

BLOQUE IV: STENTS PARA LESIONES COMPLEJAS

CASO EN VIVO N°6

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Dra. Ana Serrador Frutos

Dra. Sara Blasco Turrión

Varón, 69 años.

Antecedentes Personales:

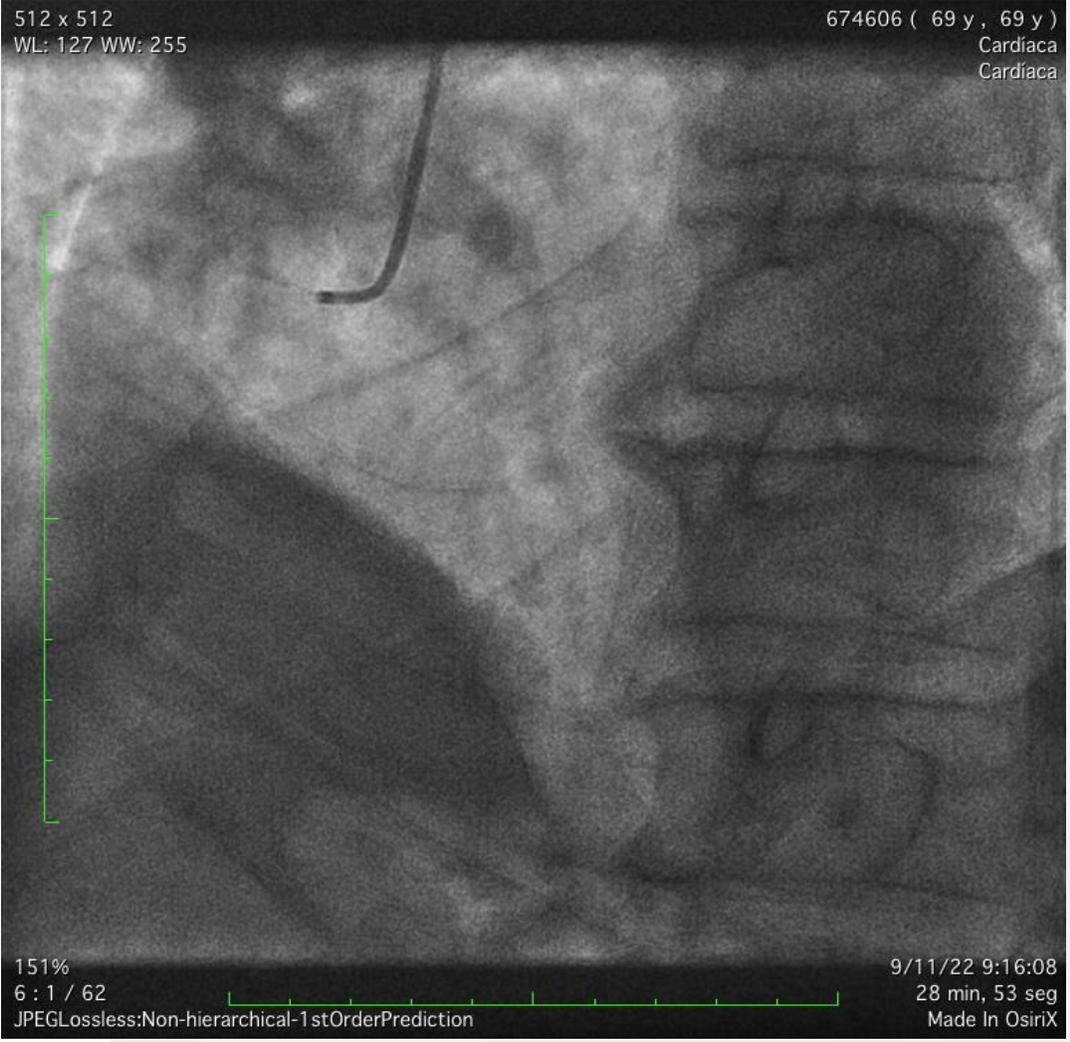
Exfumador. HTA.

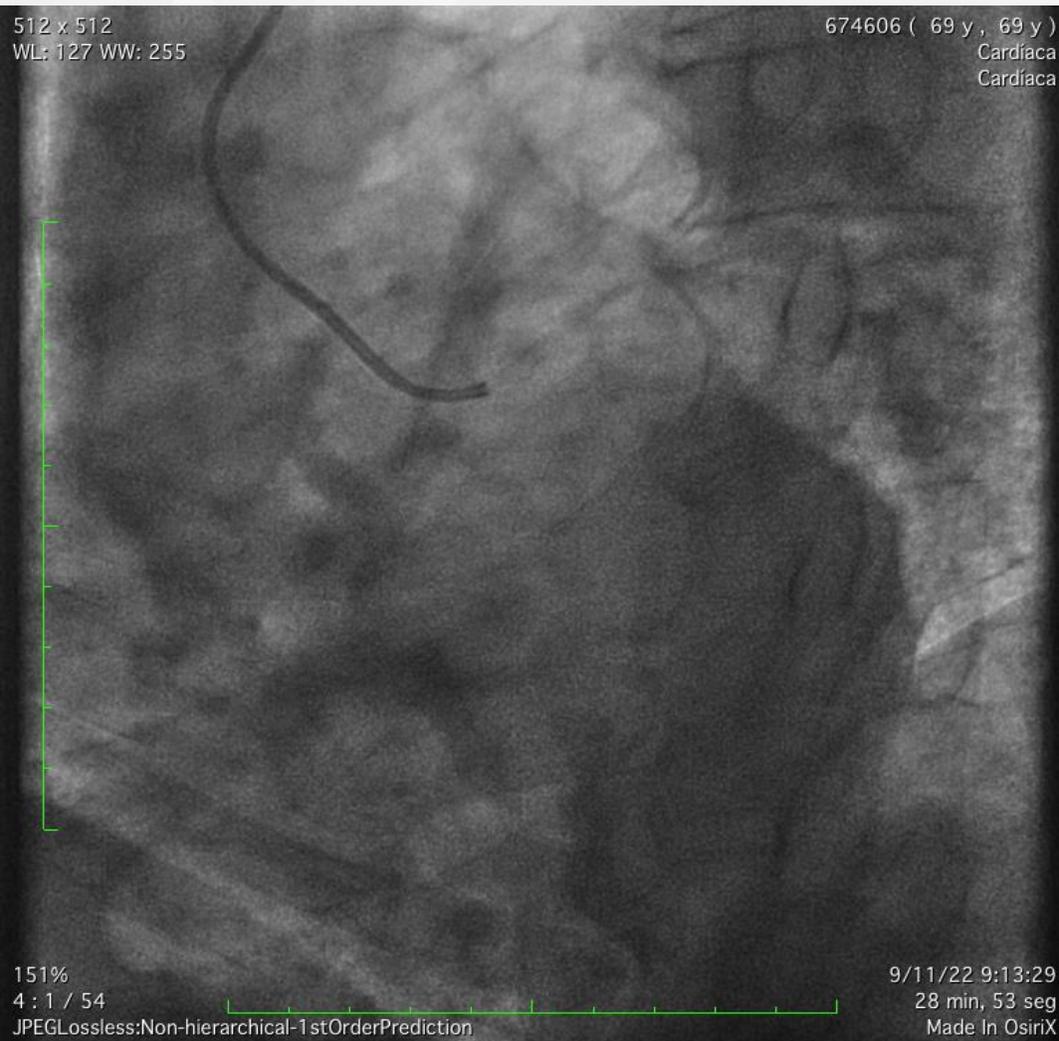
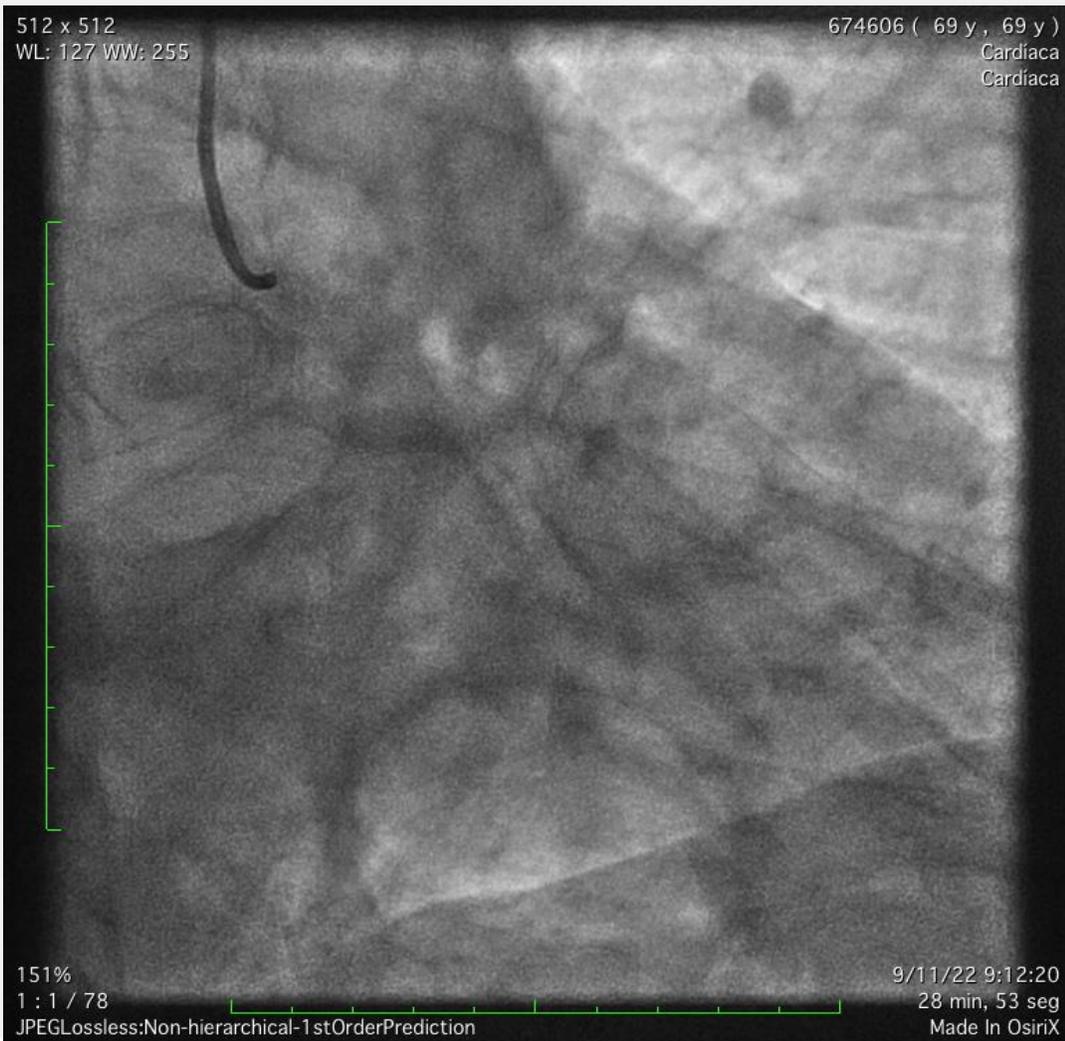
A. Cardiológicos:

