

Angioplastia sobre Oclusión crónica de Coronaria Derecha en paciente con enfermedad de 3 vasos

Caso clínico

Paciente de 67 años, DLP, DM tipo 2, y con IRC (Creatinina 1'6 mg/dL).

Vasculopatía periférica muy severa.

Fibrilación auricular permanente, bajo tratamiento anticoagulante.

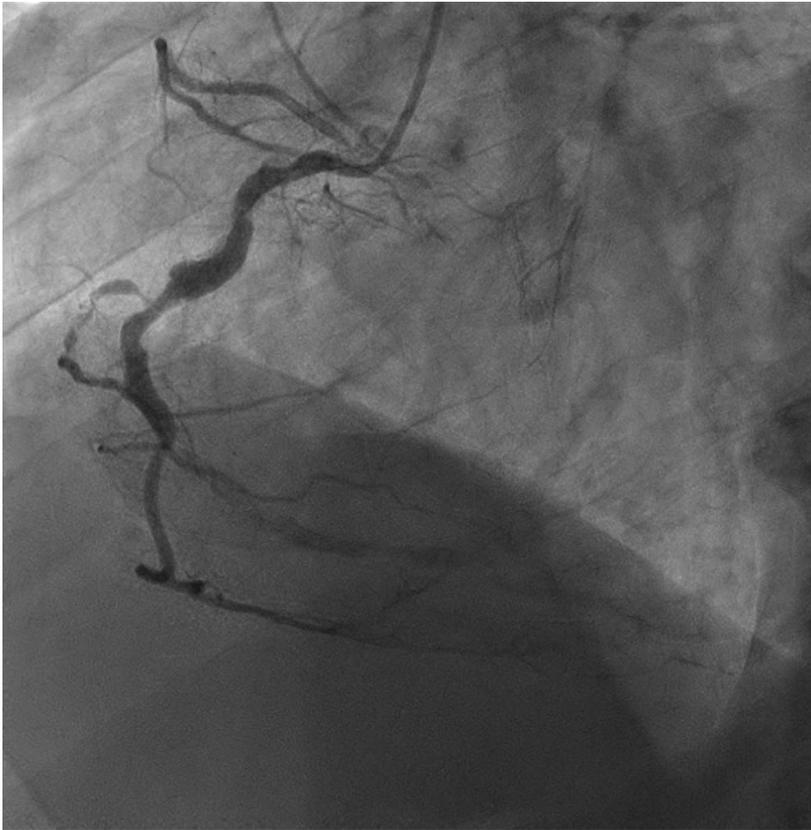
Cardiopatía isquémica crónica desde hace años, sin conocerse la anatomía coronaria (seguimiento en otro centro).

Actualmente ingreso por insuficiencia cardiaca y dolor torácico.

Ecocardiograma: FEVI 20%. IM moderada-severa. Signos de hipertensión pulmonar.

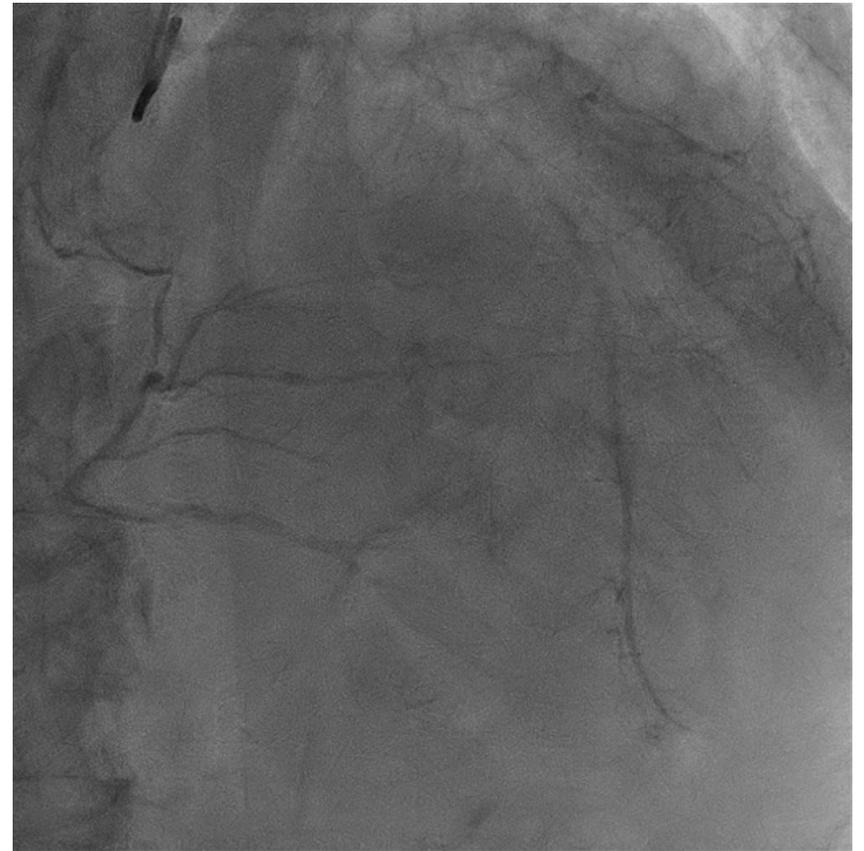
CORONARIOGRAFÍA: acceso humeral derecho (prácticamente no se palpan las radiales).

