

SUBOCCLUSION DE TRONCO CORONARIO IZQUIERDO
UNA SITUACIÓN CRÍTICA

ANTECEDENTES PERSONALES Y ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente Varón de 54 años de edad con antecedentes patológicos de HTA Obesidad Mórbida Diabetes Mellitus tipo II e Hipercolesterolemia Ingreso por Edema agudo de Pulmón evidenciando en el ecg descenso del ST generalizado inferolateral y anterior , se decide realizar coronariografía con carácter urgente

CORONARIOGRAFÍA Y PROCEDIMIENTO INTERVENCIONISTA

Tras cateterismo por vía radial se visualiza coronaria derecha sin lesiones que rellena distalmente arteria descendente anterior . Fig 1

Al sondar la coronaria izquierda , se observa Lesión ostial suboclusiva del tronco coronario.

Fig 2 , 3 y 4

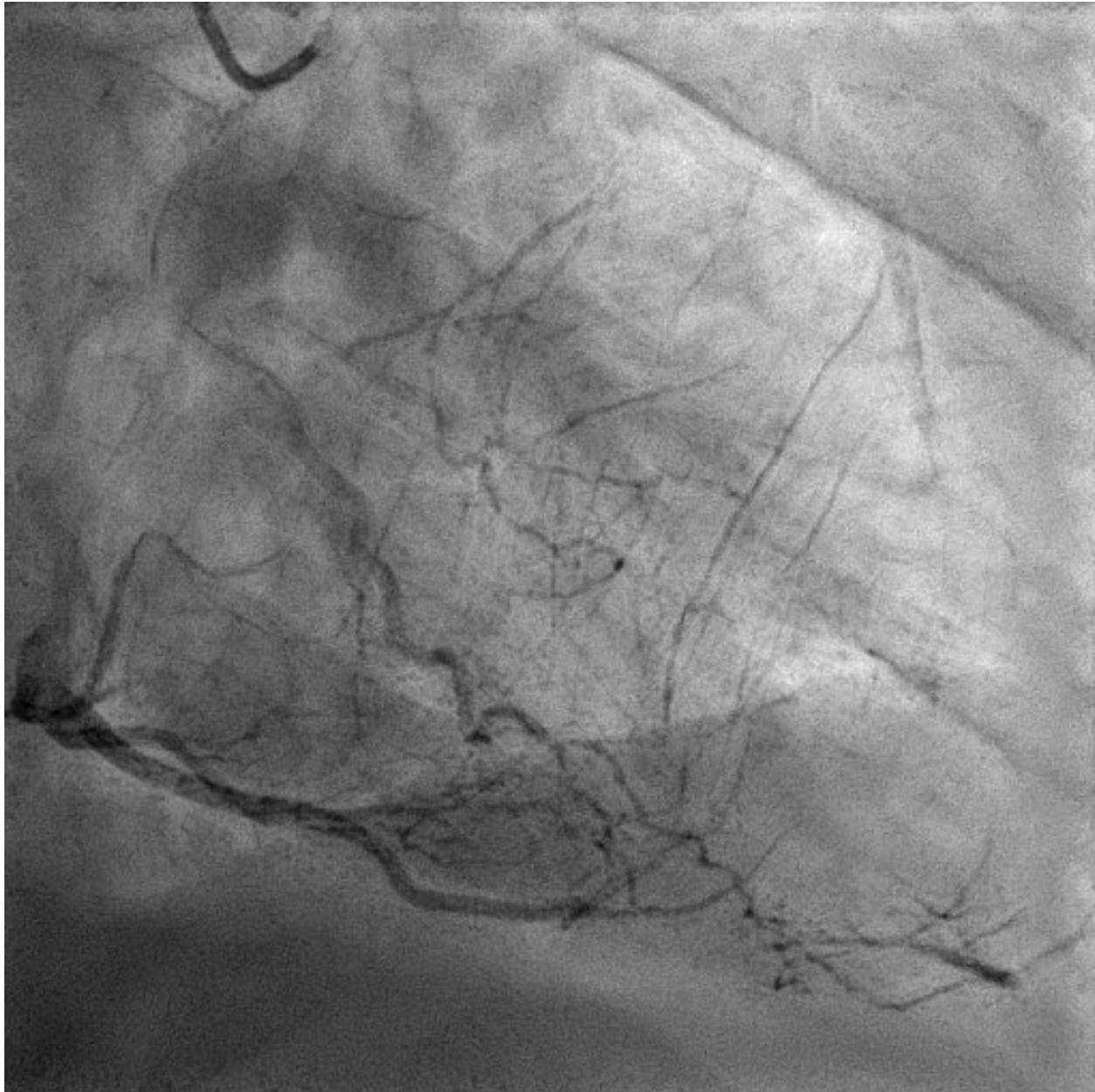
Ante la crítica situación clínica, se realiza realizar intervencionismo sondando con Cateter EBU 3,5 SH de Medtronic ,doble guía hacia DA y CX fig 5 y 6. Se realiza Predilatación con balón no compliante de 2 x 15 mms y Balon Angiosculpt de 3 x 15 mms, evidenciando arterias coronarias descendente anterior y circunfleja sin lesiones con flujo TIMI II Fig 6 y finalmente se implanta Stent farmacoactivo en tronco ostial Onix de 4 x12 mms con Campaneo con el balón del stent a altas atmósferas (18) . El resultado angiográfico final ha sido satisfactorio consiguiendo la estabilización clínica del paciente. Fig 7 y 8