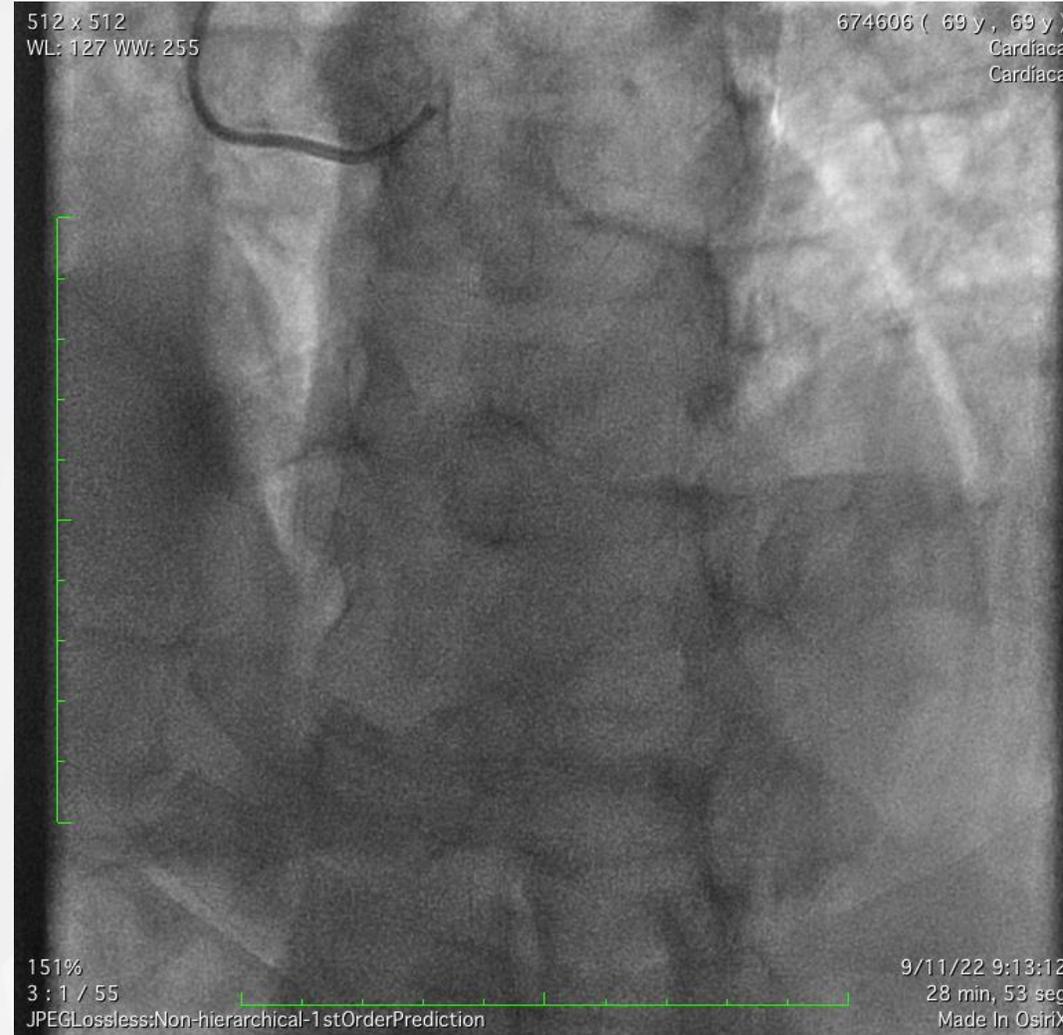
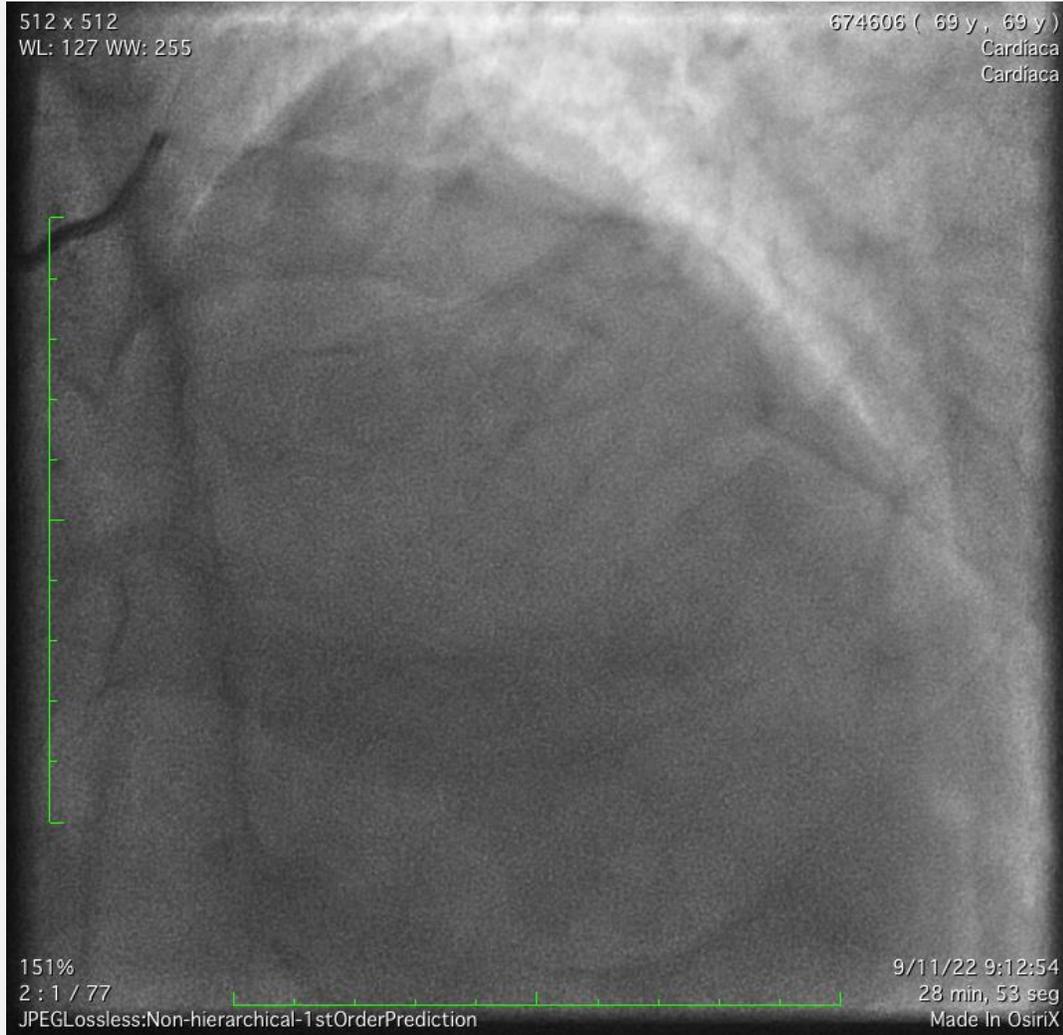
- Cateterismo en 1984 sin lesiones significativas
- FA paroxística detectada en Holter ECG

