

Angina de reciente comienzo en paciente con intervencionismo previo antiguo y vasos pequeños

Dr. Alfonso Torres Bosco

Sección de Hemodinámica

Hospital Universitario de Alava

Descripción del caso

- Varón de 70 años con infarto inferior en 2012 tratado con ICP primaria e implante de stent farmacoactivo en la CD media Resolute Integrity 22mm 3.0
- En un segundo acto se trataron dos lesiones independientes en la DA media y distal implantando stents Resolute Integrity 18mm 2.25 y Resolute Integrity 22mm 2.25
- Desde comienzo de 2020 presenta episodios de dolor torácico que se acompañan en ocasiones de mareo tanto en reposo como con el ejercicio, sobre todo al inicio de la marcha con mejoría posterior. Ha acudido a urgencias en dos ocasiones en el último mes. También refiere disnea de esfuerzo que antes no presentaba.
- Tratamiento: Adiro, Clopidogrel, Bisoprolol, Candesartan, Atorvastatina

Ecocardiografía

- VI dilatado leve no HVI con FE calculada por Simpson biplano del 54 %. Strain longitudinal global -18,5% con reducción del mismo a nivel de septo inferior e inferior basal. Patrón diastólico de alteración de la relajación sin presiones de llenado elevadas. Acinesia con adelgazamiento y aneurisma inferior basal y septo inferior basal con acinesia-hipocinesia severa inferolateral media.
- VD no dilatado con función sistólica conservada
- V mitral sin estenosis ni insuficiencia. V aortica trivalva sin estenosis ni Iao. IT leve
- PSAP 23 mmHg+PVC (VCI no dilatada con colapso inspiratorio > 50%): 28 mmHg. Flujo pulmonar tipo I
- AI dilatada leve. Raíz aortica no dilatada. Ausencia de derrame pericárdico