RESUMEN

Este caso pertenece a una de las poco frecuente situaciones críticas en las que la rapidez en el procedimiento y la elección del material adecuado es esencial

La inusual supervivencia del tronco izquierdo ocluido ,nos obliga a prever las dificultades que pueden presentarse , creemos que ante la sospecha o confirmación de enfermedad severa de tronco es fundamental la elección de un catéter de alto soporte como lo es el EBU 3,5 SH de 8 F Medtronic con abordaje por vía femoral , que nos ha permitido trabajar desde el seno de vasalva aórtico , y poder avanzar guías de alto soporte con una adecuada predilatación e implante de stent . Este procedimiento representa la previsión, correcta elección del material así como los pasos adecuados y rápidos para el éxito de un paciente con una enfermedad coronaria y clínica crítica

m1



m2

Fig 1

Diapositiva 5

m1 manuelguzmanherrera@ono.com; 27/12/2016

m2 manuelguzmanherrera@ono.com; 05/03/2017

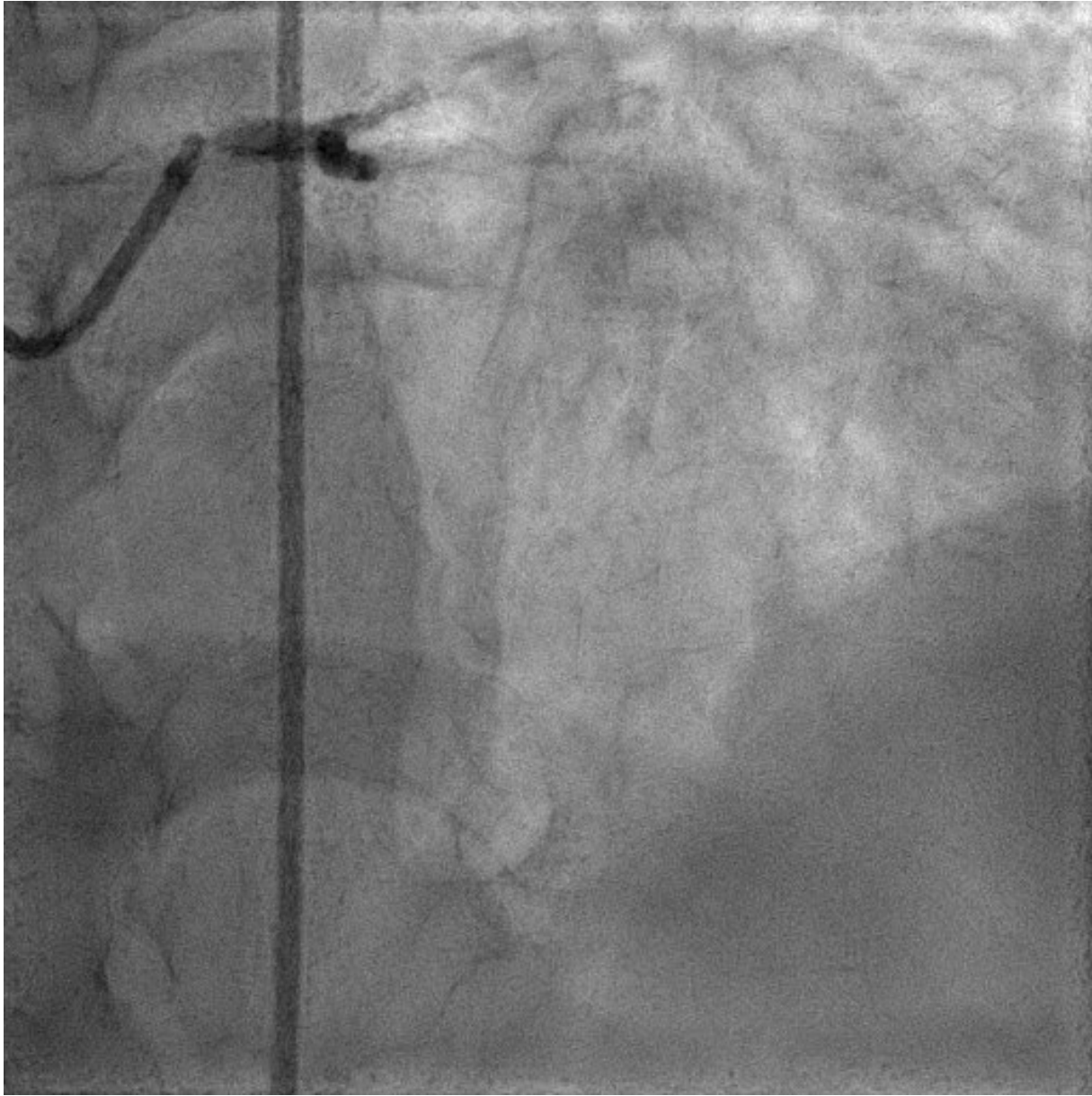


Fig 2

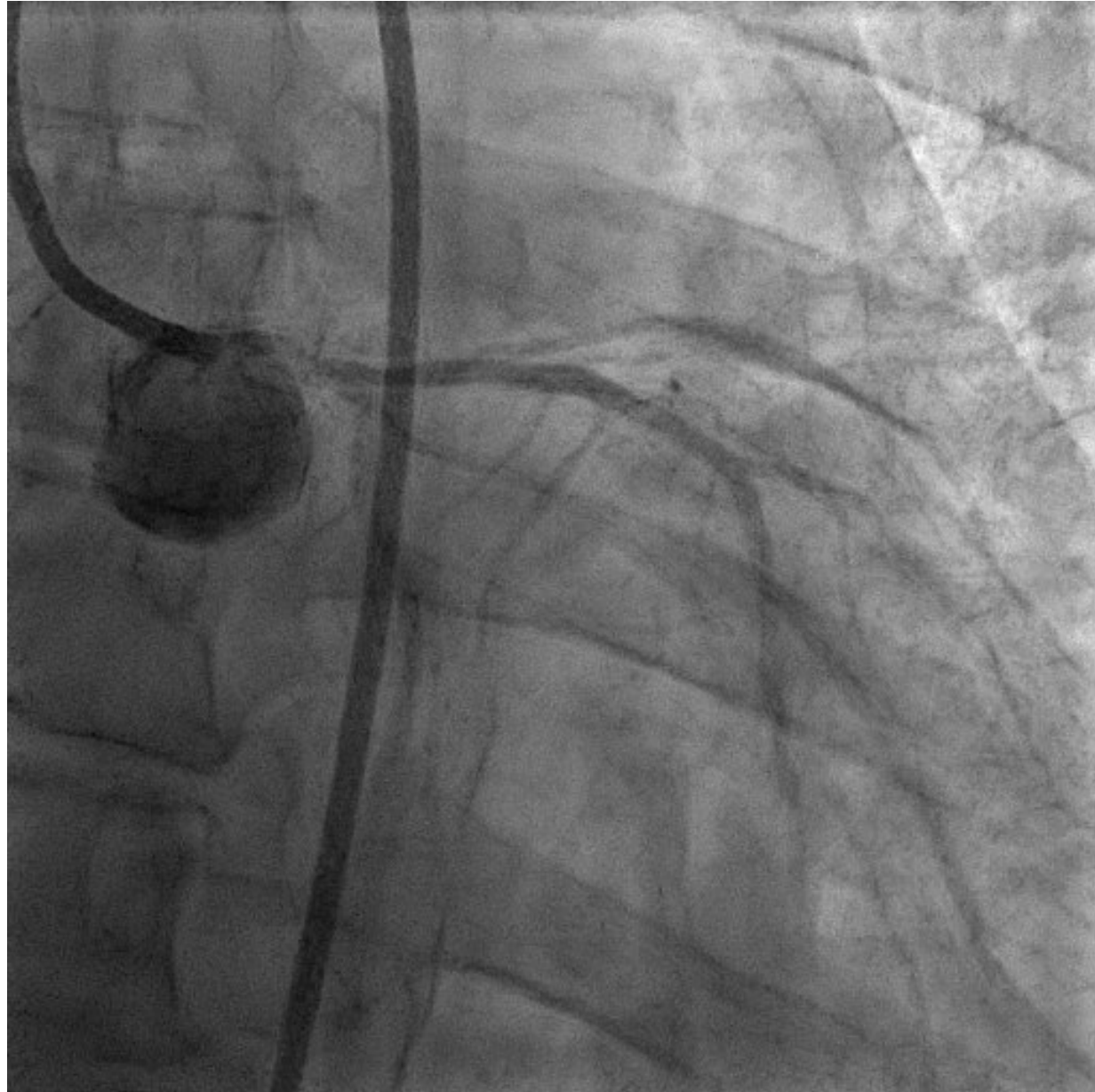


Fig 3

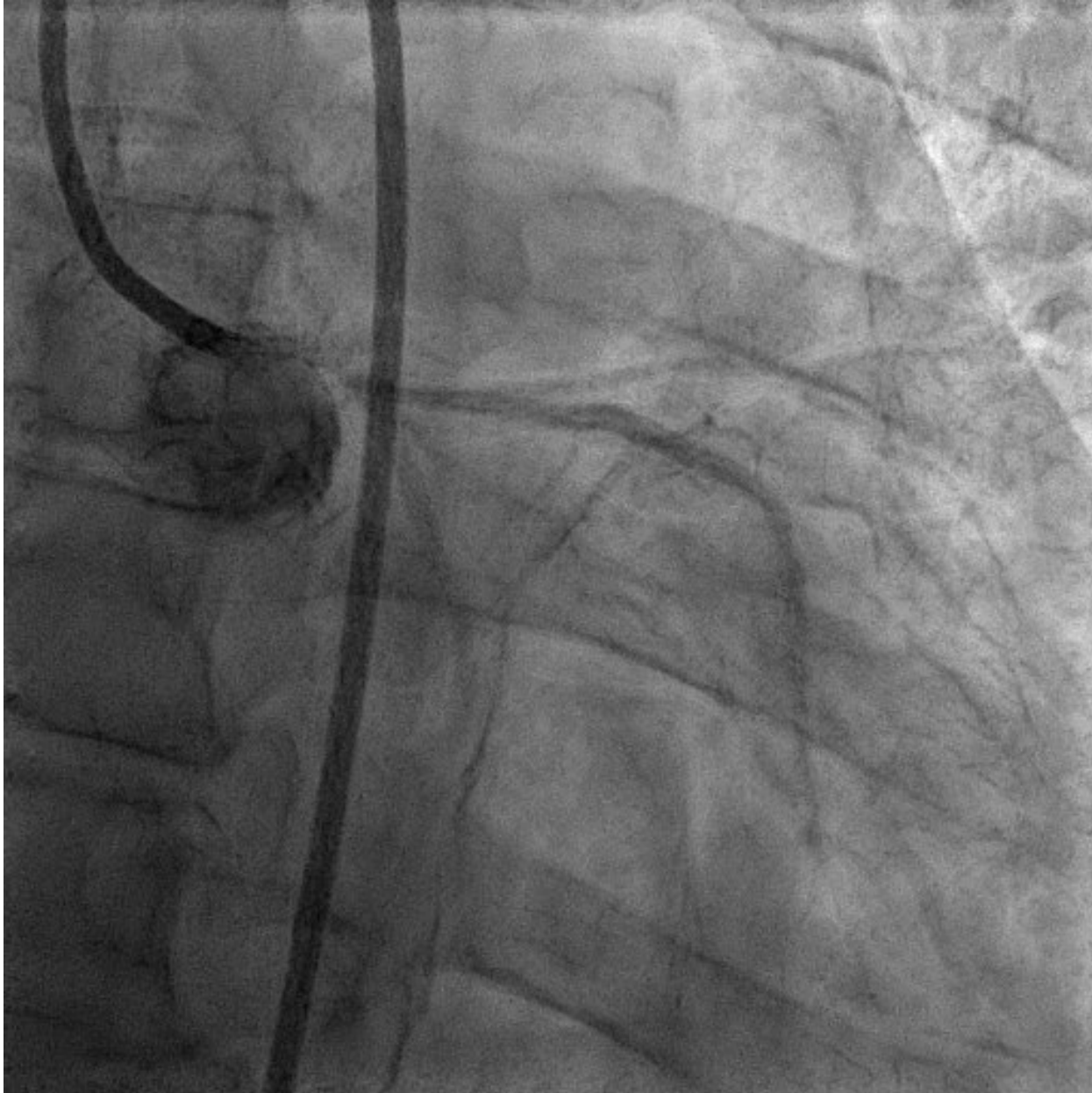
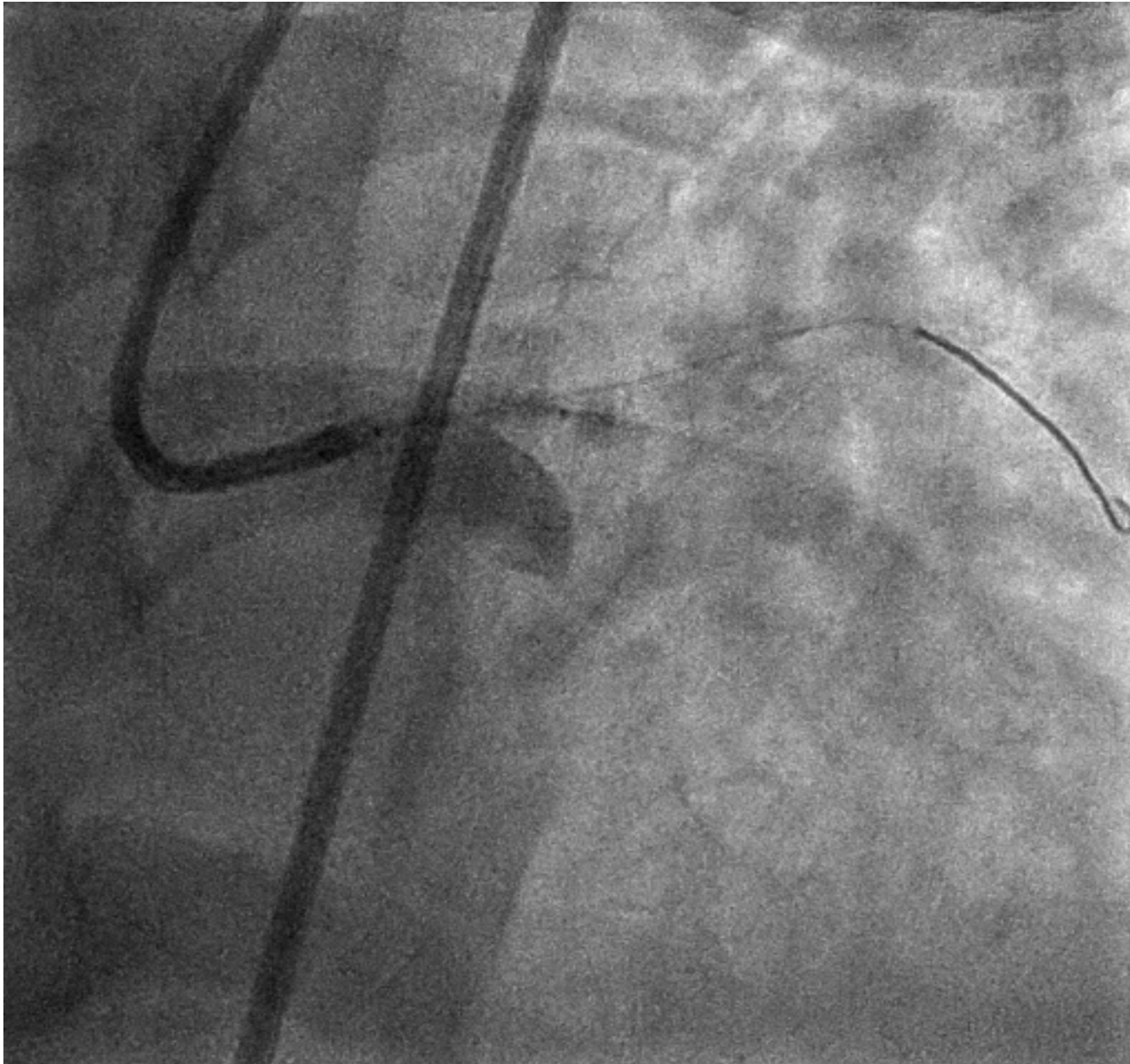