Historia Actual:

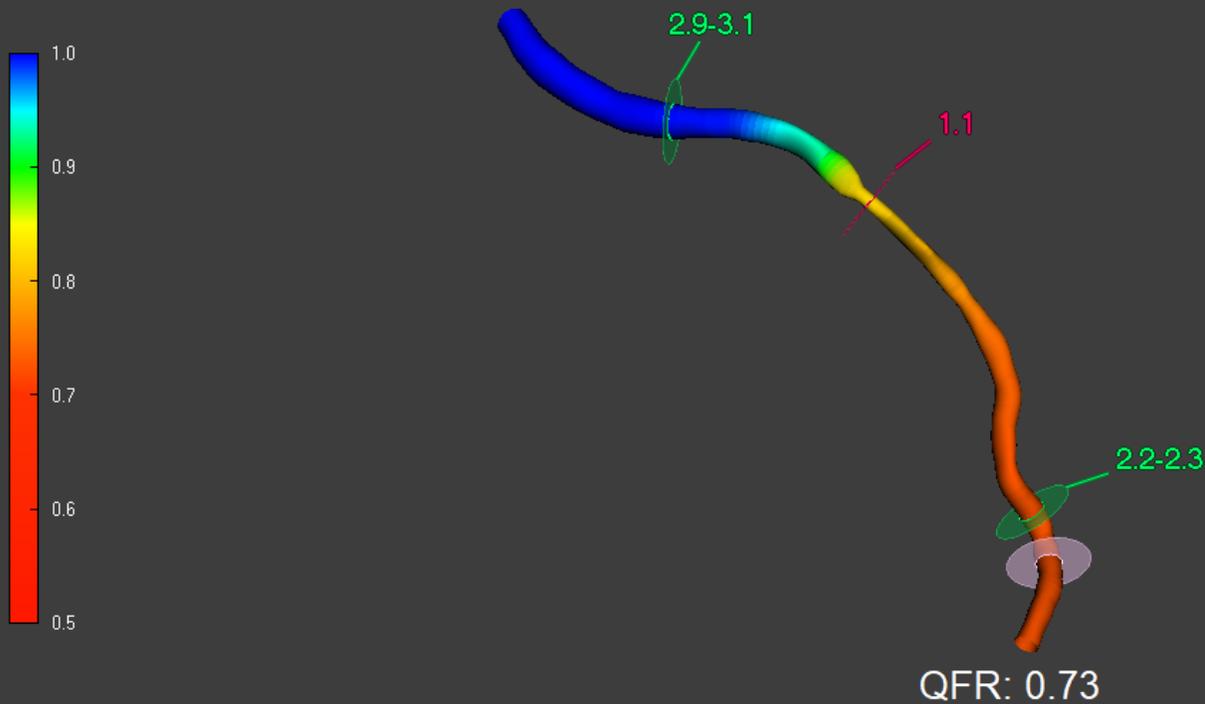
- En estudio por palpitaciones y disnea de grandes esfuerzos.
- ETT: FEVI levemente reducida (48-50%). Hipocinesia inferior. No valvulopatías.
- ECG: ritmo sinusal 70x. No q ni qS. No alt repolarización.







