casos.
La tasa de éxito con adecuado resultado angiográfico fue elevada (98,3%). Las complicaciones intraprocedimiento fueron infrecuentes: muerte (0,9%), perforación (2,6%), disección (1,7%) y fenómeno slow/no-reflow (1,7%), principalmente en el contexto del SCA.
Durante un seguimiento medio de 1,6 años, la incidencia de infarto de miocardio fue del 19,3%, la revascularización del vaso diana del 16,3%, la trombosis del stent del 1,8% y la reestenosis intrastent del 8,7%. La mortalidad global fue del 16,7% y la cardiovascular del 5,4%, principalmente en pacientes con presentación aguda.

Conclusiones: En una cohorte de alta complejidad y predominio de síndrome coronario agudo, la aterectomía orbitacional mostró elevada tasa de éxito y un perfil de seguridad aceptable en un centro sin cirugía cardíaca in

situ. La incidencia de eventos durante el seguimiento refleja el alto riesgo basal de esta población.

Tabla 1. Características clínicas y procedimentales basales de la población total

Variables	**Pacientes (n=116)**
Edad, años	73,2 ± 8,2
Sexo masculino, % (n)	82,8 (96)
Hipertensión arterial, % (n)	83,4 (97)
Diabetes Mellitus, % (n)	50 (58)
Dislipemia, % (n)	77,6 (90)
Tabaquismo actual, % (n)	11,2 (13)
Cardiopatía isquémica crónica, % (n)	30,2 (35)
Enfermedad renal avanzada, % (n)	4,5 (5)
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo, %	50,3 ± 11,9
Número de vasos afectados	
1 vaso, % (n)	22,4 (26)
2 vasos, % (n)	26,7 (31)
3 vasos, % (n)	27,6 (32)
Afectación del tronco coronario izquierdo, % (n)	23,3 (27)
Vaso objetivo	
Arteria descendente anterior, % (n)	49,1 (57)
Arteria circunfleja, % (n)	6,0 (7)
Arteria coronaria derecha, % (n)	29,3 (34)
Tronco coronario izquierdo, % (n)	15,5 (18)