Coronariografía



Lesiones moderadas en CD proximal y media, y CTO en CD media-distal

Coronariografía



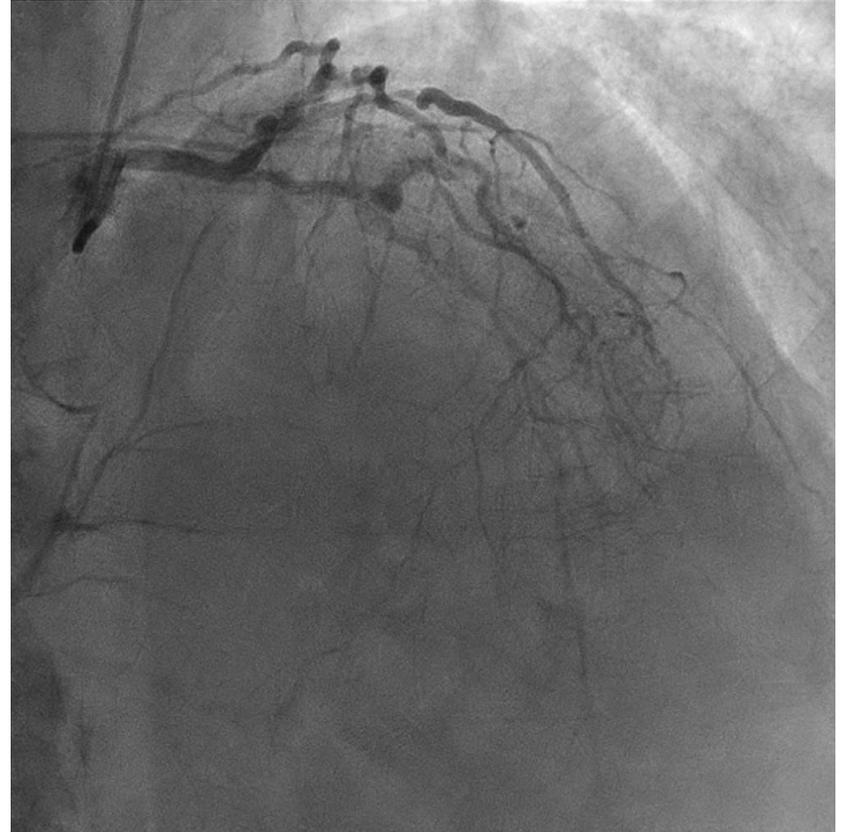
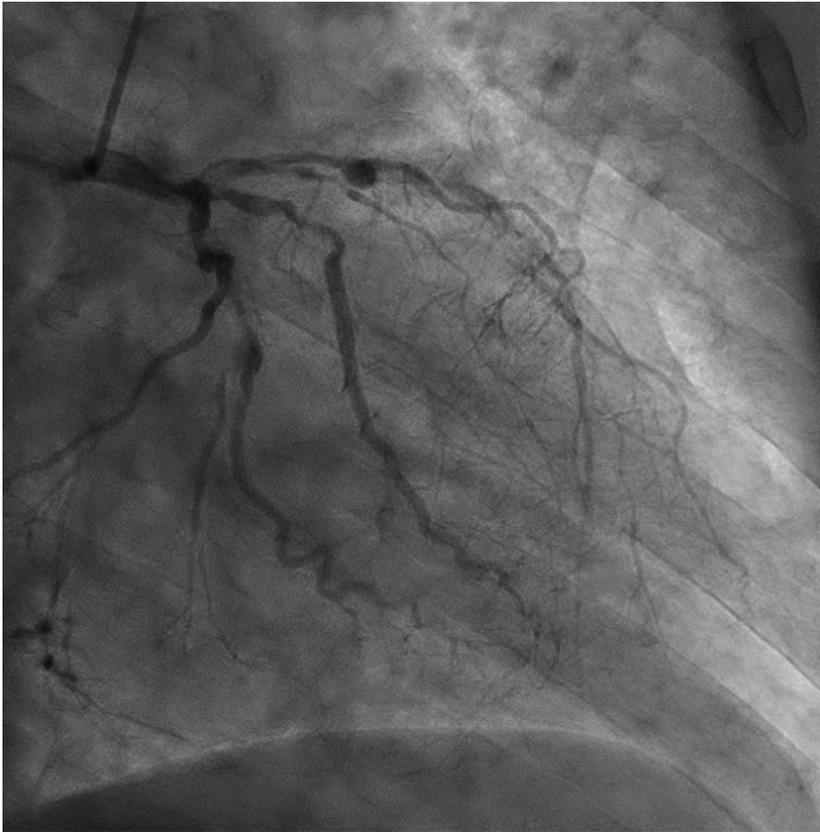
CTO de CD media-distal. Vaso distal se visualiza también por circulación colateral heterocoronaria

