

DISECCION DE ACX EVALUADA MEDIANTE IVUS

Gema Miñana, Julio Núñez
Hospital Clínico Universitario de Valencia

Presentación del caso

- Varón de 74 años de edad que ingresa por dolor torácico a estudio
- FRCV: Fumador activo de 1 paquete/día e hipertensión arterial
- ECG: Fibrilación auricular con frecuencia ventricular media de 70 lpm, signos de crecimiento ventricular izquierdo con imagen de sobrecarga sistólica.
- Marcadores de necrosis miocárdica dentro de la normalidad
- Se realizó una ergometría alcanzándose el 68% de la frecuencia teórica máxima prevista (5'5 METS), resultando anormal por angor y aumento de las alteraciones de su ECG basal.

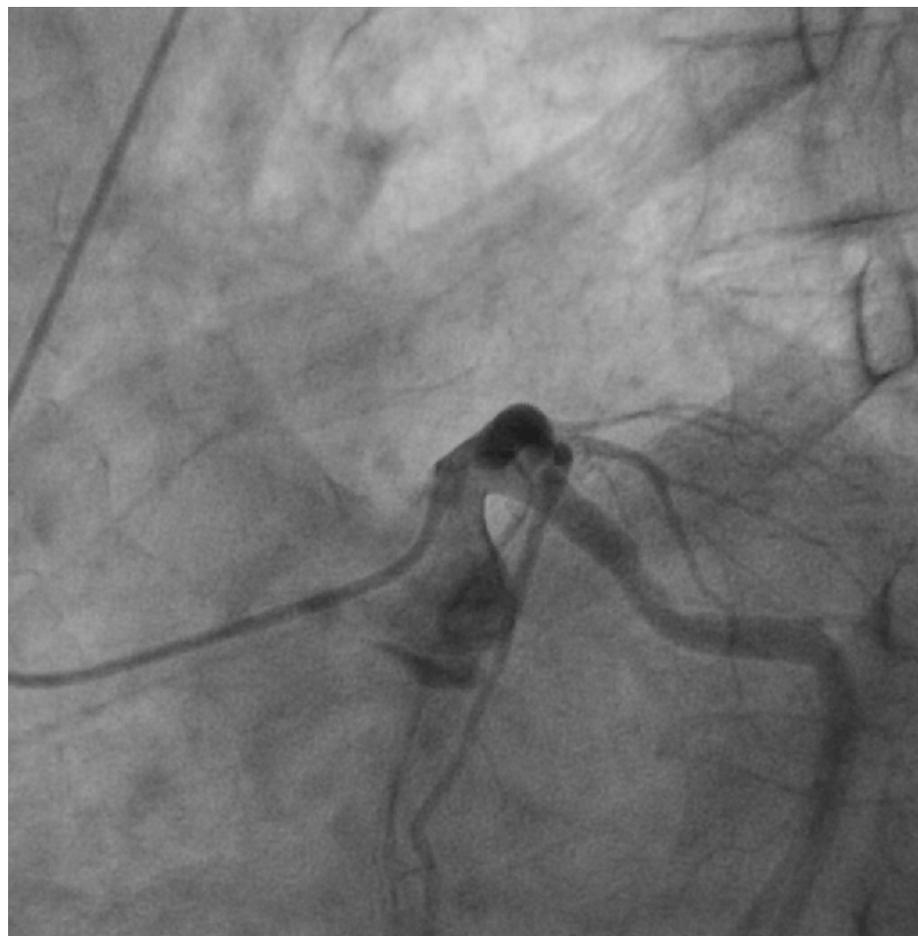
Ecocardiograma

- Severa dilatación del VI con hipertrofia concéntrica y depresión severa de la función sistólica por hipocinesia global (FEVI 30%).
- Ligeramente dilatación de cavidades derechas con función sistólica del VD ligeramente deprimida.
- Dilatación de la raíz aórtica de aorta ascendente con IA grado II/IV secundaria.
- IT ligera que permitió el cálculo de una PSP de 34 mmHg.

