

# Angioplastia compleja a CD severamente calcificada

Necesidad de uso de  
aterectomía rotacional y  
dispositivos de soporte  
adicional

Paciente de 61 años, DM2, ExFumador, Dislipema.

Ingresa actualmente por SCASEST de bajo riesgo, tipo Angor progresivo

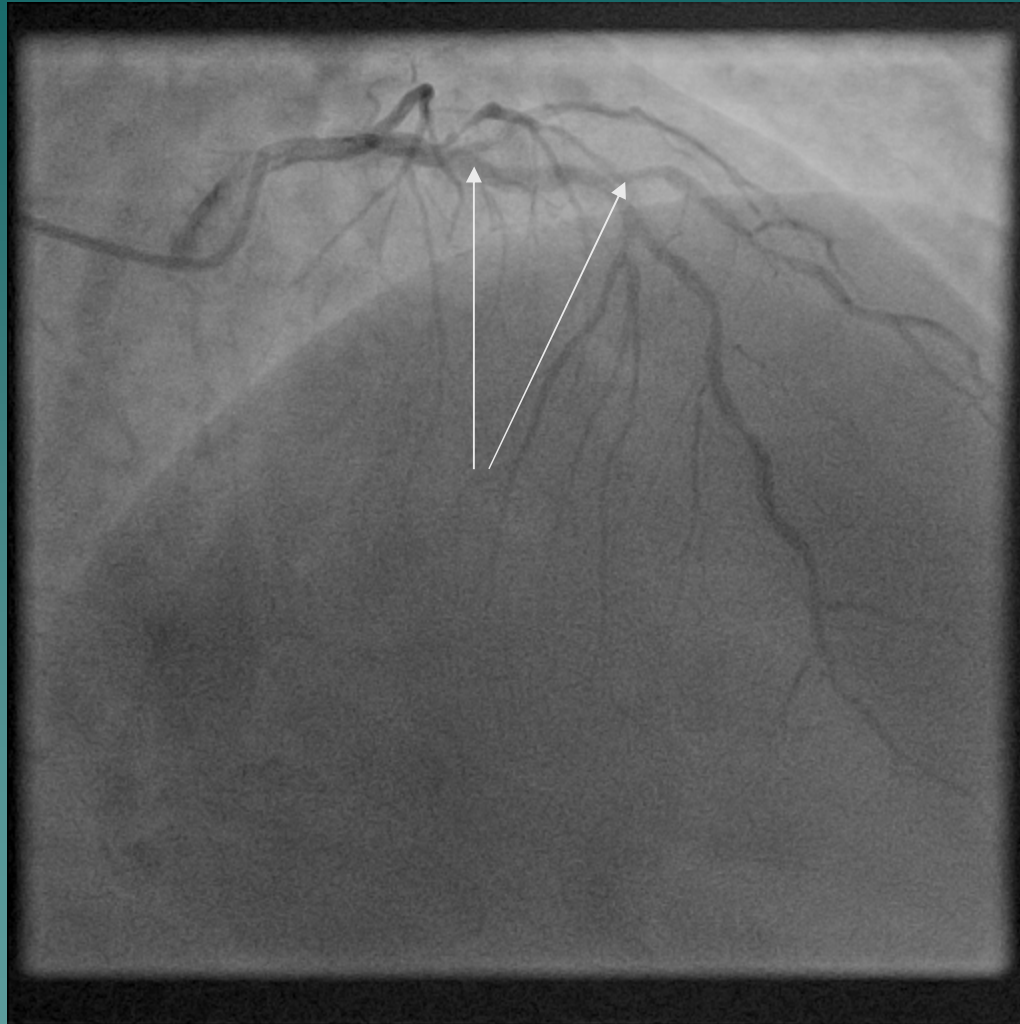
Se remite desde hospital comarcal a nuestro hospital, referencia para hemodinámica.

Se realiza coronariografía con:

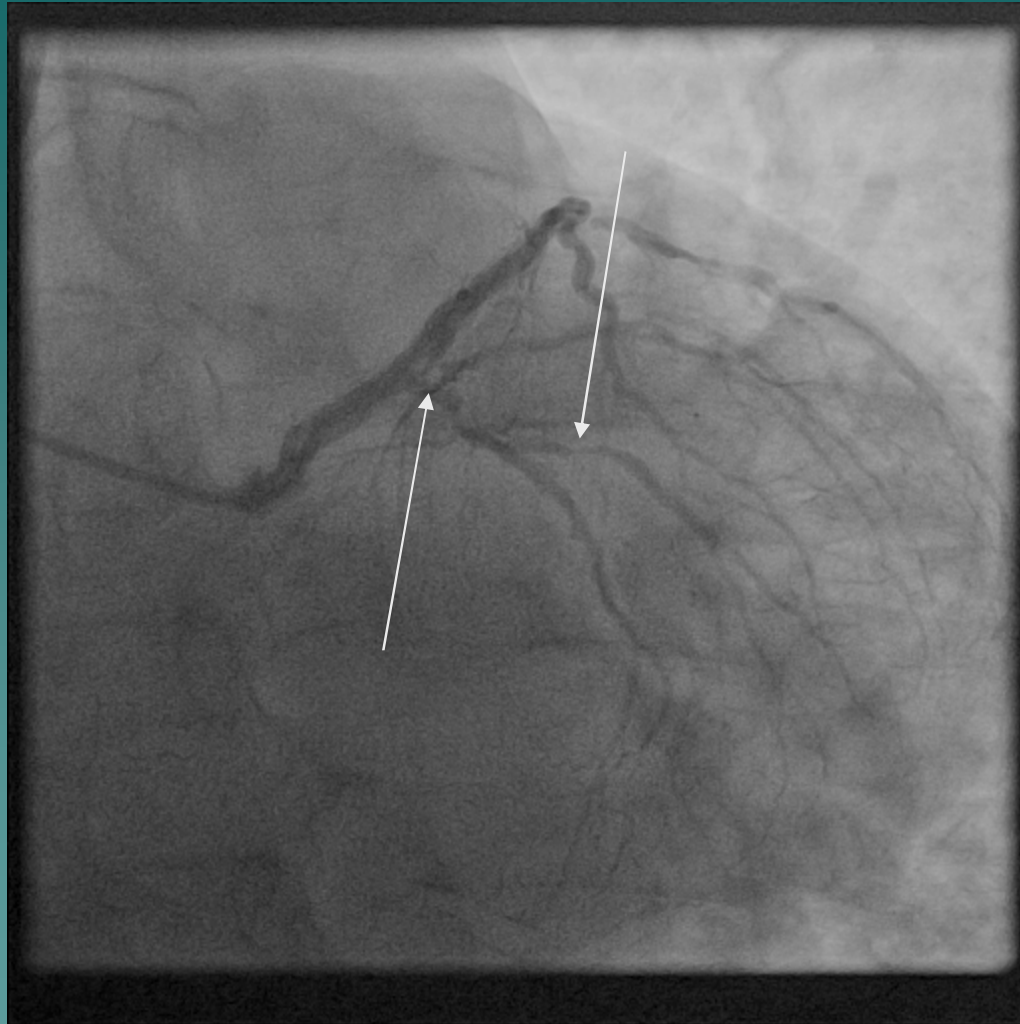
Coronaria izquierda difusamente enferma. Calcificación significativa de segmentos proximales, con estenosis ligera en DA distal. 1<sup>a</sup> y 2<sup>a</sup> Diagonales, con estenosis severas pero vasos de escasa entidad.

Cx con estenosis moderada en segmento proximal y moderada-severa en 1<sup>a</sup> Marginal, pero son vasos de escaso desarrollo y calibre.