Coronariografía



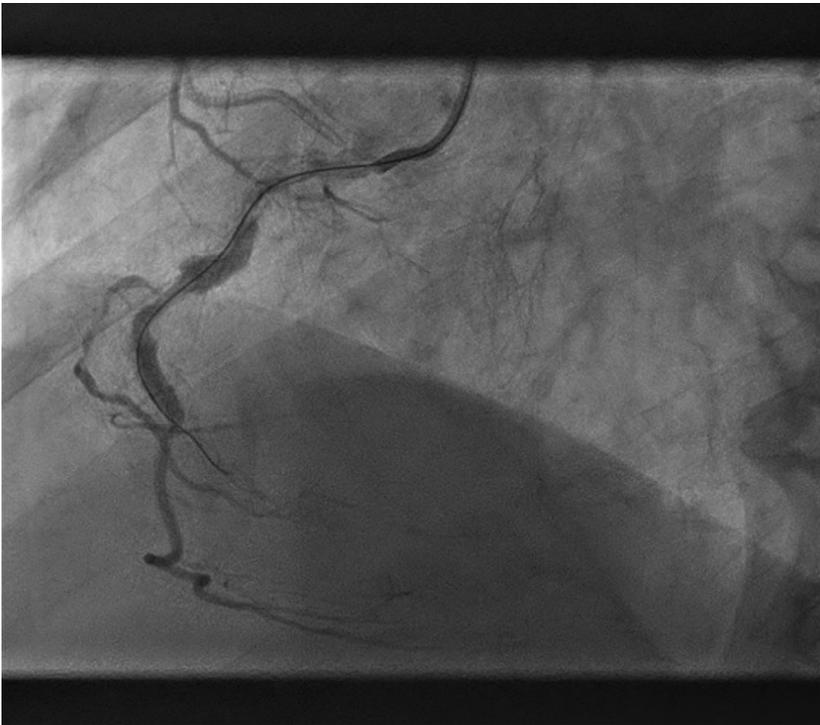
TC lesión distal del 50%. OM1 lesión 70%. CX-OM2 lesión 90%.

Coronariografía



DA con calcificación severa, lesión difusa proximal. CTO de DA media y CTO de D1

Descartada CABG por comorbilidades y vasos distales.
Se decide ICP sobre CTO de CD