Contraste Vaso QFR: 0.73



Δ QFR
 Longitud
 DLM
 %D Estenosis
 QFR residual

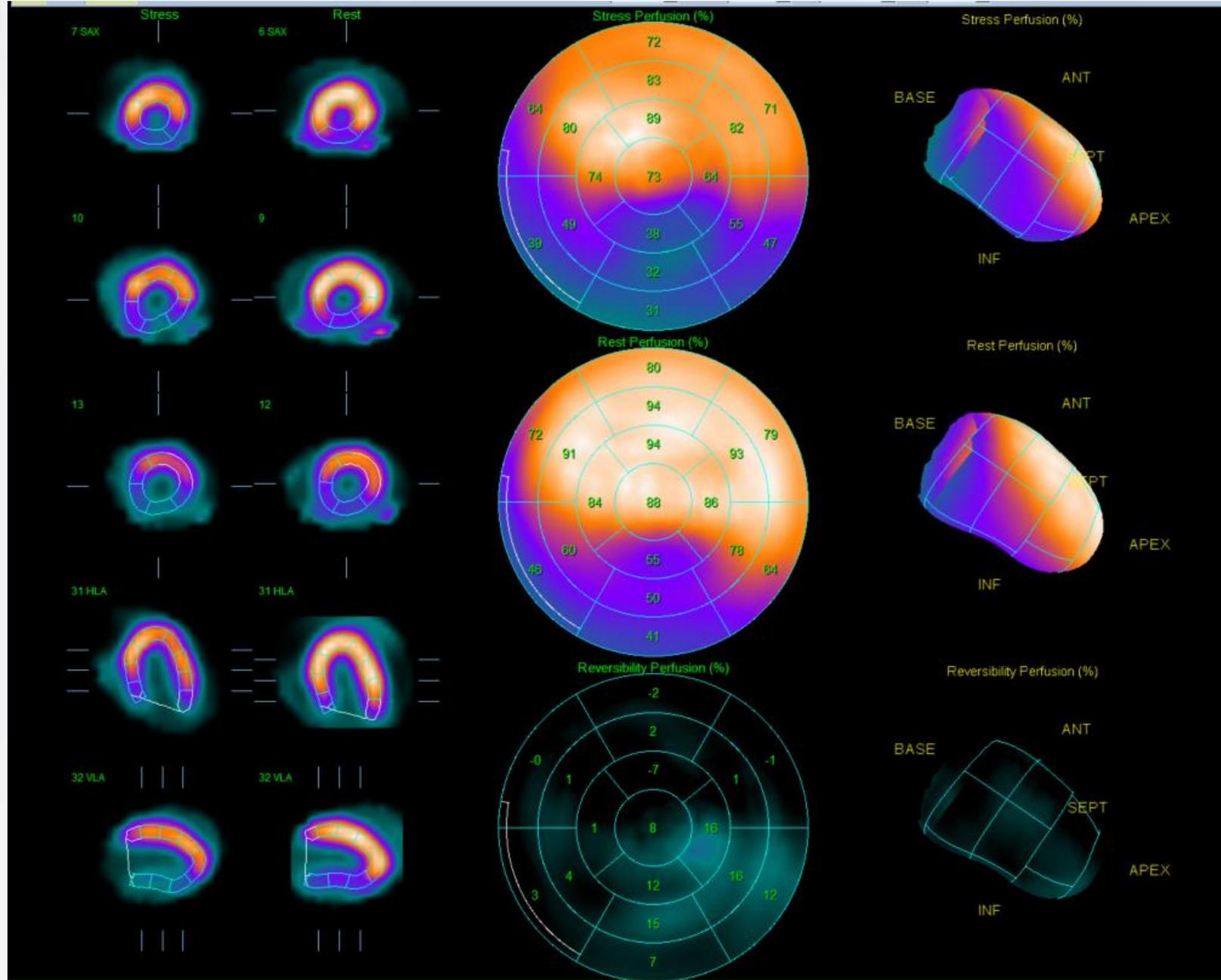
Lesión 1
0.27
51 mm
1.1 mm
60 %
1.00

Velocidad de flujo del paciente: 11.7 cm/s

Óptimo1: LAO 47 CRA 25, FS 4.9%

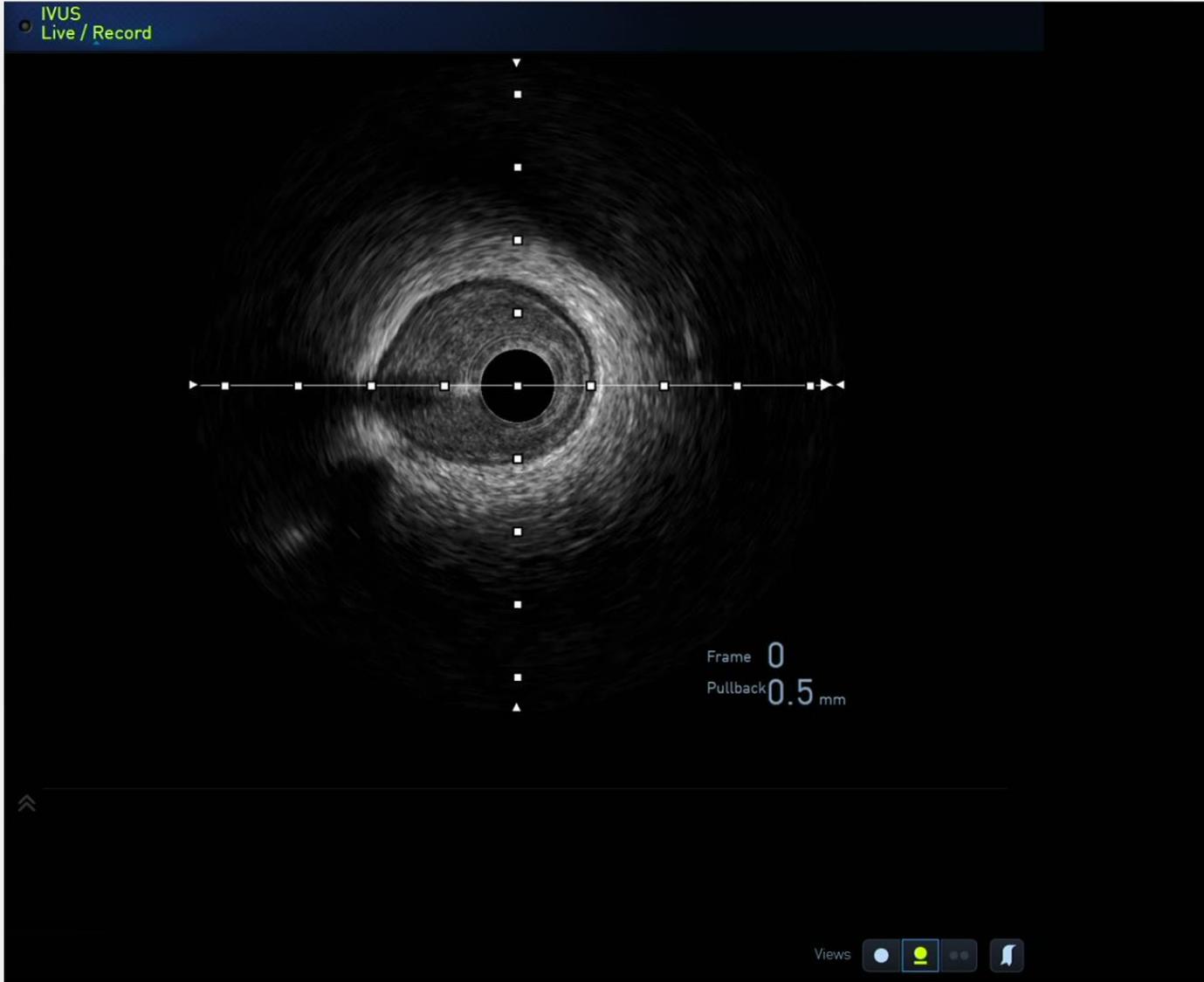
Teniendo en cuenta que la zona a tratar es donante de circulación colateral a una coronaria derecha ocluida crónica, ¿cuál sería su actitud?

- A) Antes de nada... estudio de viabilidad inferior.
- B) Abordaría primero la CTO para no comprometer la circulación colateral con la ICP de la Cx
- C) ICP a Cx protegiendo la rama colateral
- D) ICP a Cx sin proteger la rama.