Coronariografía

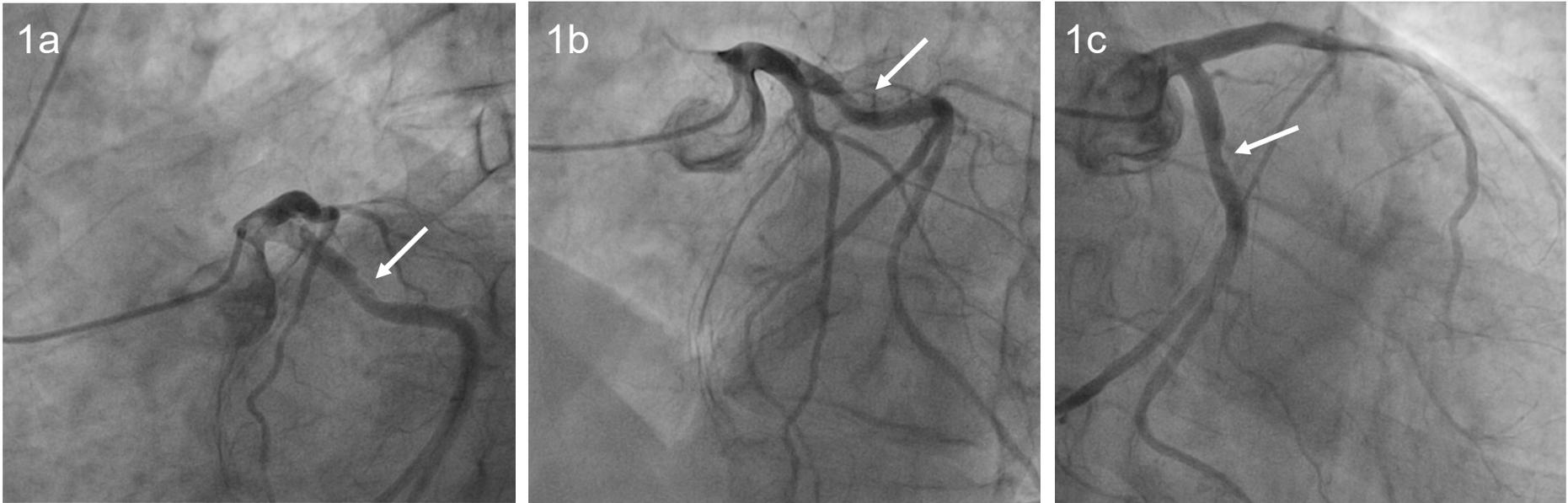
- Lesión focal 30% en zona proximal-medial de ACX dominante con imagen sugerente de disección arterial. Flujo distal TIMI 3. Resto sin lesiones (Figura 1, Vídeos 1-4)
- Se realiza ecografía intracoronaria (IVUS) para caracterizar mejor la lesión en ACX, confirmándose la imagen de disección arterial a dicho nivel (Figura 2).
- Se implanta stent directo convencional prokinetic 4.5 x 20 mms a 16 atm (Figura 3), obteniéndose al final del procedimiento un buen resultado anatómico y flujo distal TIMI 3 (Vídeo 5).

Coronariografía



Coronariografía

Figura 1



Lesión focal 30% en zona proximal-medial de ACX dominante con imagen sugerente de disección arterial.