Fig 4

m1



m2

Fig 5

Diapositiva 9

m1 manuelguzmanherrera@ono.com; 27/12/2016

m2 manuelguzmanherrera@ono.com; 05/03/2017

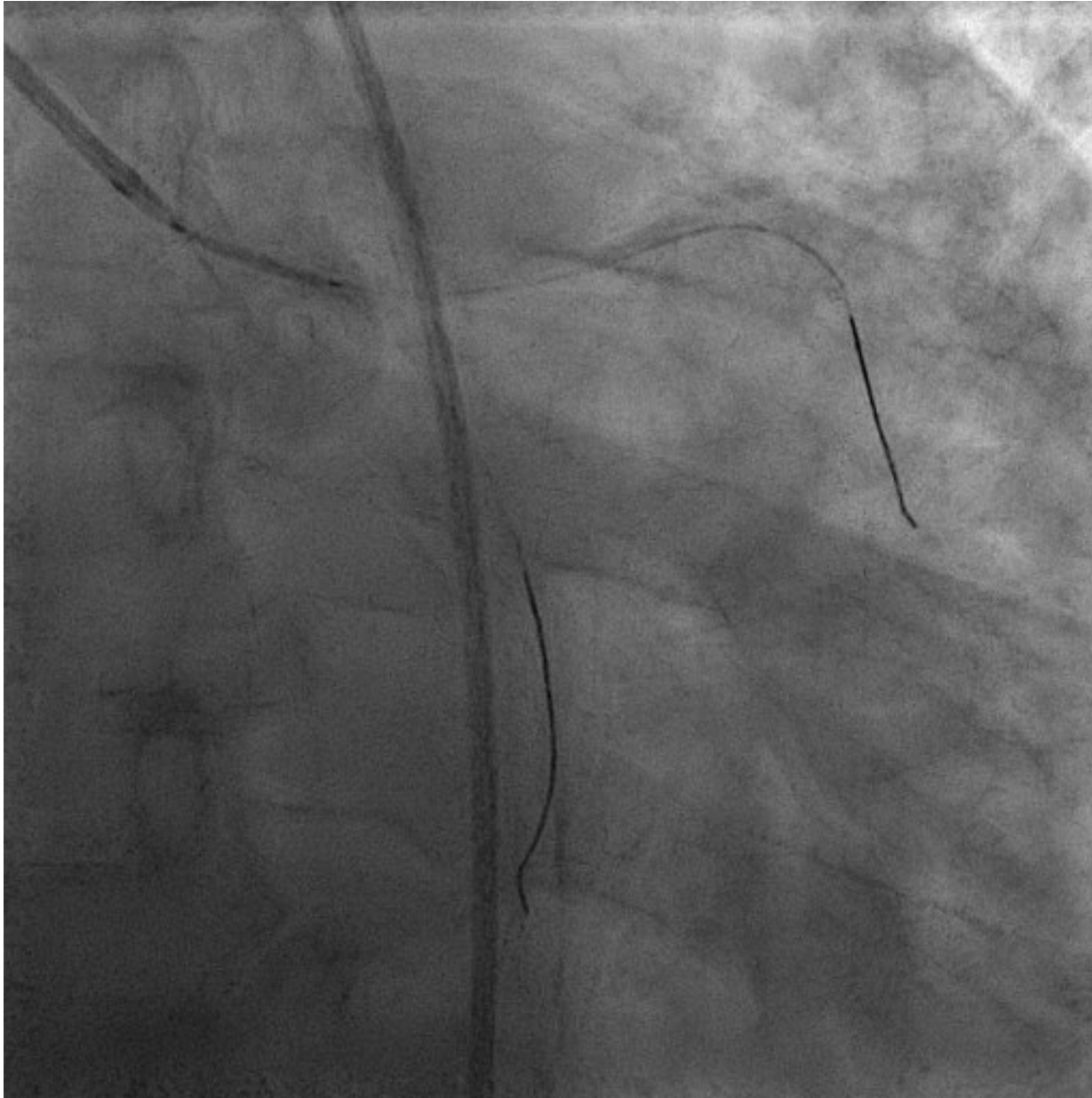


Fig. 6

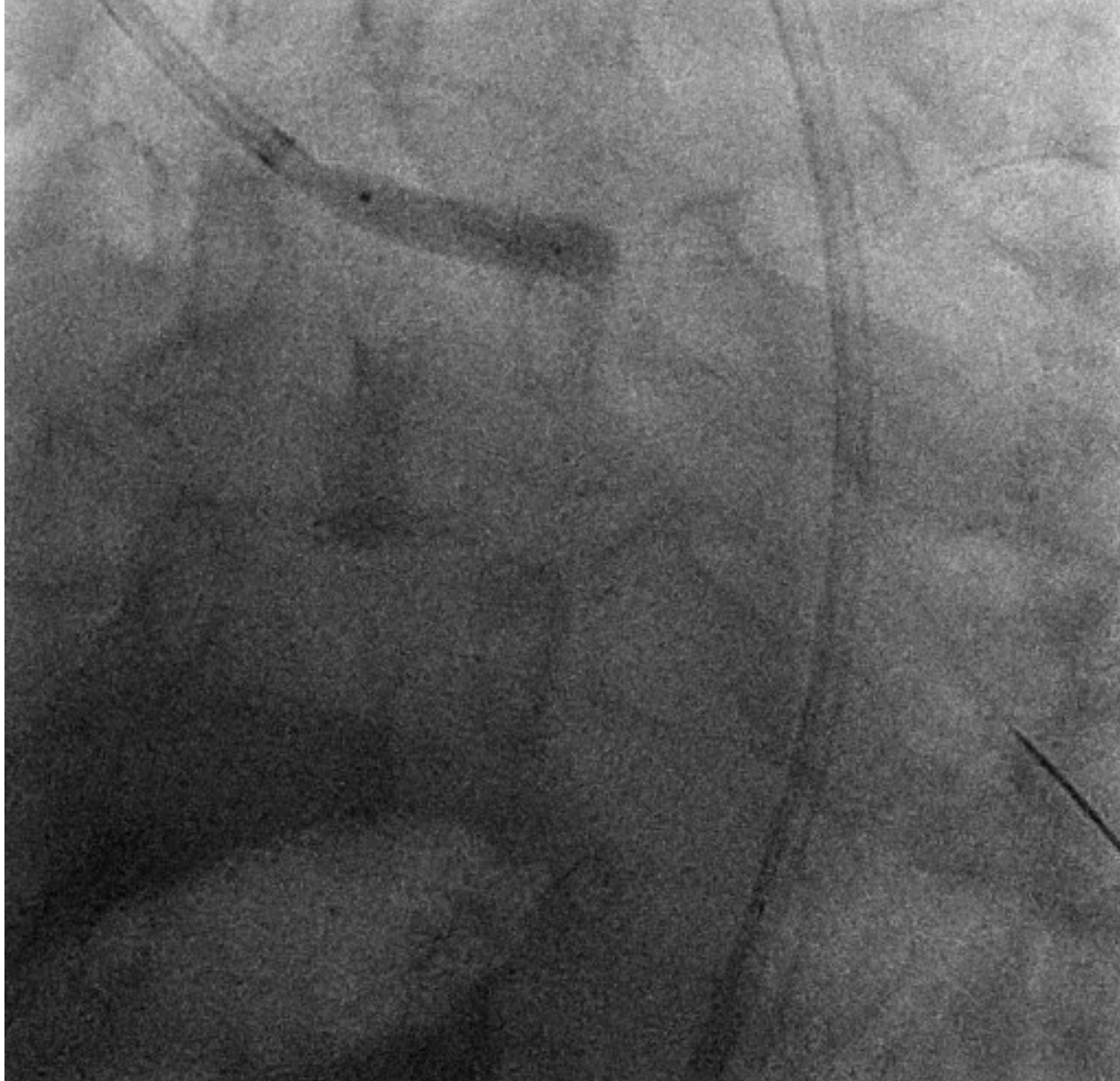


Fig. 6

m1

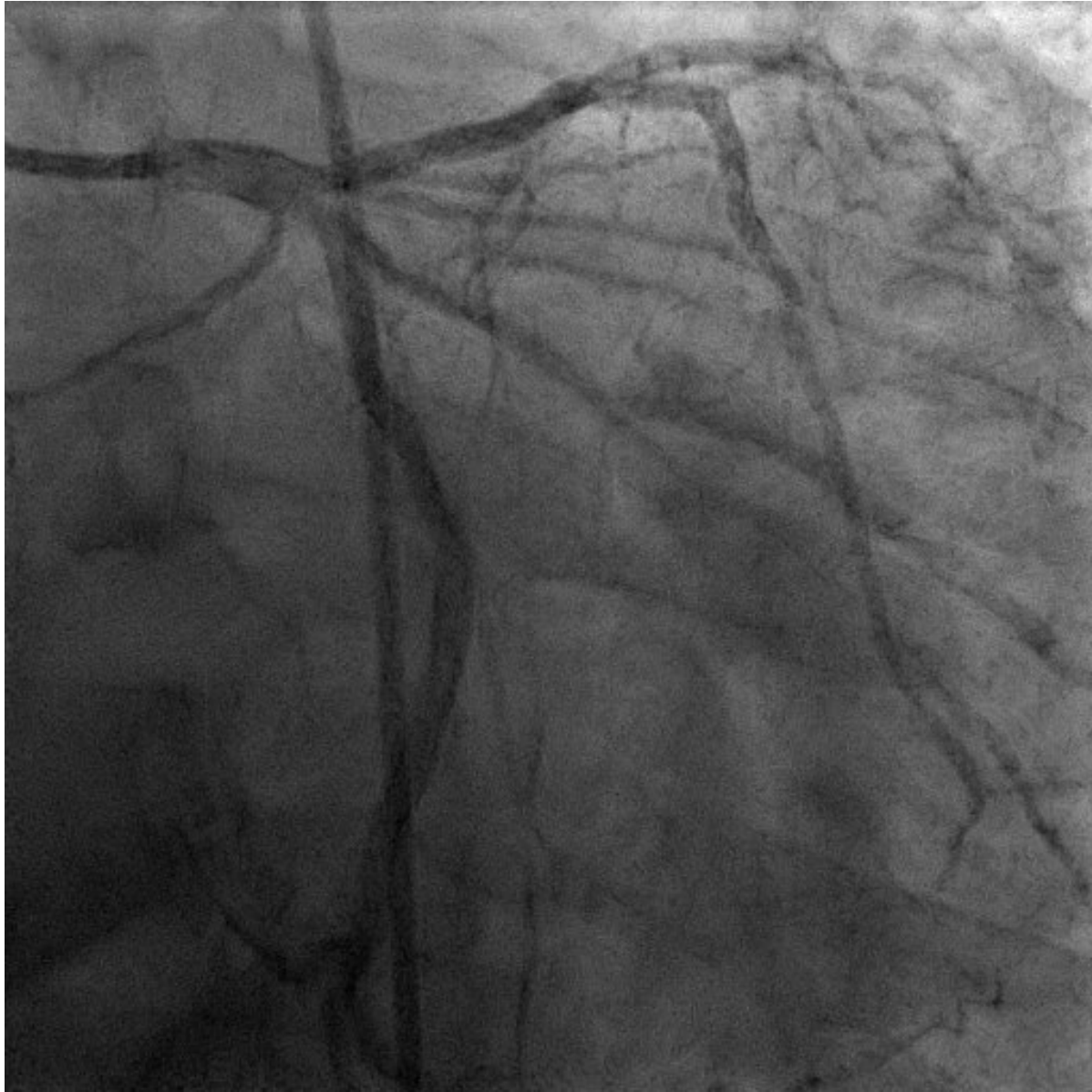


Fig 7

m2

Diapositiva 12

m1 manuelguzmanherrera@ono.com; 27/12/2016

m2 manuelguzmanherrera@ono.com; 05/03/2017

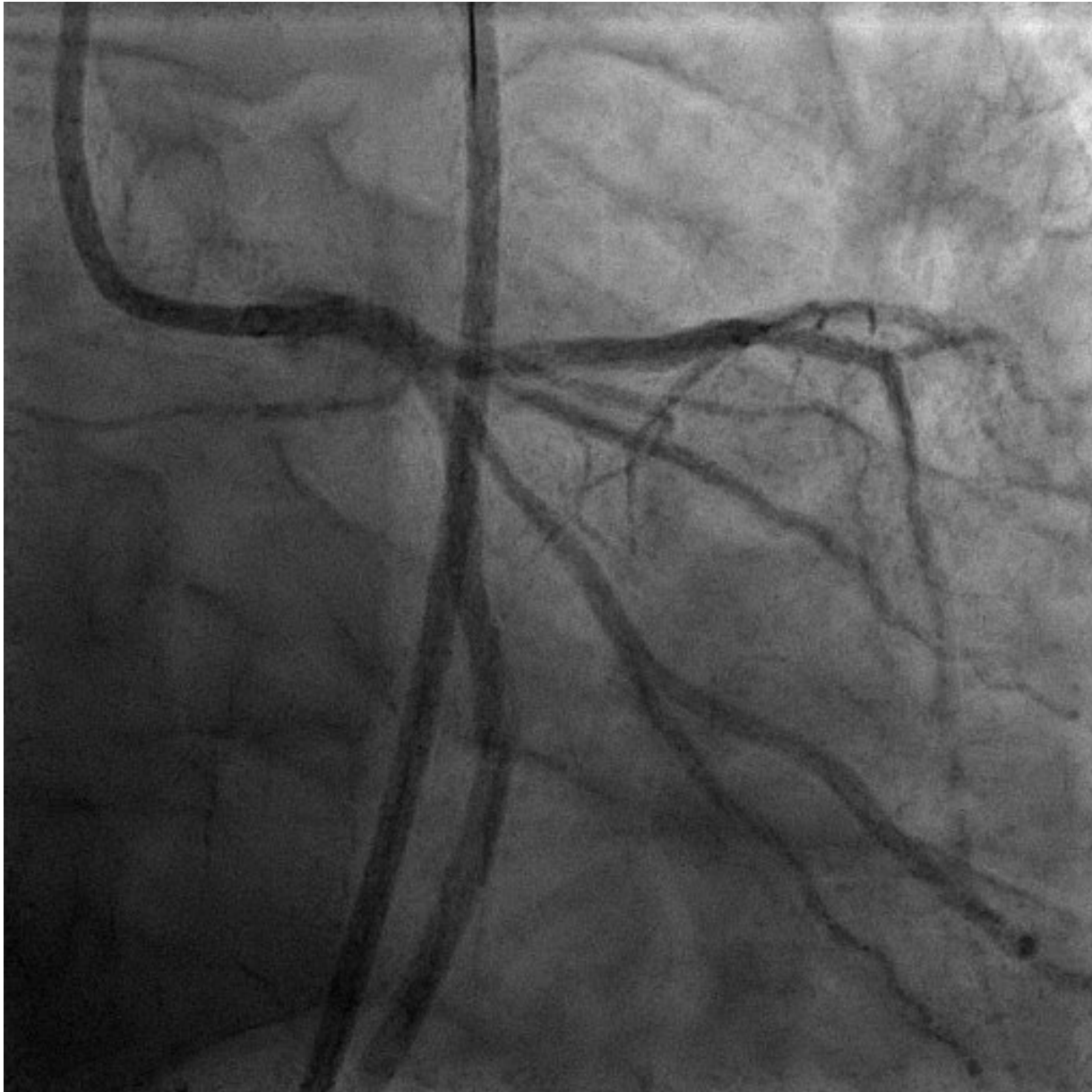


Fig. 8

BIBLIOGRAFIA

1. Zimmern SH, Rogers WJ, Bream PR, Chaitman BR, Bourassa MG, Davis KA et al. Total occlusion of left main coronary