Estrategia terapéutica:

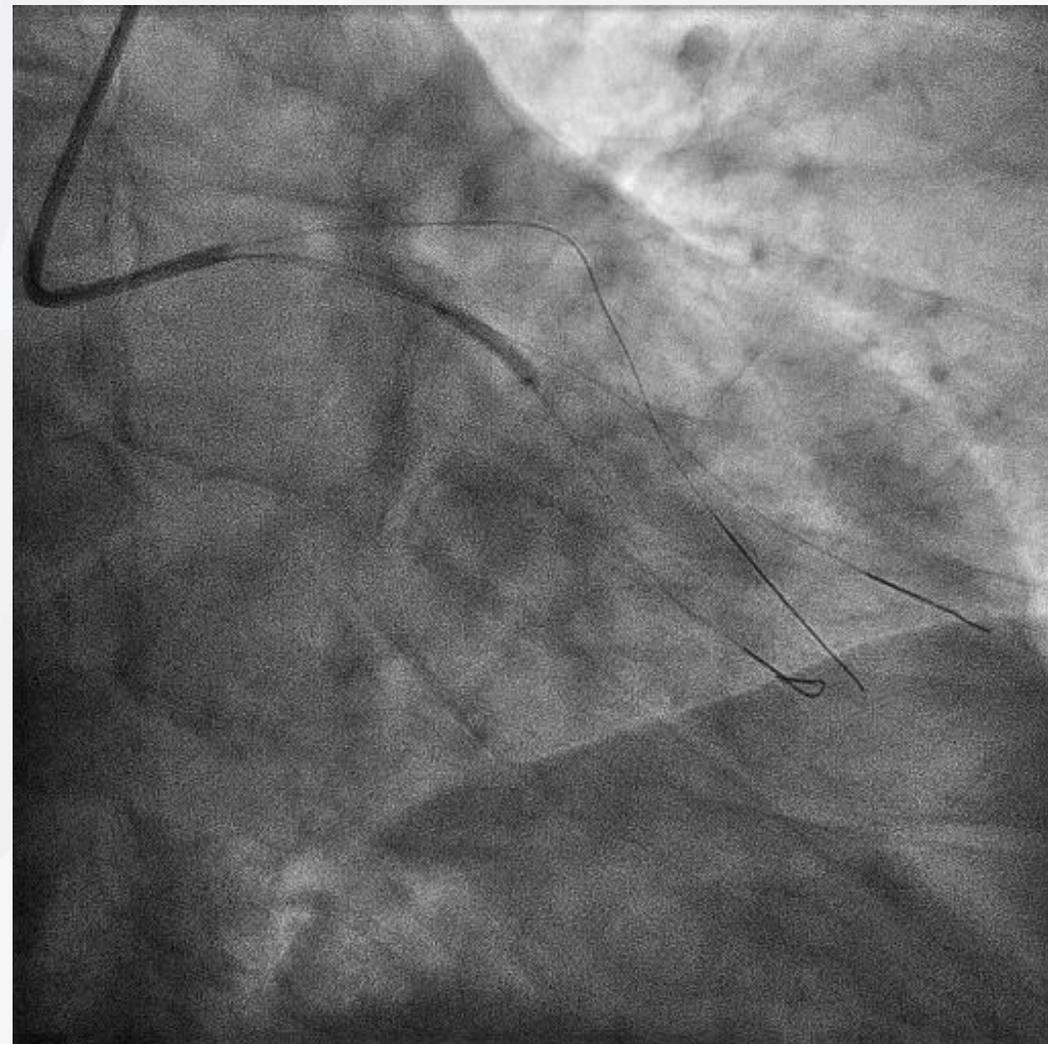
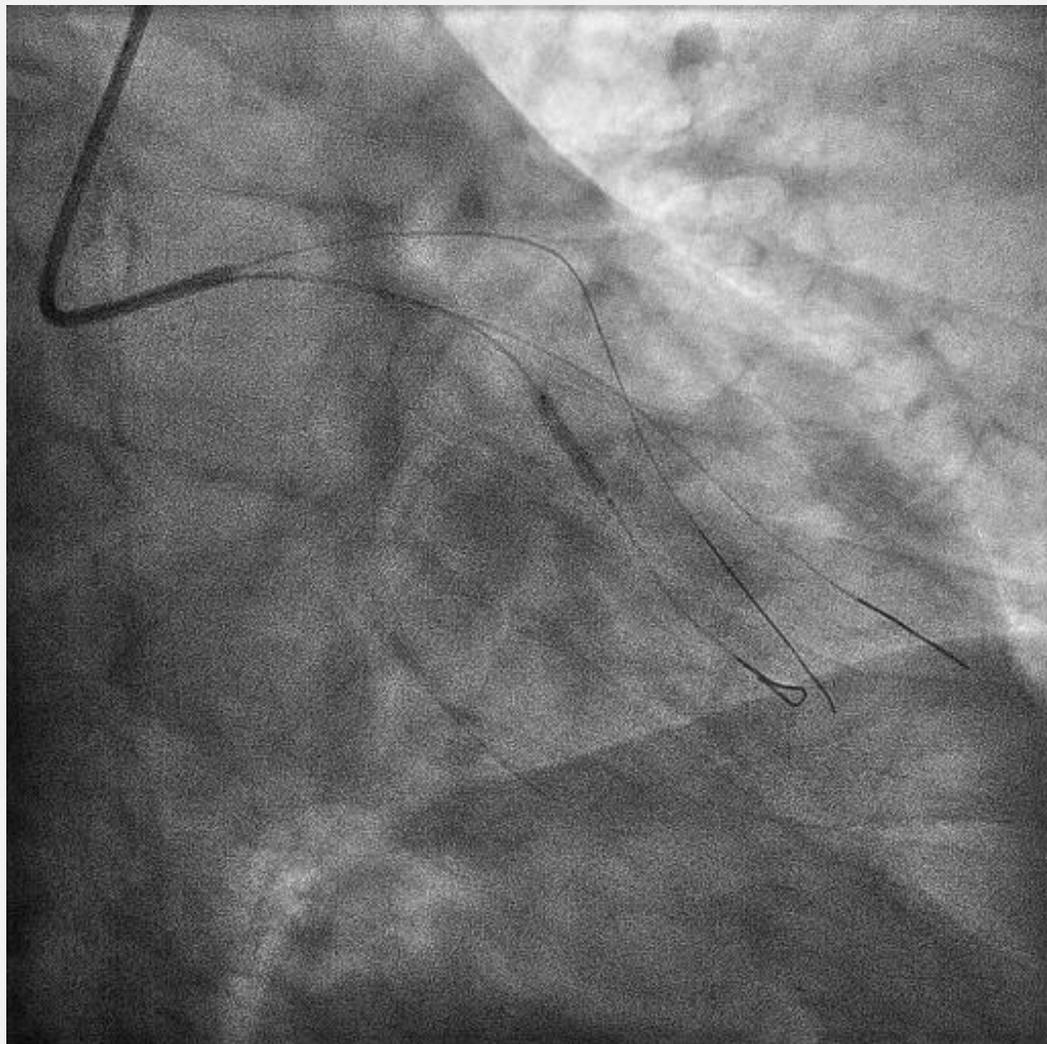
- Imagen intracoronaria Cx y OM.
 - Preparación de la lesión en función de calcificación de placa.
 - **Provisional stenting** a Cx distal (Stent Orsiro Mission; Biotronik) y ***jailed-wire*** a **OM**.
 - Optimización con imagen intracoronaria
 - Revalorar estrategia a SB en función de resultado.
-
- No *jailed-wire* a rama donante a ramo posterolateral
 - Abordaje CTO en un segundo tiempo