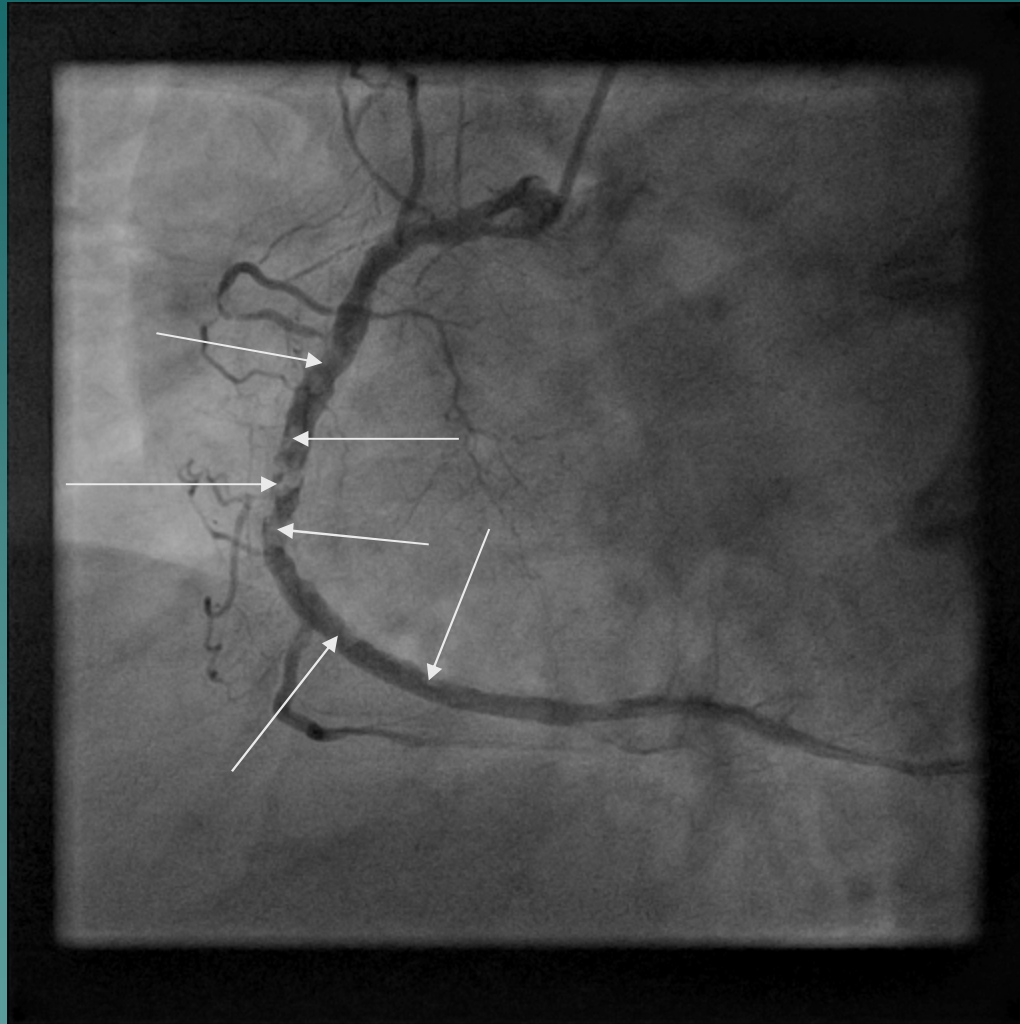
CD muy desarrollada con estenosis arrosariadas que afectan a todo el segmento medio y en menor medida distal.



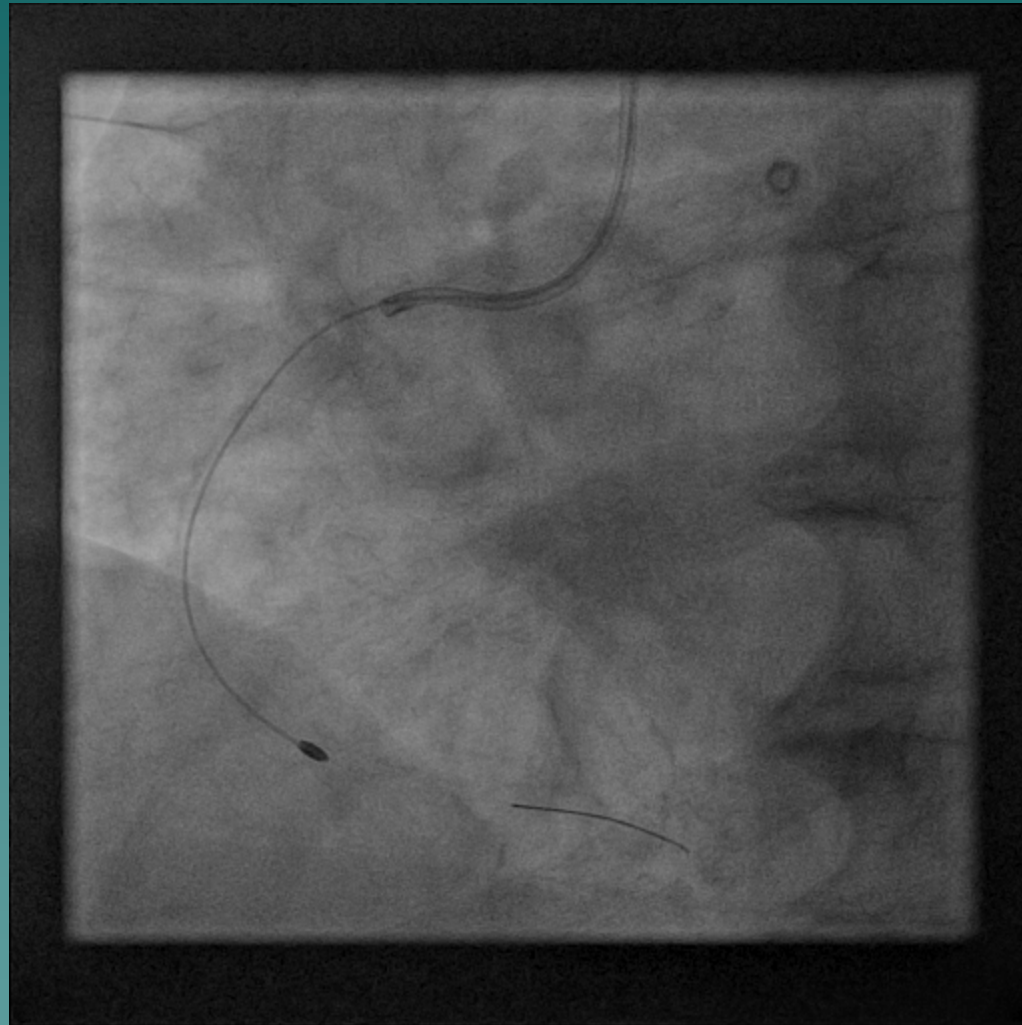
Afectación de ramas diagonales  
DA distal de pequeño calibre