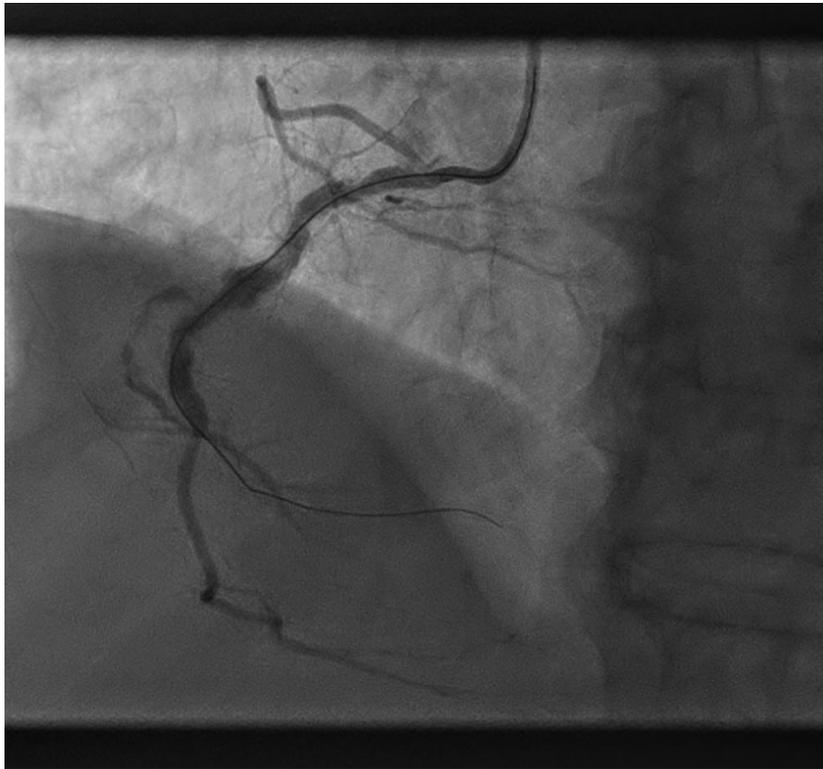


Microcatéter y guía Fielder XTA



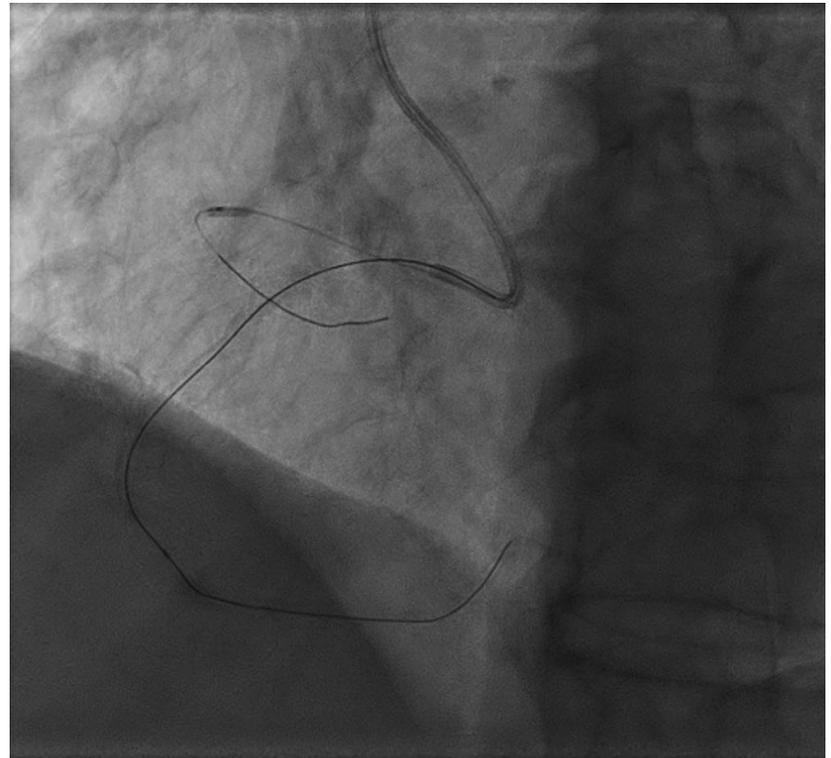
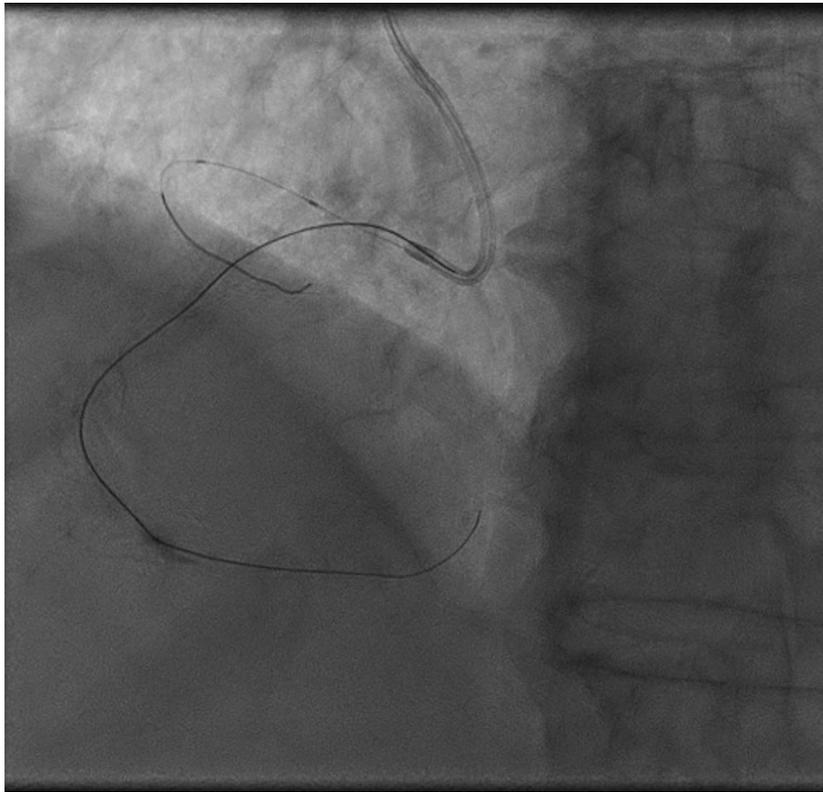
Se avanza el primer tramo a través de un microcanal