IVUS

Figura 2

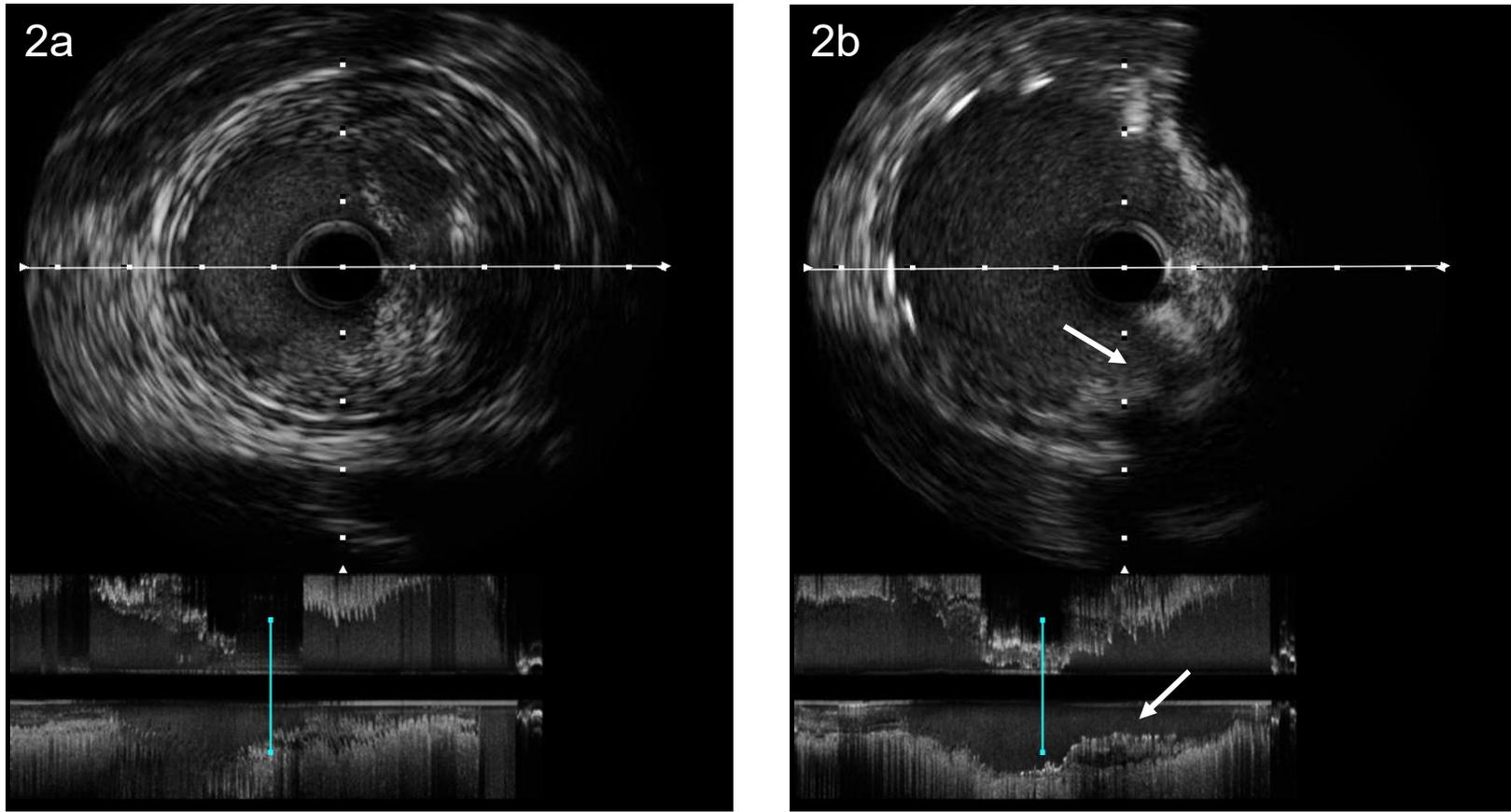
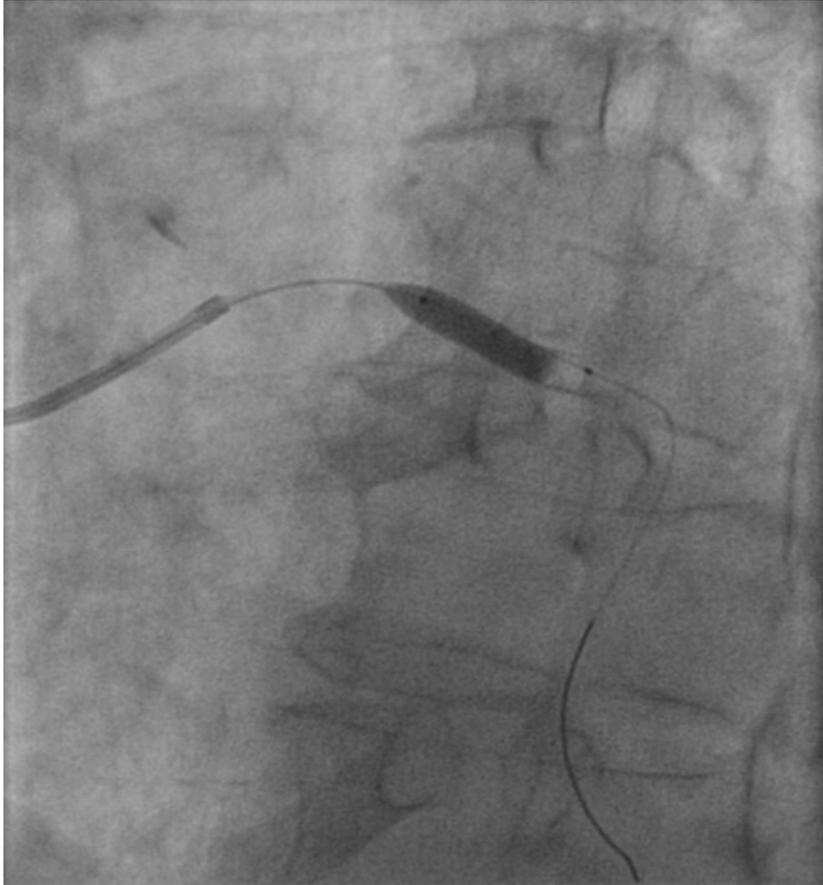
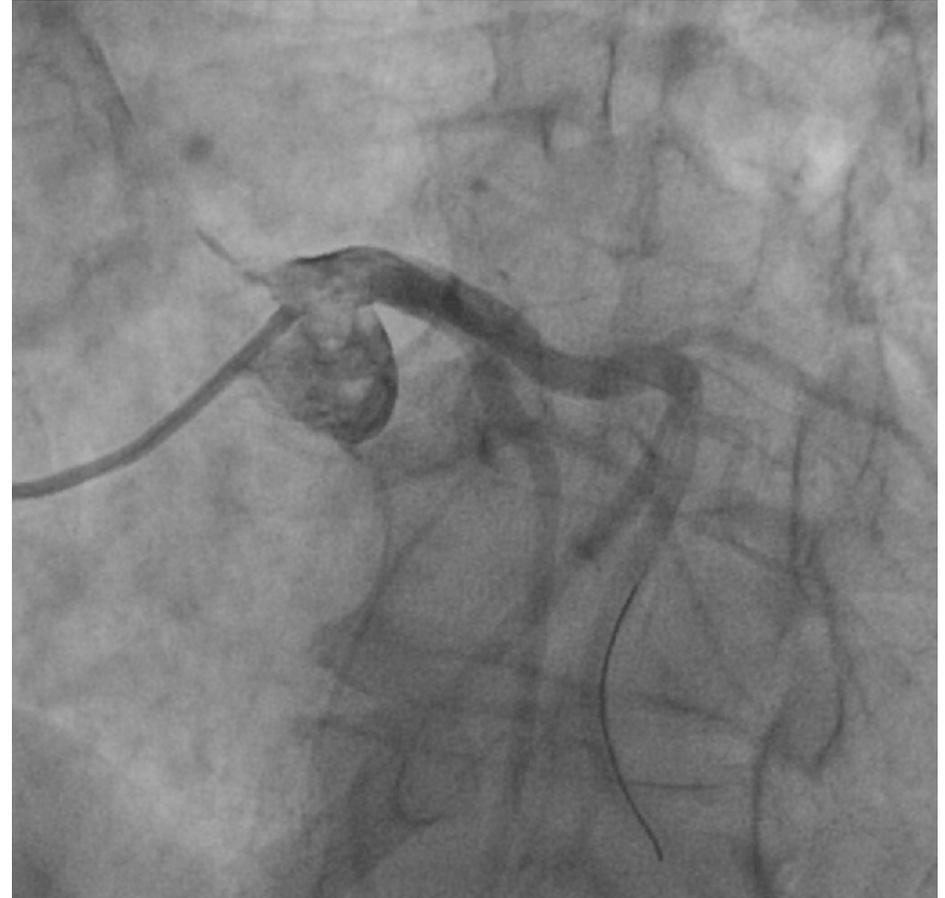


Imagen de IVUS que confirma disección arterial localizada sin compromiso de la luz arterial en ACX pròximal.

ACTP



Implante de STENT directo convencional
4.5 x 20 mm



Resultado final