artery: the Coronary Artery Surgery Study (CASS) experience. *Am J Cardiol* 1982;49: 2.003-2.010.
2. De Feyter PJ, Serruys PW. Thrombolysis of acute total occlusion of the left main coronary artery in evolving myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1984;53: 1.727-1.728.
3. Cohen MC, Ferguson DW. Survival after myocardial infarction caused by acute left main coronary artery occlusion: case report and review of the literature. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1989;16: 230-238.
4. Herregods MC, Piessens J, Vanhaecke J, Van de Werf F, Suy R, De Geest H. Complete occlusion of the main left coronary artery. A clinical study. *Acta Cardiol* 1987;42: 23-35.
5. Abecia AC, Alegría E, Fidalgo ML, Cabañero J, Herreros J, Martínez Caro D. Oclusión completa no letal del tronco común de la coronaria izquierda. *Rev Esp Cardiol* 1993;6: 119-121.
6. Sigwart U, Goy JJ, Finci L, Blanc M, Grbic M, Stumpe F. Mechanical emergency recanalization of the left main coronary artery. *Clin Cardiol* 1986;9: 217-222.
7. Vliegen HW, Manger Cats V. Nineteen years survival after occlusion of the left main coronary artery by virtue of an anomalous septal branch. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1993;29: 283-284.
8. DePace NL, Kimbiris C, Iskandrian AS, Bemis CE, Segal BL. Total occlusion of left main coronary artery without angina pectoris. *Arch Intern Med* 1983;143: 1.064-1.065.
9. Chorro Gascó FJ, Salvador Sanz A, Losada Casares A, Martínez Mas ML. Síncope en cardiopatías (I): cardiopatía isquémica, cardiopatías congénitas, taponamiento cardíaco. En: García Civera R, Sanjuan Máñez R, Cosín Aguilar J, López Merino V, editores. Síncope. Barcelona: MCR, 1989;335-340