ICP sobre CTO de CD



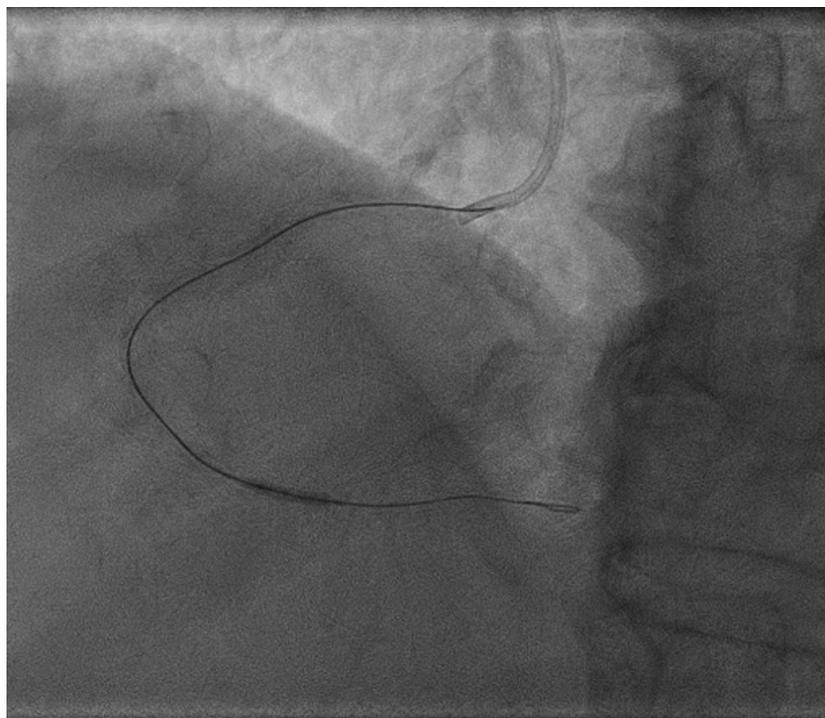
Se consigue cruzar hacia luz verdadera. Se intenta avanzar el microcatéter pero no cruza la oclusión

ICP sobre CTO de CD

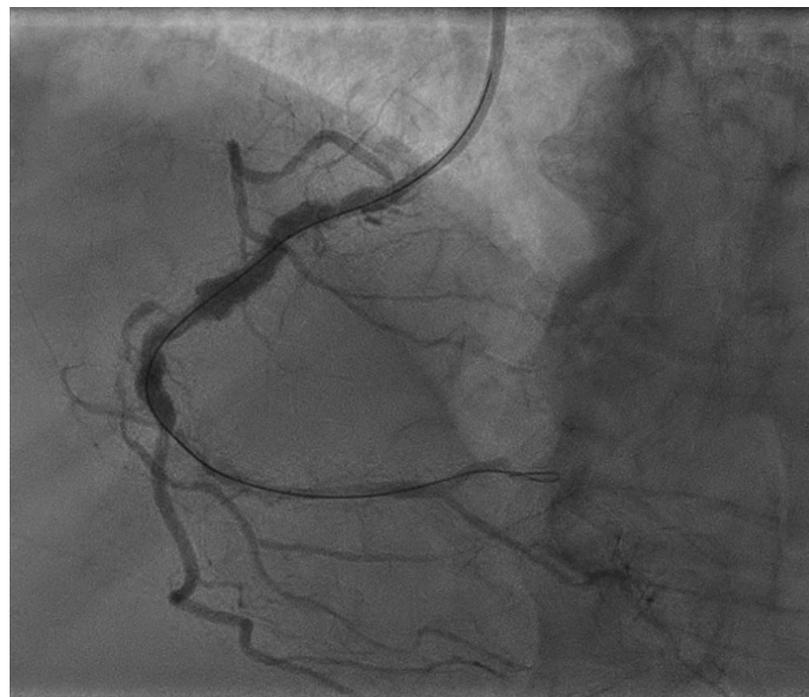


Se necesita realizar anchoring con un balón en el ramo conal y se consigue cruzar la oclusión con un balón de 1.5 mm y predilatar, con rotura del balón por la severa calcificación

