

# DECISIONES DIFÍCILES EN PACIENTE COMPLEJO



José Moreu Burgos  
Tomás Cantón Rubio  
Fernando Pajín Valbuena  
Esther Lázaro Fernandez  
Daniel Núñez Pernas

Unidad de Hemodinámica  
Hospital Virgen de la Salud - Toledo

# CARACTERISTICAS CLINICAS

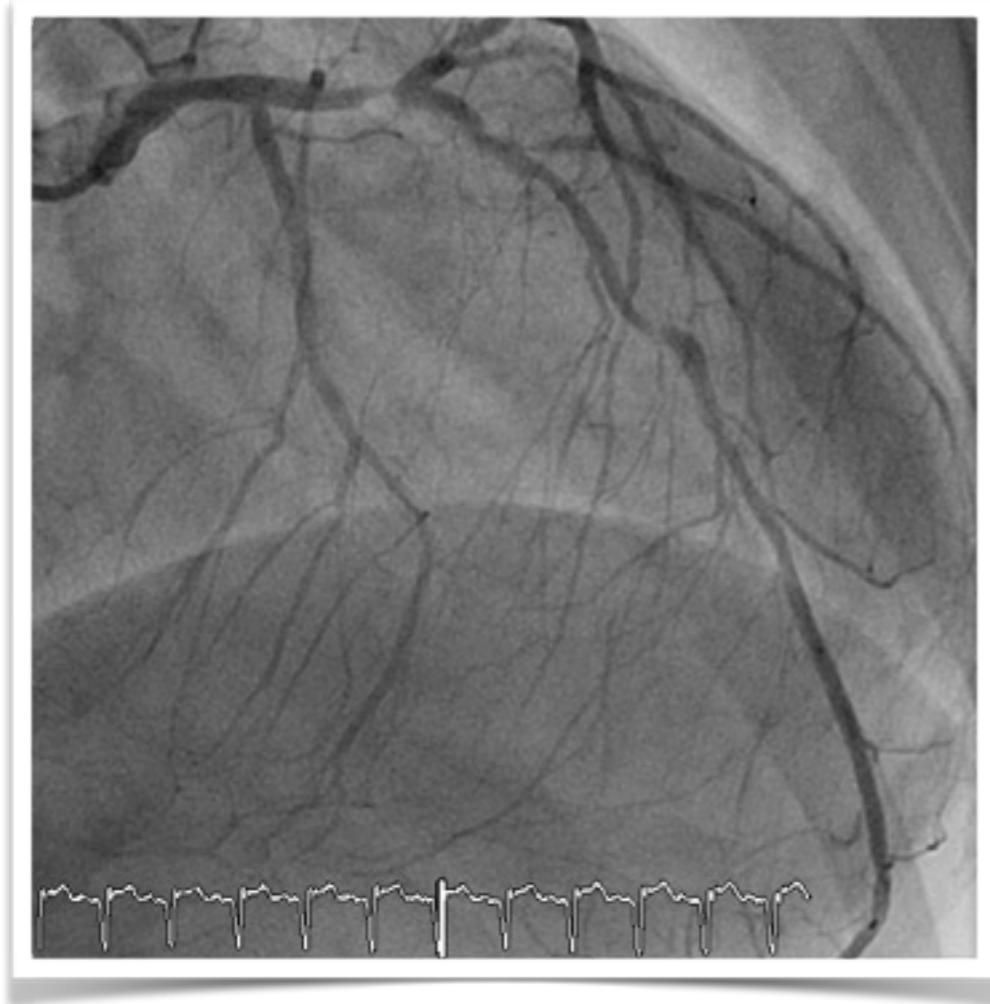
Varón de 60 años

Obesidad y exfumador como factores de riesgo

Ingresa en Unidad Coronaria con diagnóstico de IAM no Q

Ecocardiograma urgente muestra una fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 15 %

# CORONARIOGRAFIA EN LAS PRIMERAS 24 HORAS



Enfermedad severa de tres vasos:

- oclusión crónica de circunfleja y coronaria derecha
- enfermedad severa y difusa de descendente anterior proximal y media

# EVOLUCIÓN

Se considera en un primer momento la revascularización quirúrgica

El paciente presenta un deterioro hemodinámico progresivo

Se realiza nuevo ecocardiograma que muestra:

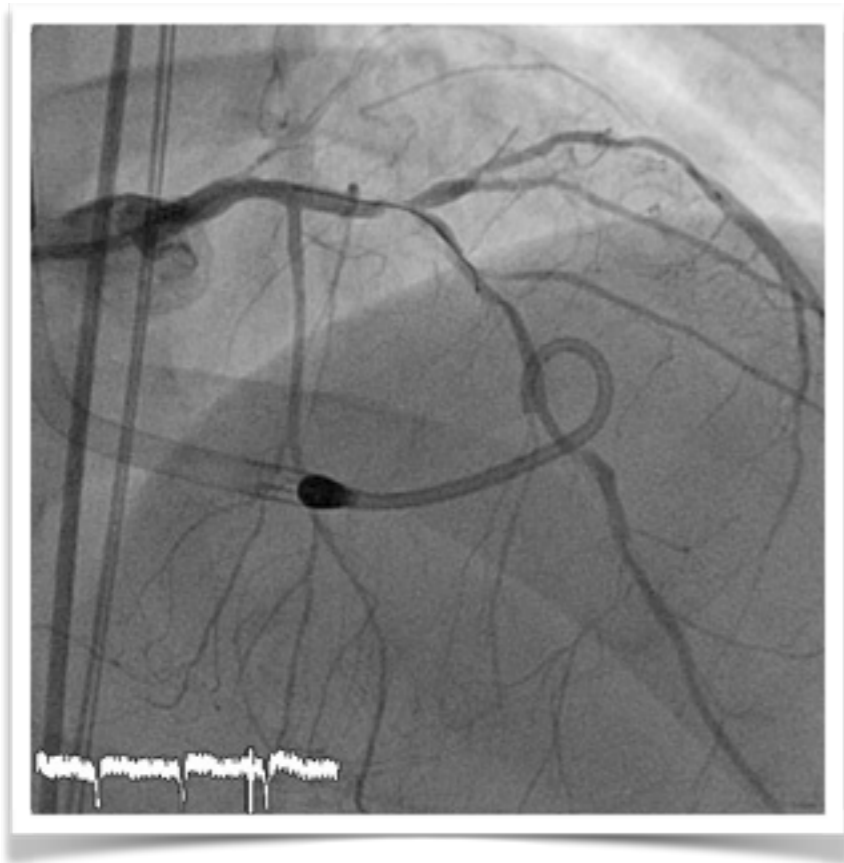
- Fracción de eyección del ventrículo izquierdo 5%
- Insuficiencia mitral severa

Se reconsidera la técnica de revascularización decidiendo un abordaje percutáneo de la descendente anterior

De forma intercurrente el paciente presenta hemorragia aparentemente digestiva y anemia, siendo estudiado sin encontrarse punto sangrante ni nueva anemia en la evolución

# REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA

Dada la situación del paciente se decide realizar la angioplastia con un sistema de asistencia ventricular tipo Impella



Se implantan de forma solapados tres stents convencionales Prokinetic de 2.5 x 15 mm, 2.75 x 18 mm y 3 x 15 mm en DA media y proximal con buen resultado angiográfico final; pudiendo retirar la asistencia ventricular a las dos horas de la realización de la angioplastia sin complicaciones ni deterioro hemodinámico.

## EVOLUCIÓN II

El paciente evoluciona favorablemente en la Unidad Coronaria y planta de hospitalización con buena tolerancia al tratamiento estándar con inhibidores de la enzima convertidor de angiotensina (IECA), betabloqueantes, eplerenona y doble antiagregación con ácido acetil salicílico (AAS) y clopidogrel.

Actualmente el paciente está vivo, sin presentar nuevos ingresos hospitalarios. La última revisión en consultas externas de cardiología en febrero de 2015 muestra estabilidad clínica en clase funcional II de la NYHA, con tratamiento óptimo para la disfunción ventricular izquierda y mostrando en ecocardiograma de control FEVI del 20 % e insuficiencia mitral grado II.

# CONCLUSIONES

La revascularización coronaria de forma percutánea es sin duda la opción más extendida actualmente para los pacientes isquémicos.

Las angioplastias de alto riesgo en pacientes con disfunción del ventrículo izquierdo, sobre todo en aquellos en bajo gasto, se pueden plantear con sistemas de asistencia ventricular como en nuestro caso, tipo Impella.

La rápida expansión de los stents farmacoactivos ha dejado en un segundo plano el implante de stents convencionales; si bien, se ha de hacer una evaluación cuidadosa del riesgo hemorrágico del paciente (sangrados, cirugías planeadas, necesidad de anticoagulación...), siendo los stents convencionales una excelente opción para la revascularización al requerir una doble antiagregación menos prolongada.