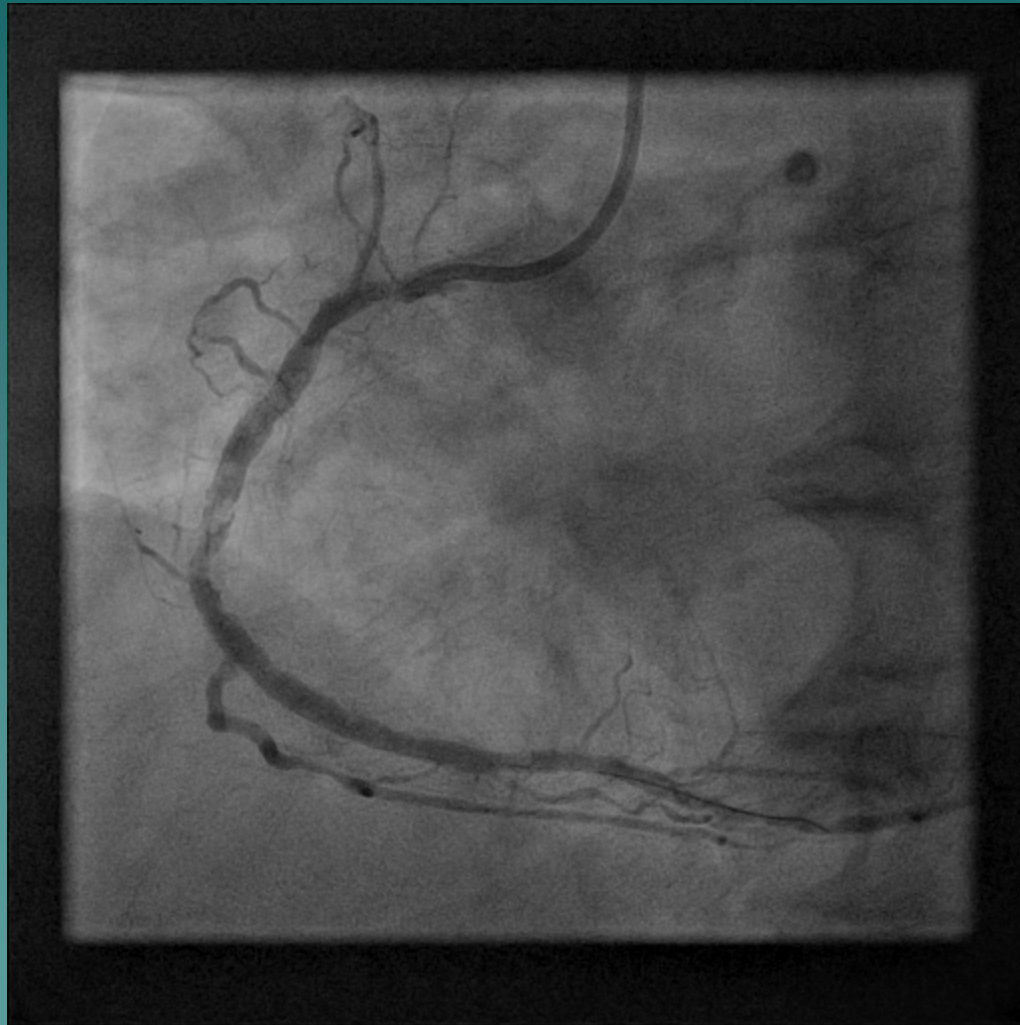
Estenosis moderada de Cx proximal y moderada-severa en 1ª Marginal.