ICP sobre CTO de CD

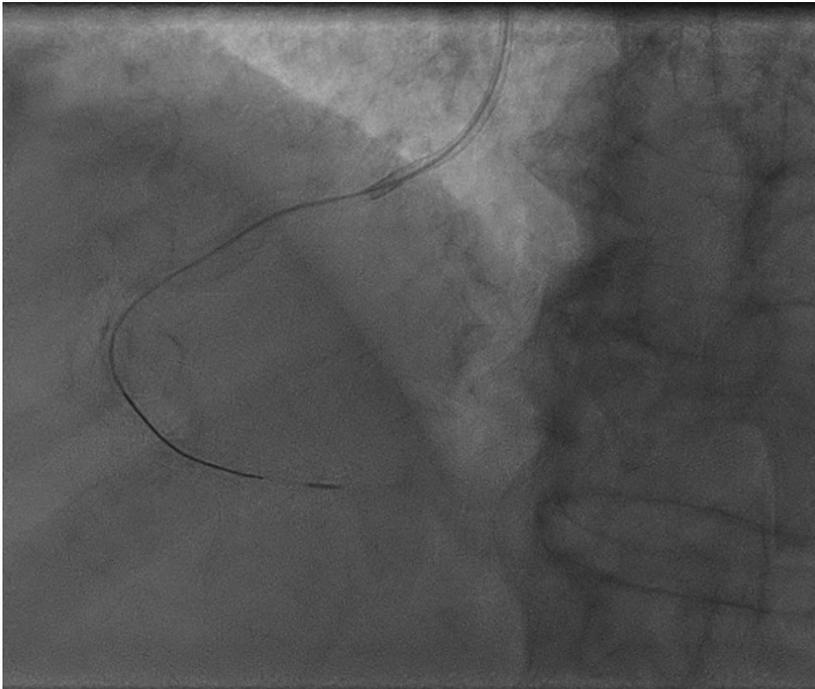


Predilatación con balón 2.0 x 12 mm

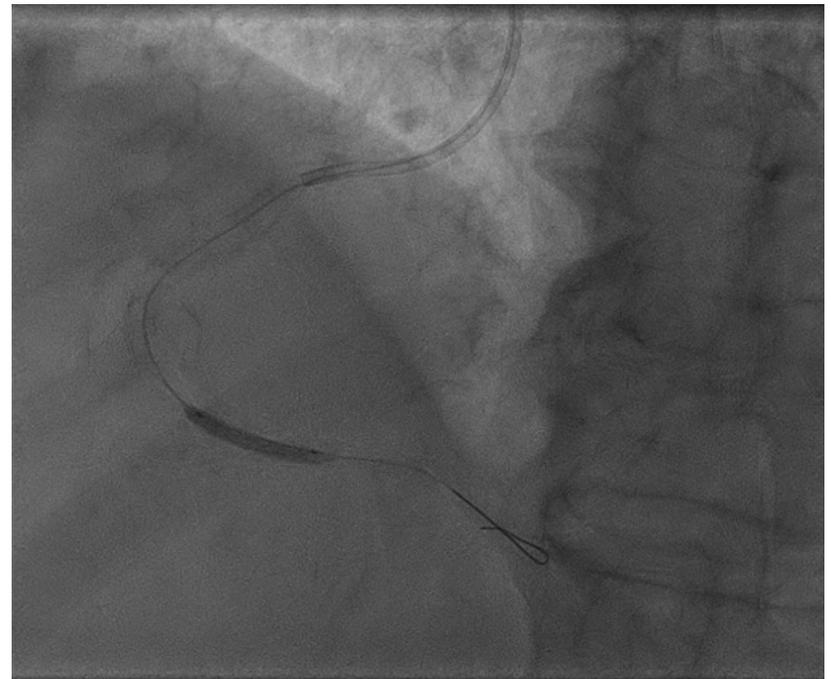


Se consigue flujo TIMI 3

ICP sobre CTO de CD

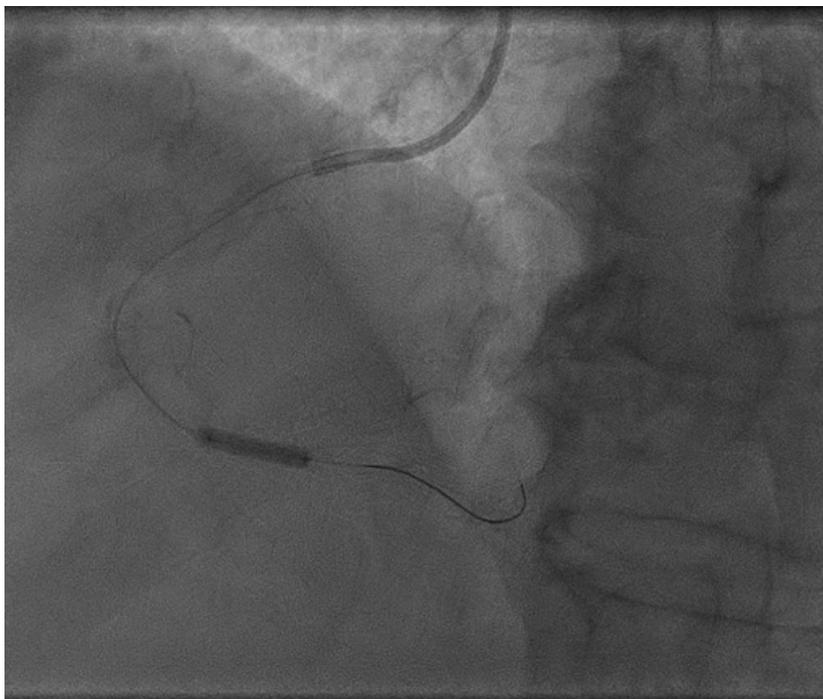


Con el microcatéter se cambia la guía por una Sion Blue



Predilatación con balón 2.5 x 20 mm

ICP sobre CTO de CD

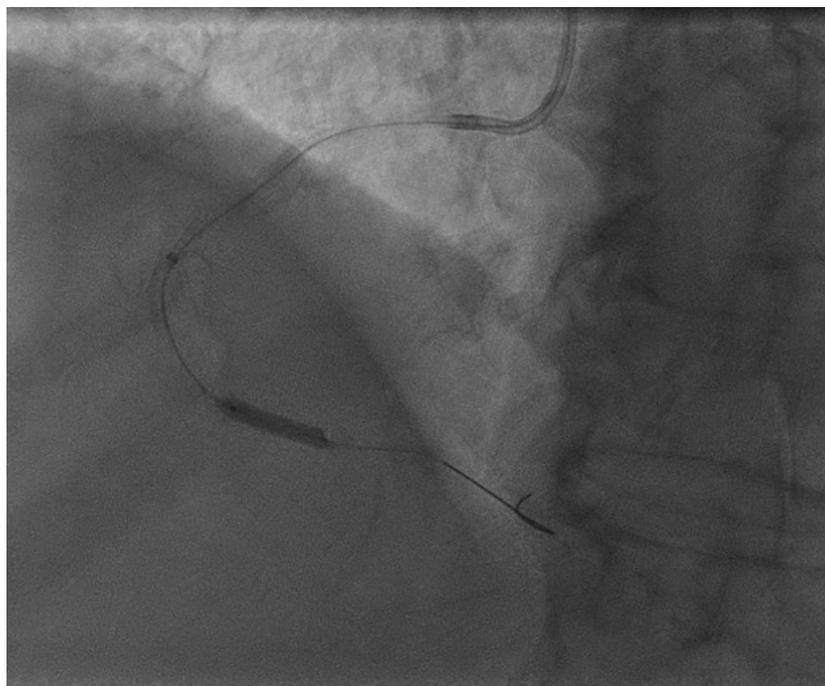


Predilatación con balón NC 3.0 mm



Resultado tras la predilatación

ICP sobre CTO de CD

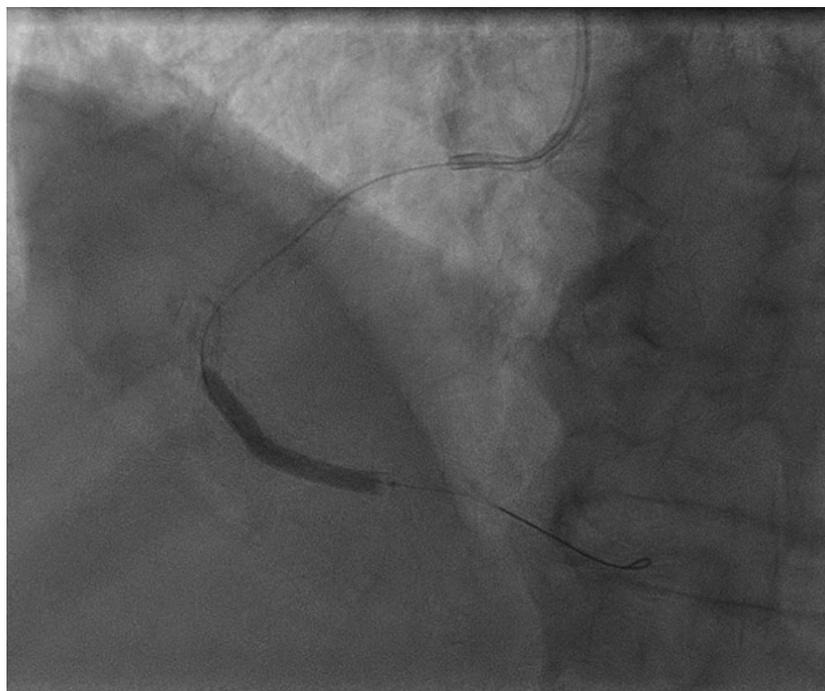


Anchoring para avanzar un extensor de catéter guía



Se avanza un stent liberador de Sirolimus 3.0 x 40 mm