Prueba de esfuerzo y Holter

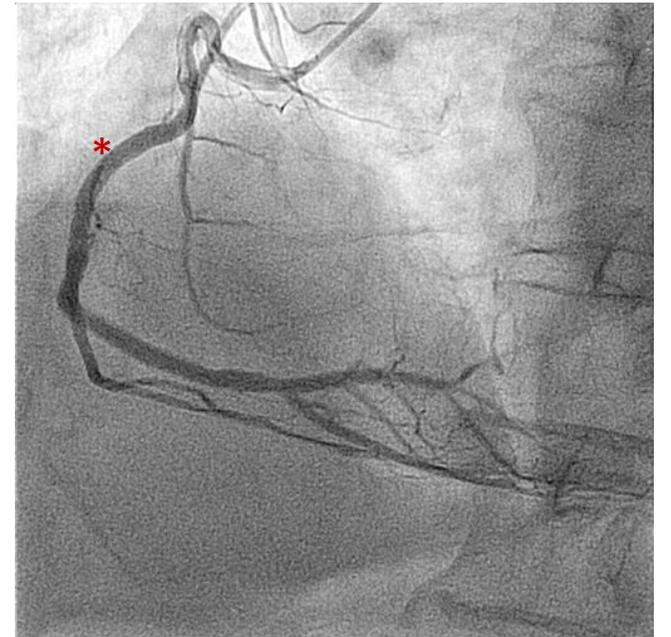
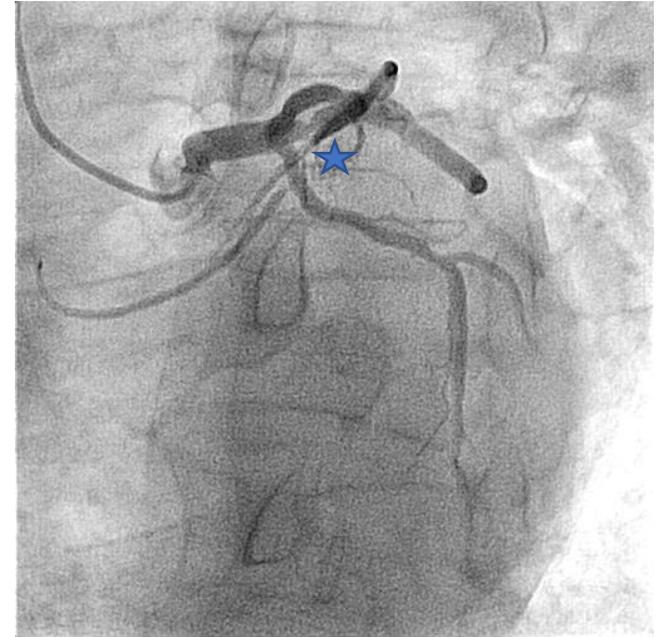
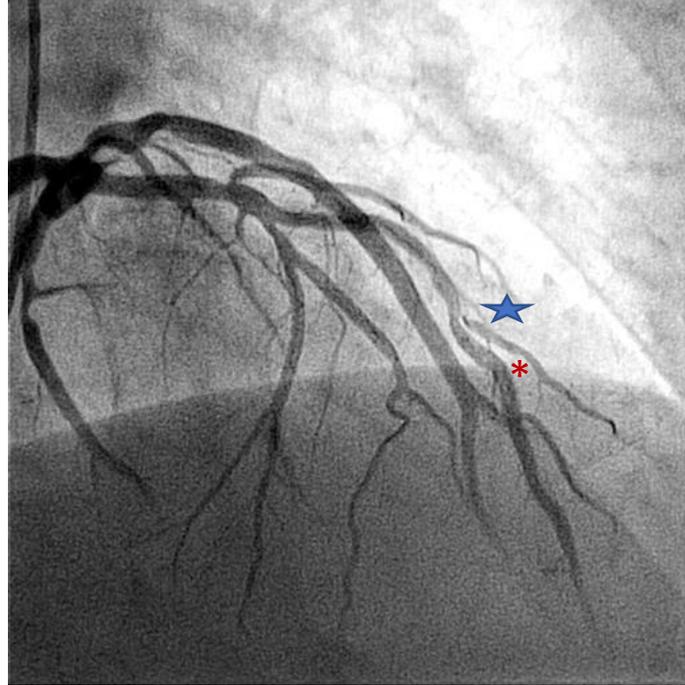
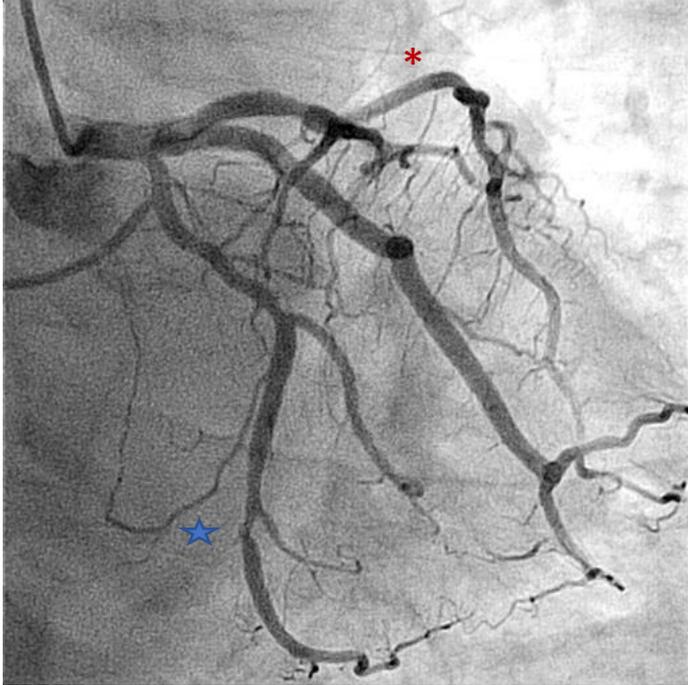
Prueba de esfuerzo

- Bruce Rampa 8 min 30 seg 9,30 METS
- Clínica y ECG negativa
- FC máxima 105
- Extrasistolia frecuente supraventricular y ventricular
- Respuesta TA adecuada