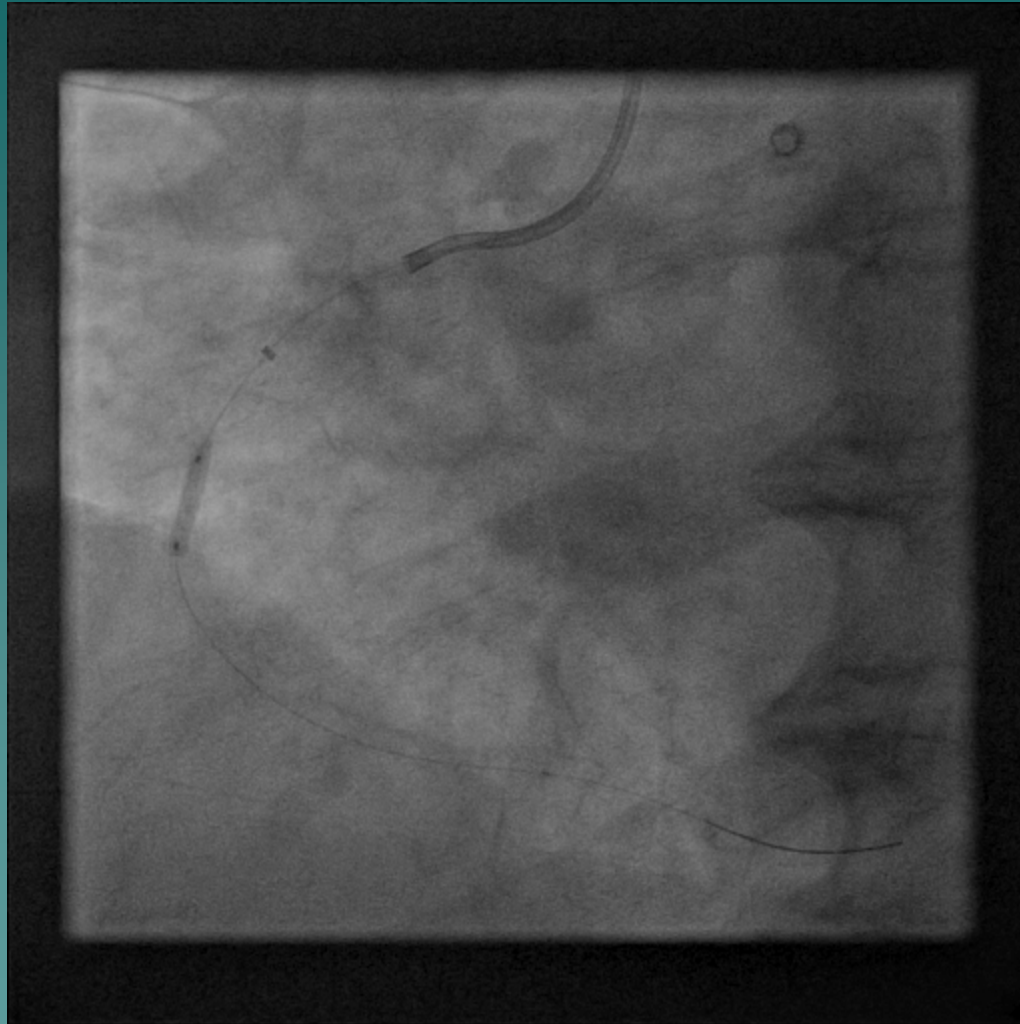
Múltiples estenosis calcificadas sobre CD media y distal.