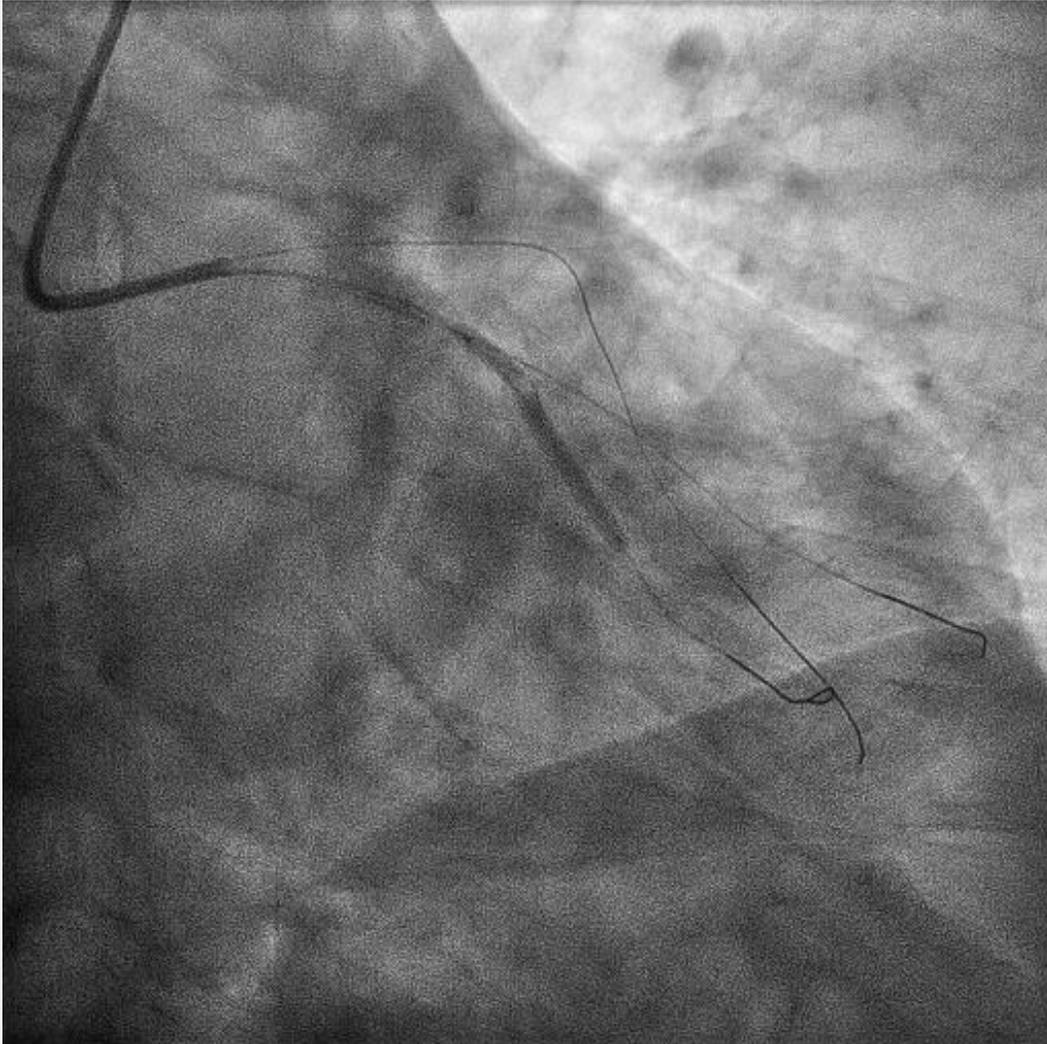
IVUS pre-procedimiento

- Placa fibrolipídica muy severa distal
- Placa severa a nivel de la bifurcación, con 120-130° de calcio
- Sin compromiso de origen de ramo marginal
- Placa fibrolipídica no significativa proximal a nivel de origen de arteria donante de colaterales

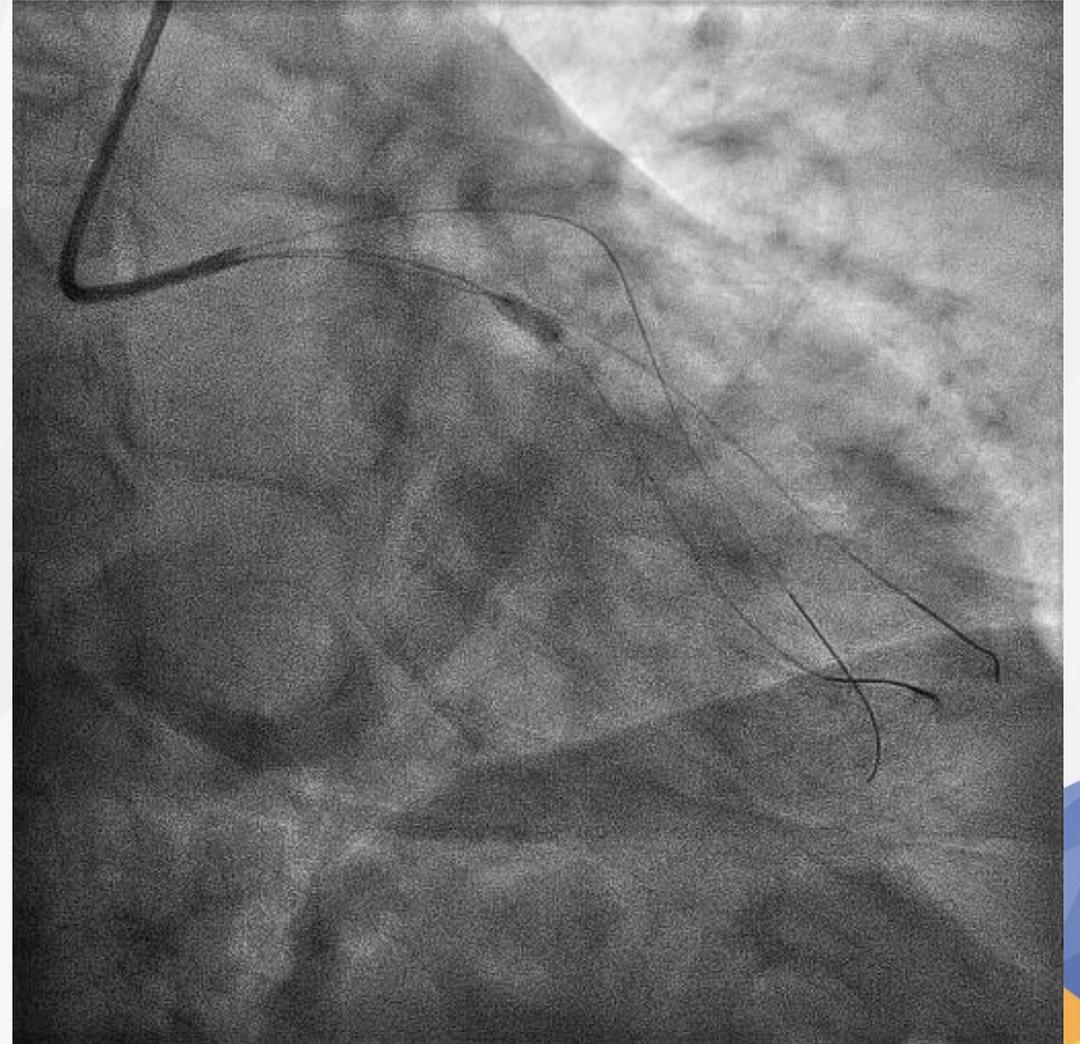
Predilatación con balón NC (no compliante) 2.5 x 15mm