Holter

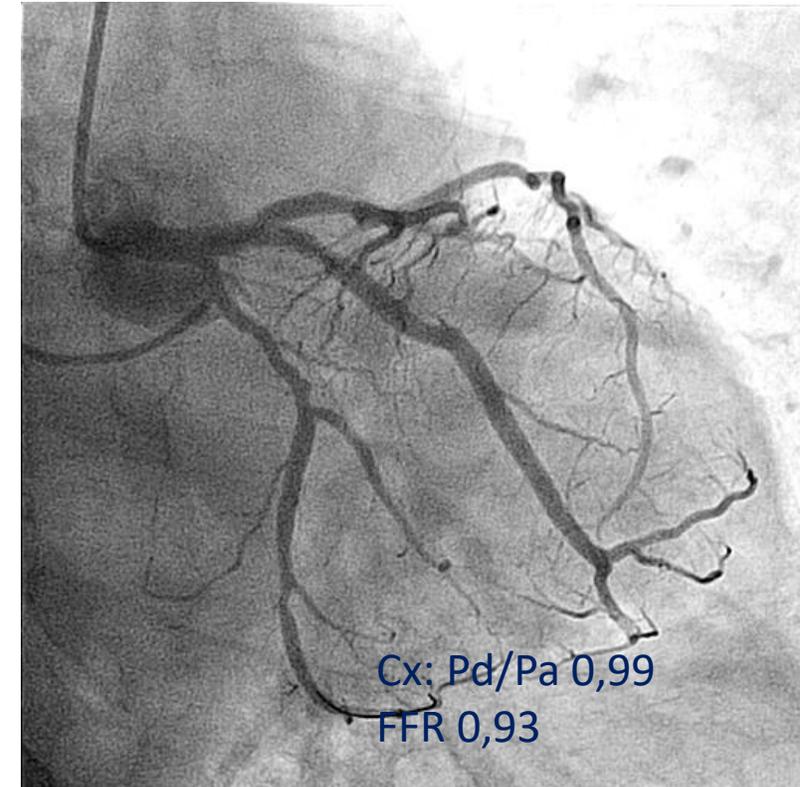
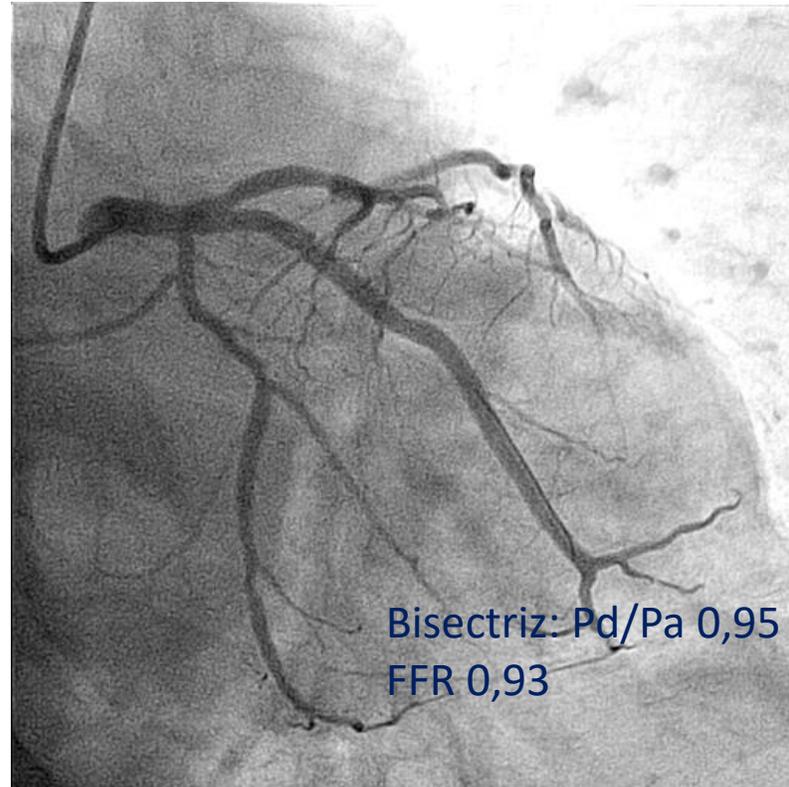
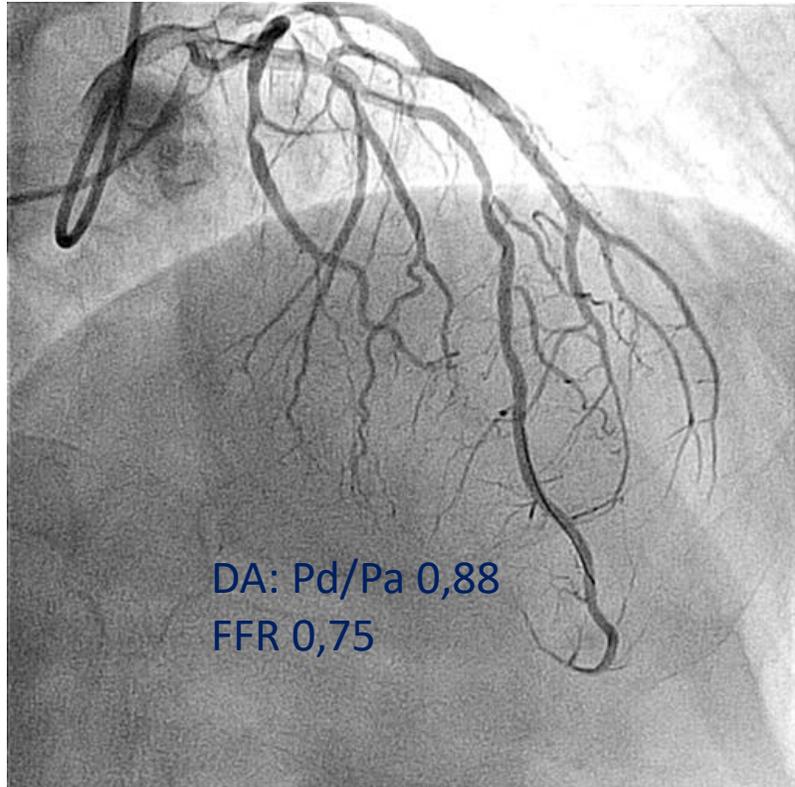
- Ritmo sinusal. Frecuencia cardiaca máxima y mínima de 90 y 38 lpm
- Frecuencia cardiaca media de 54 lpm.
- Extrasistolia supraventricular aislada muy escasa. Extrasistolia ventricular abundante, caracter politópico sin formas complejas.
- No pausas significativas, siendo el RR más largo de 1,9 segundos.