ICP sobre CTO de CD



Implantación del stent liberador de Sirolimus 3.0 x 40 mm

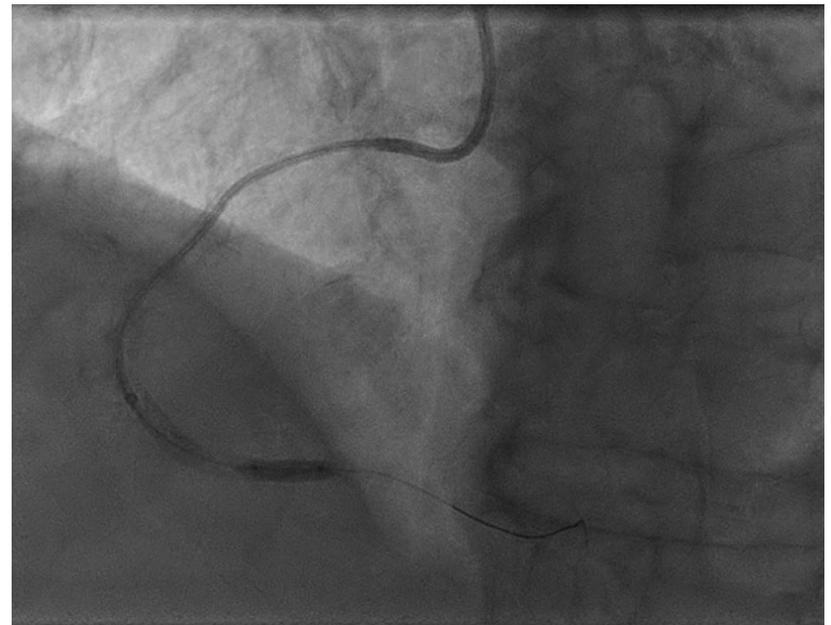


Postdilatación con balón NC 3.5 mm

ICP sobre CTO de CD

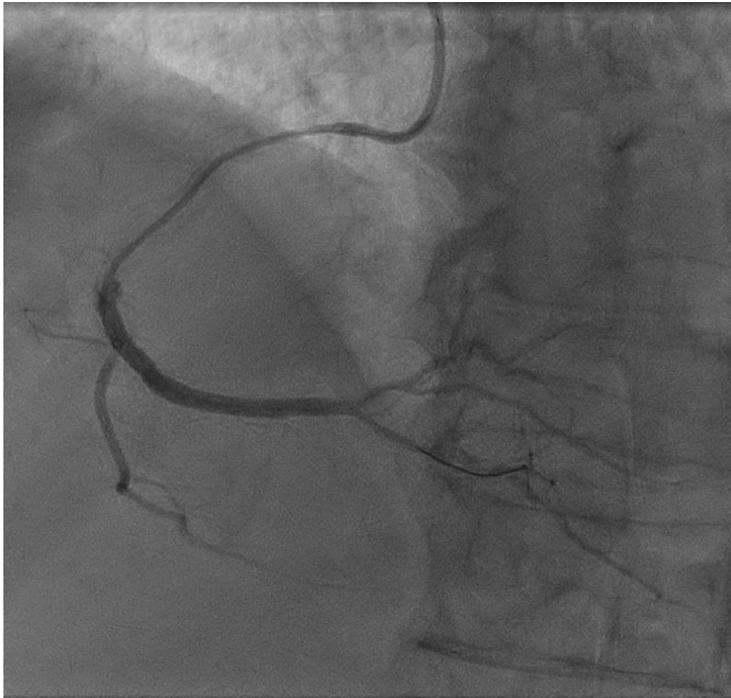


Queda placa o hematoma distal al stent

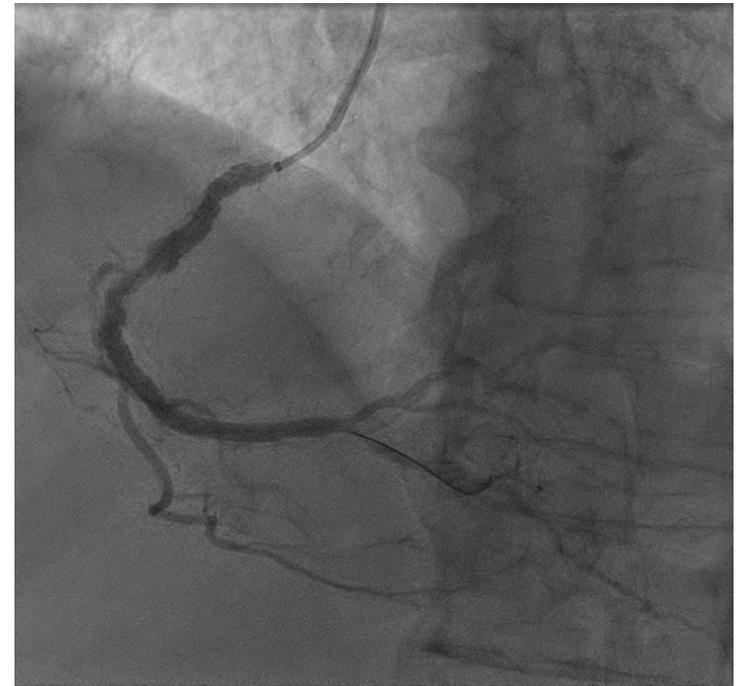


Implantación de un stent liberador de Sirolimus 3.0 x 9 mm

ICP sobre CTO de CD



Resultado final. Inyección a través del extensor



Resultado final.
No se trata la lesión de CDm por ser moderada

Conclusiones

Evolución clínica favorable con mejoría de los síntomas. En segundo tiempo se realizará ICP sobre las lesiones de la CX. Después se evaluará viabilidad del territorio de DA.

Caso demostrativo de paciente joven con varias comorbilidades y enfermedad coronaria muy severa de 3 vasos, con 3 CTO's (DAm, D1 y CD).

Descartada la cirugía (CABG) se decide revascularización percutánea.

Se trata en primer tiempo la CTO de CD por vía anterógrada. Precisa varias técnicas para avanzar el material:

- Anchoring en ramo conal para cruzar la CTO con un balón de muy bajo perfil.
- Anchoring para avanzar un extensor de catéter guía y así avanzar un stent largo sobre la lesión.

Se consigue un buen resultado angiográfico final y una mejoría clínica evidente.