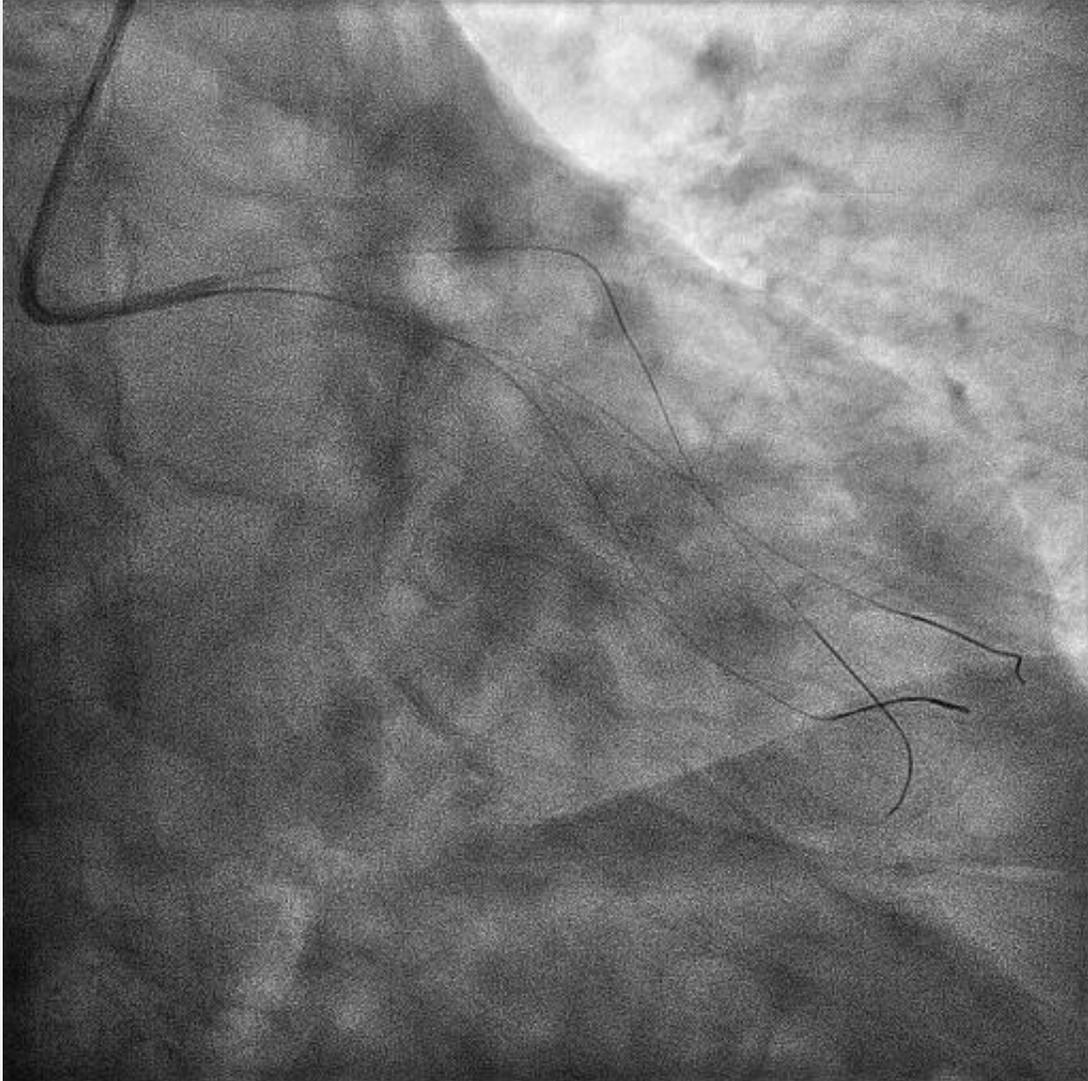
Implante de stent Orsiro Mission
2.5 x 30 mm