Rotablación con fresa de 1.75

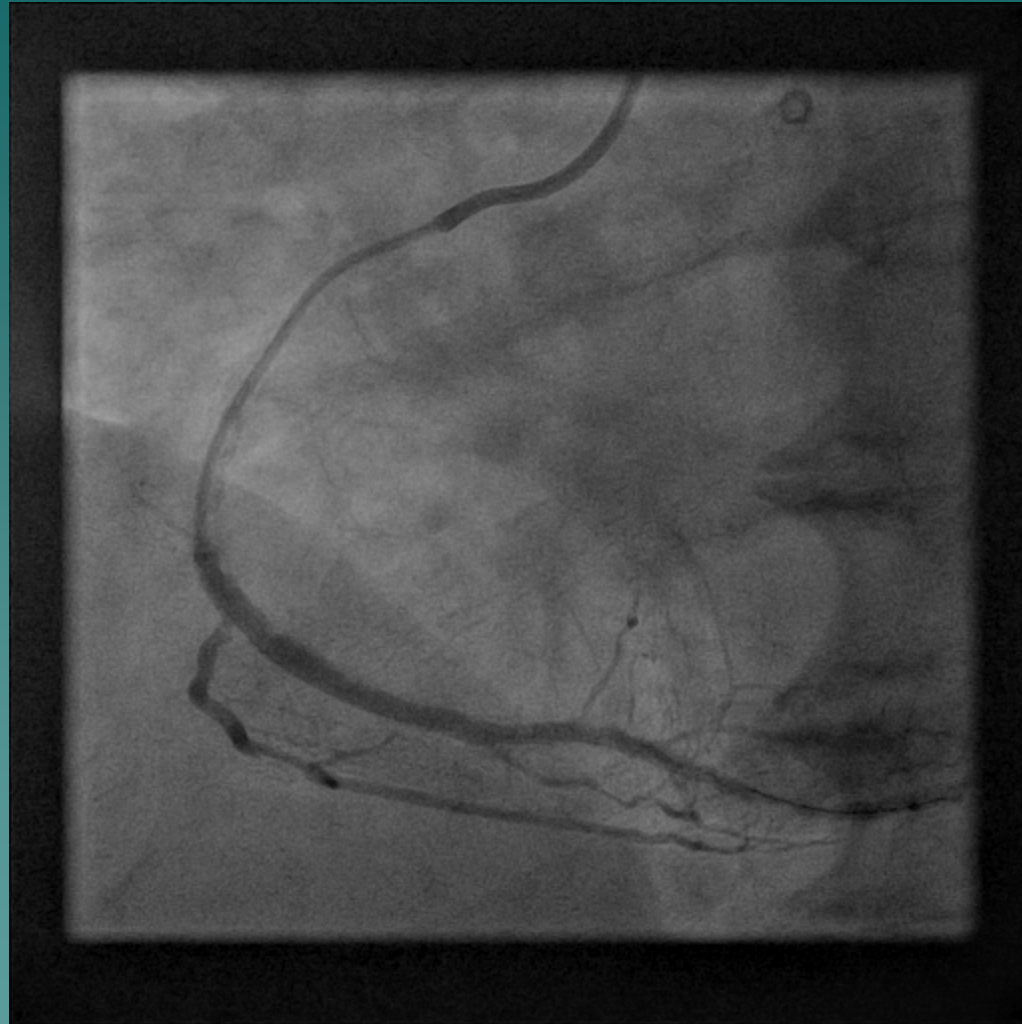


Resultado tras aterectomía rotacional con  
fresas 1.25 y 1.75

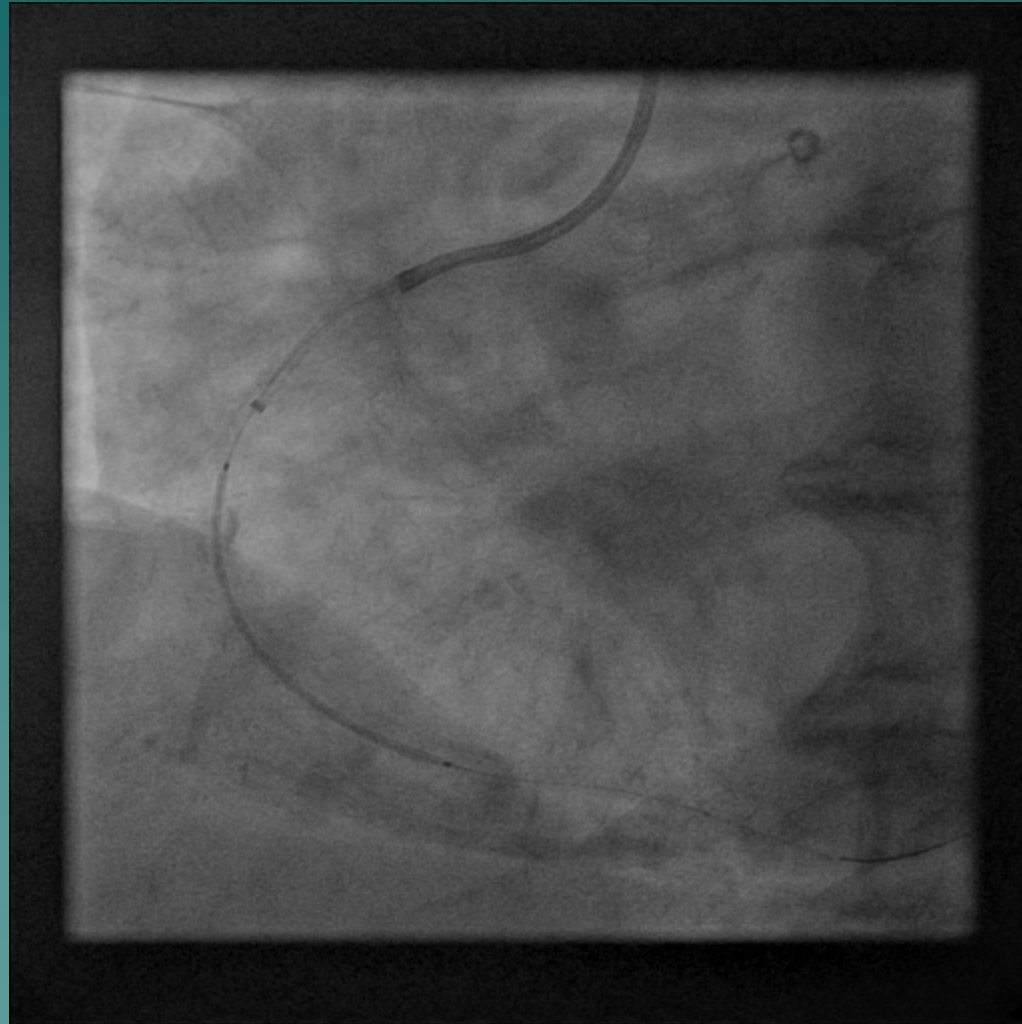


Cutting balón 2.5

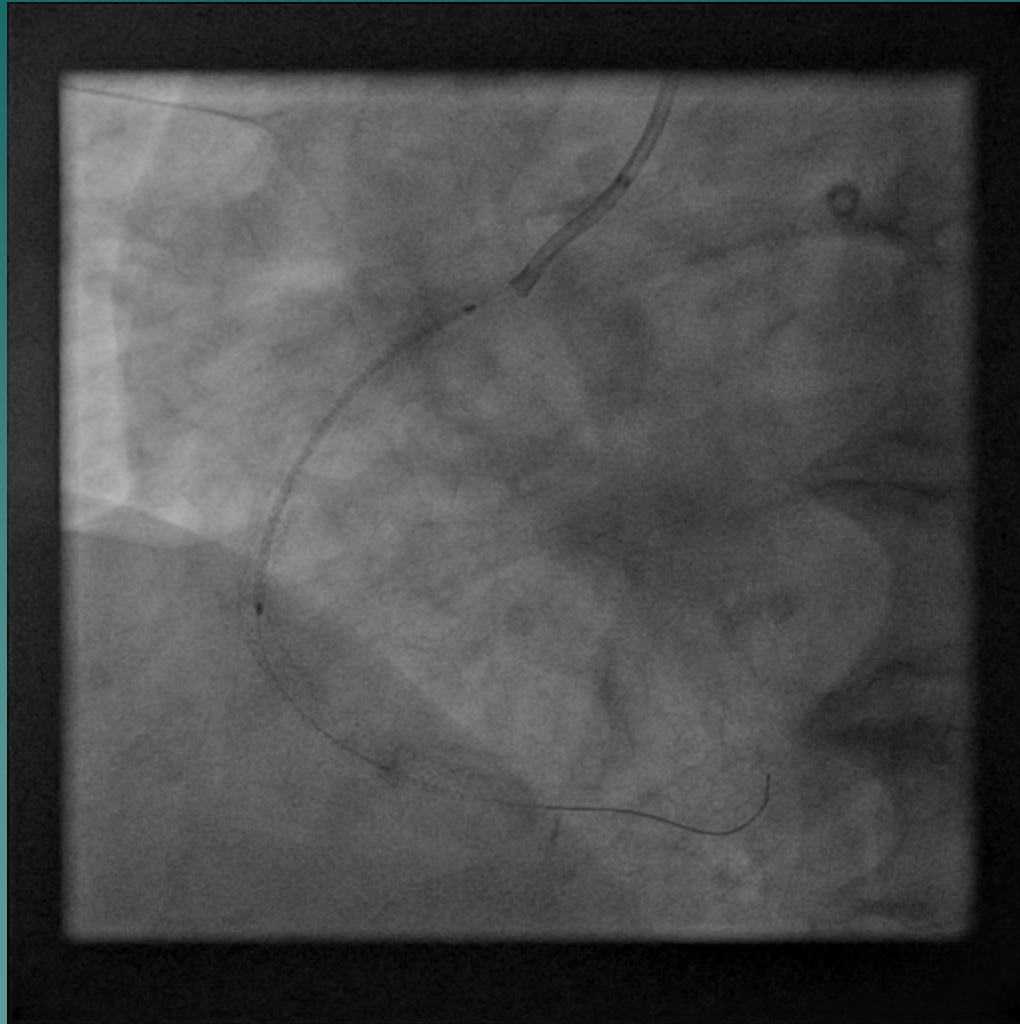




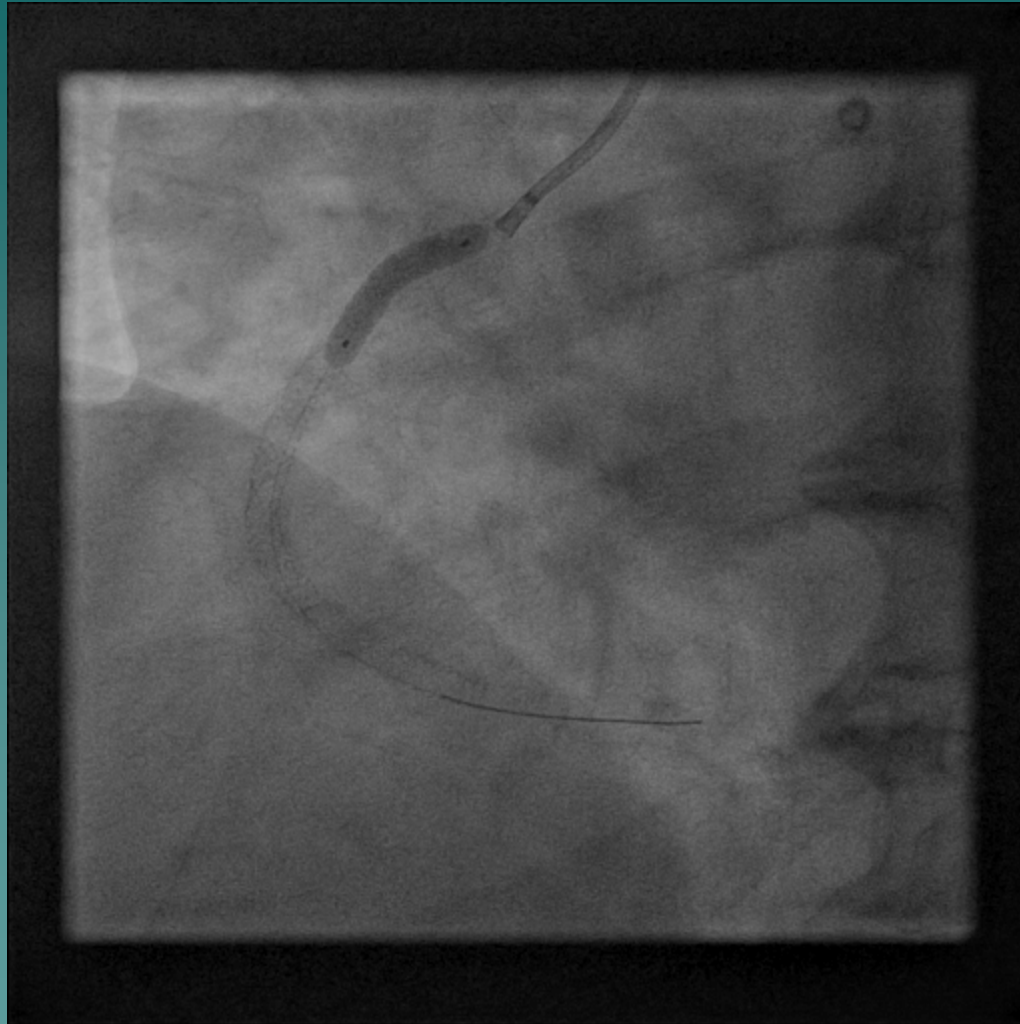
Empleo de Guideliner para conseguir la navegación de stents de gran longitud



Posicionamiento stent distal.



Posicionamiento 2º stent (proximal)



Postdilatación de prácticamente la totalidad con balón no compliante 4.0



Resultado final

Se realiza ICP a CD medio distal.

Se consigue, de forma muy dificultosa, la navegación con una guía polimérica Pilot 50. Se intenta la predilatación con balón 1.25, sin conseguir el avance del mismo.

En este punto, se plantea continuar o suspender el procedimiento, ya que no se va a conseguir intercambio de guía ICP por guía de rotablación con microcatéter, ya que éste no logrará cruzar la zona de las lesiones.

Se opta por continuar y, tras preformar ligeramente, intentar la navegación con la guía de rotablación.

Se consigue con éxito y se efectúa aterectomía rotacional con fresas de 1.25 y de 1.75.

Tras el fresado, se dilata con balón no compliante 2.0, con balón de corte 2.5 y con balón no compliante 3.0

A continuación, con la ayuda de un dispositivo extensor de catéter se avanza y posiciona un stent farmacoactivo 3.5 y máxima longitud al que posteriormente se solapa otro 3.5, también de máxima longitud y, finalmente, se postdilata, a excepción del extremo distal, todo el segmento stentado con balón no compliante 4.0 con un satisfactorio resultado final.