Coronariografía

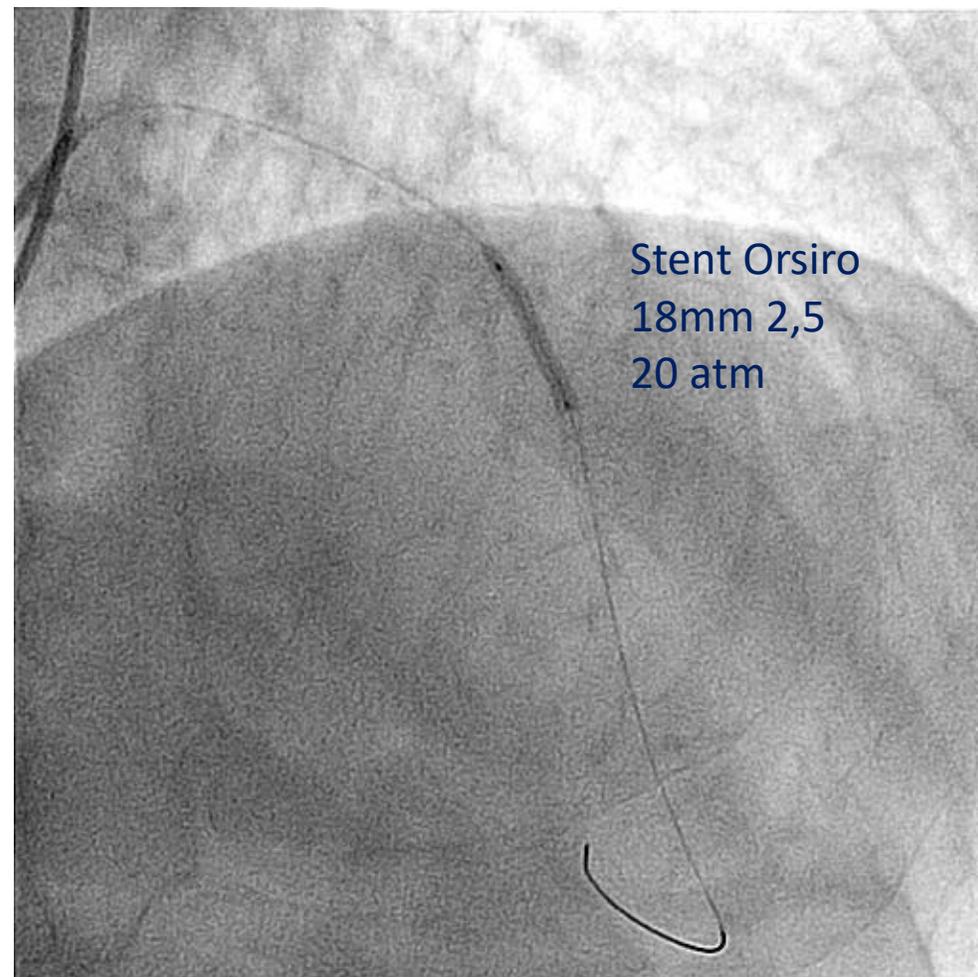
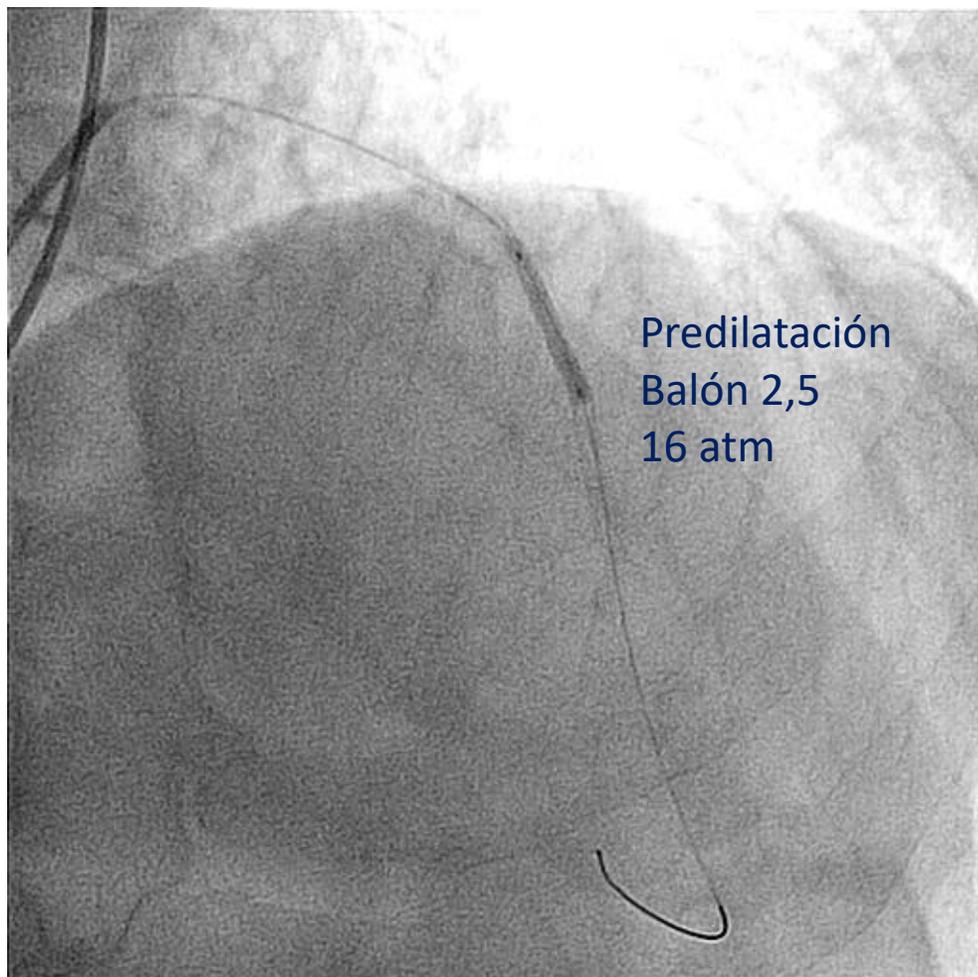