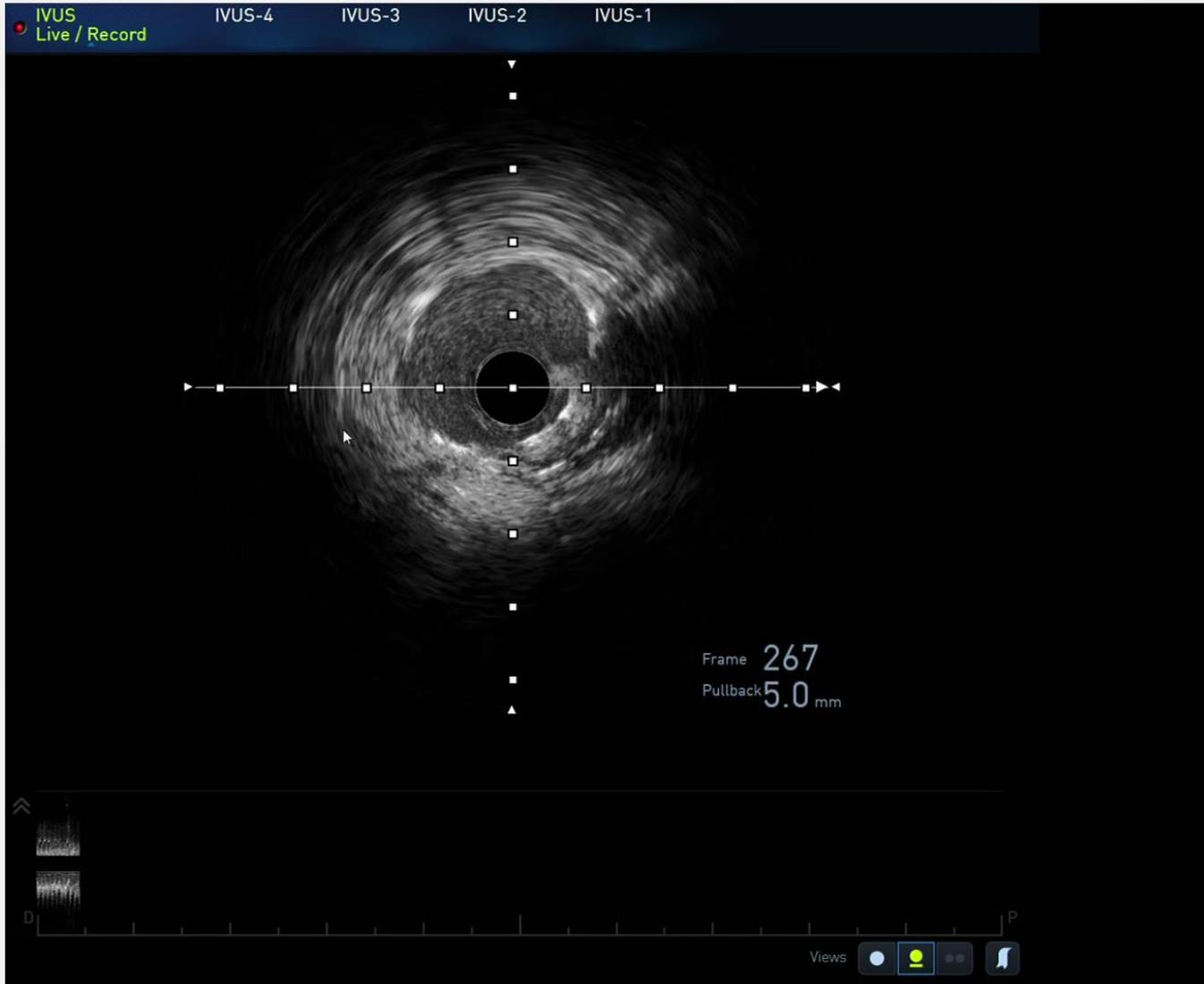


POT con NC 3 x 8 mm



Resultado angiográfico

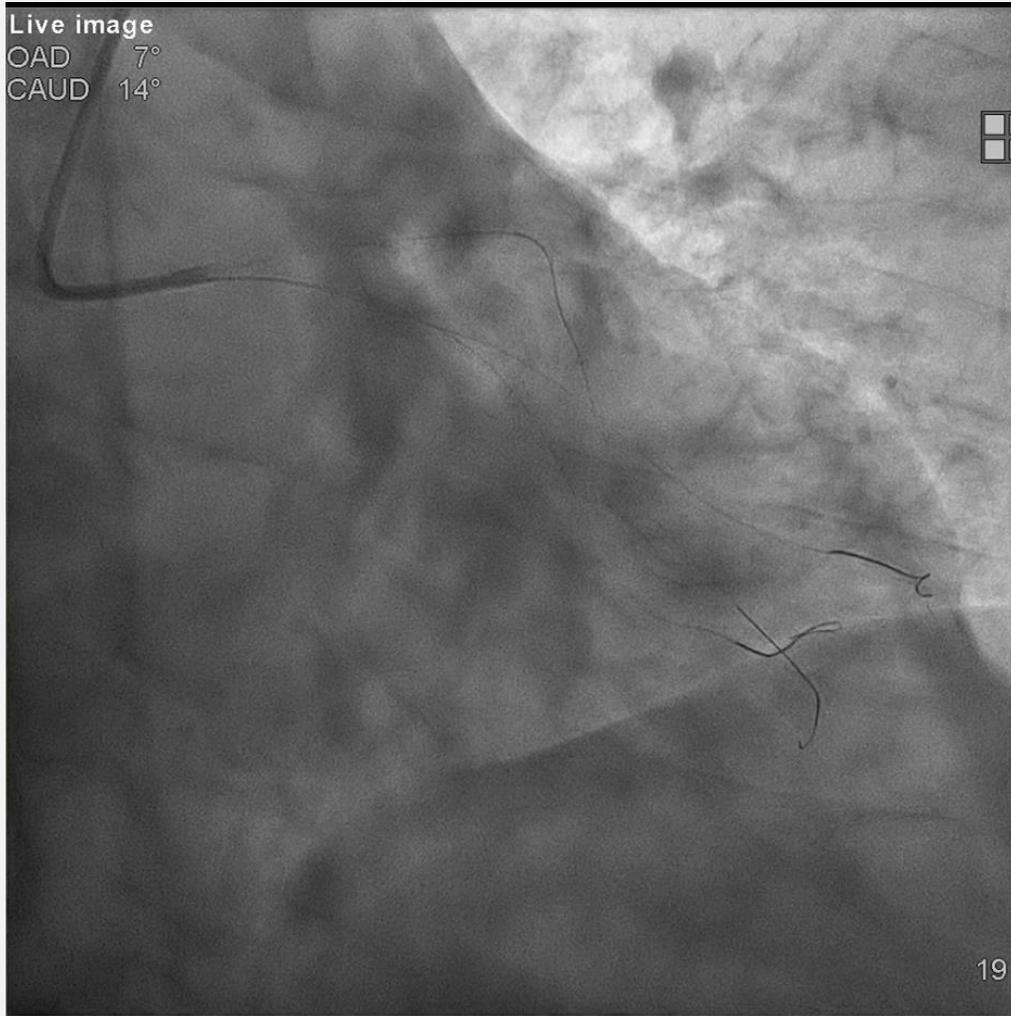




IVUS post-implante

- Leve infraexpansión distal
- Sin compromiso de origen de ramo marginal
- Pequeña disección borde proximal del stent

Postdilatación distal con balón
NC 3 x 8 mm



Implante proximal de stent Orsiro
Mission 3.5 x 13 mm

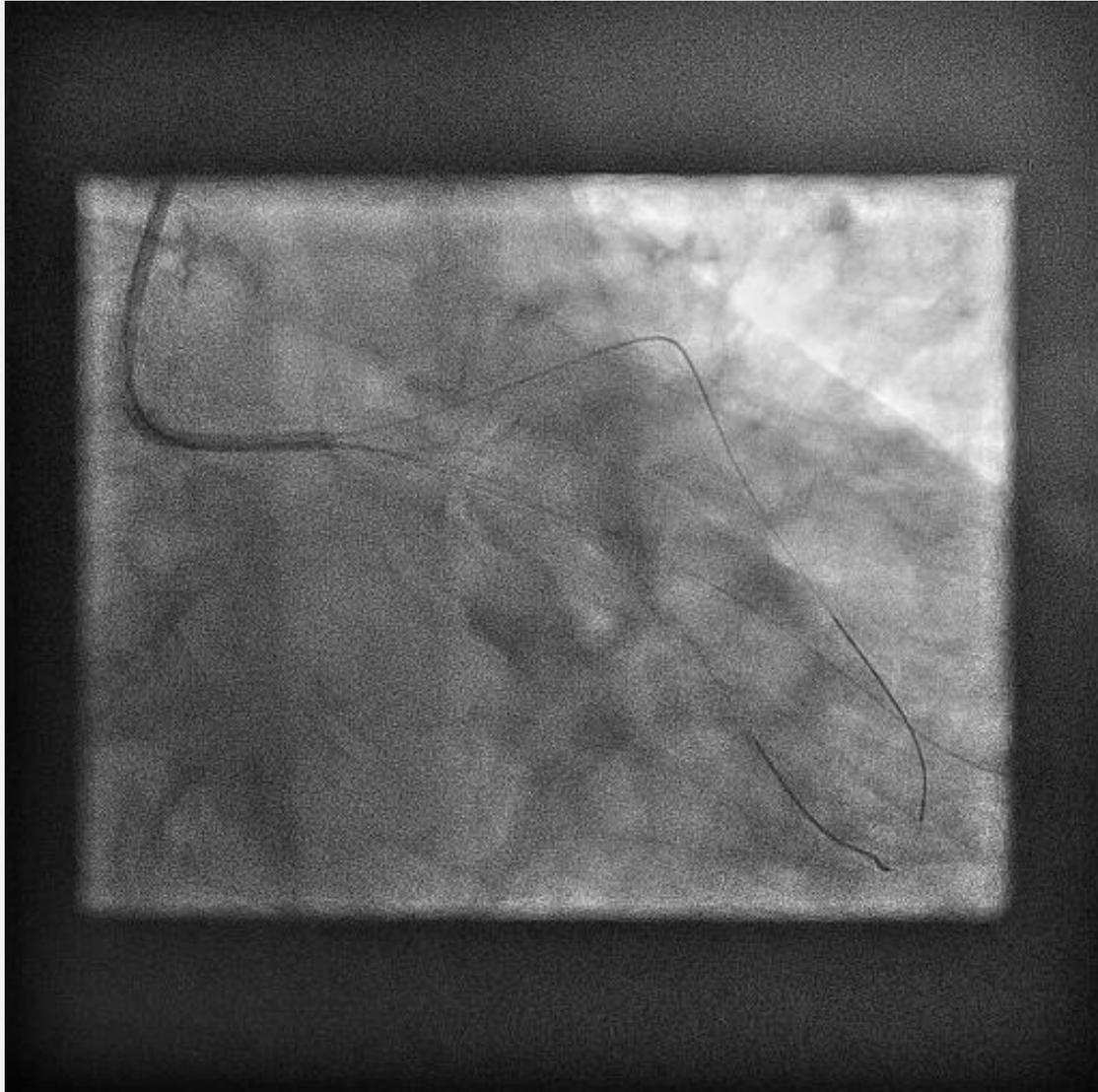




IVUS post-implante

- Sin datos de infraexpansión ni malaposición
- Sin compromiso de origen de ramo marginal

Resultado angiográfico final



PREDICTORES DE FRACASO

- Estenosis SB $\geq 90\%$ (Enf difusa > focal)
- Estenosis proximal MV $\geq 50\%$ → desplazamiento de placa
- Longitud lesión SB > 10 mm
- Calcificación severa SB
- Ángulo bifurcación > 75°
- Síndrome coronario agudo

ESTRATEGIA DE RESCATE:

- Low profile balloon / Microcatheter
- Kissing balloon + re-POT // Dilatación SB con NC + re-POT
- Técnica de 2 stents (T, TAP, Culotte)

Adecuada preparación de la placa + técnicas de imagen intracoronaria

Jailed-wire reduce riesgo de oclusión y facilita reapertura

¿Tratar primero CTO o la arteria donante de colaterales? C

CONCLUSIONES

- ❑ Estrategia PROVISIONAL STENTING eficaz en el tratamiento de lesiones en bifurcación sin compromiso significativo de rama lateral.
- ❑ La imagen intracoronaria ha sido fundamental en este caso para la optimización de la angioplastia
- ❑ El stent ORSIRO MISSION con struts ultrafinos ha permitido preservar la rama obtusa marginal y la rama donante de colaterales a una oclusión crónica de la coronaria derecha.