Dominancia derecha. Lesiones de significación límite en DA distal, Bisectriz y Cx distal (estrellas azules).
Stents permeables sin estenosis (asteriscos rojos)

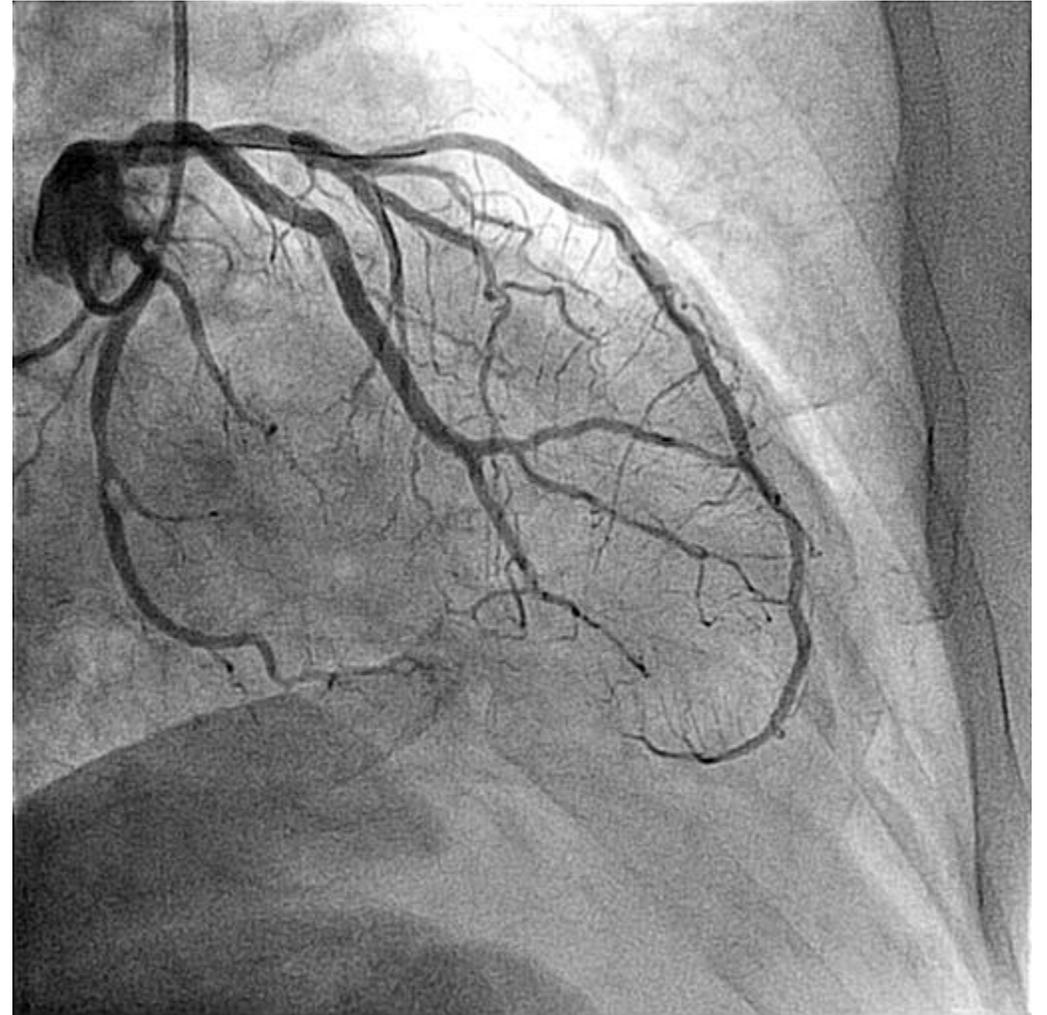
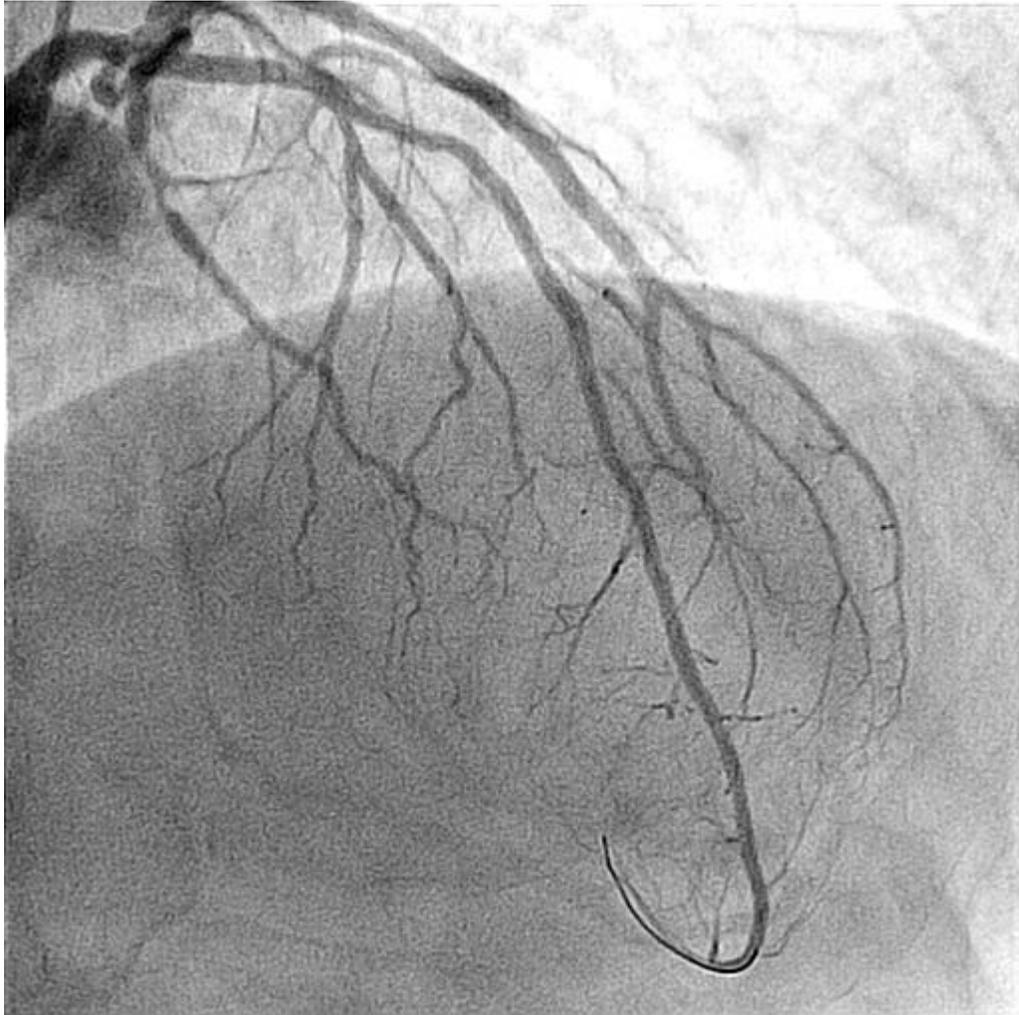
Estudio con guía de presión



Tratamiento



Resultado



Discusión

- En este caso con clínica abigarrada y pruebas no invasivas no concluyentes la coronariografía con prueba de evaluación fisiológica aportó información concluyente para decidir el tratamiento invasivo oportuno.
- El implante de un stent farmacoactivo de cromocobalto con grosor del stent reducido Orsiro 18mm 2,5 era una buena alternativa en este caso con vasos pequeños.