

DISECCION DE ARTERIA CORONARIA DERECHA

DR. JULIO NUÑEZ

Presentación

Varón de 55 años

Antecedentes:

- No alergias medicamentosas conocidas
- FFRCV: dislipemia e intolerancia hidrogenada diagnosticadas hace 2 meses. Llevó tto con estatinas que se retiraron posteriormente, fumador hasta Enero (20 años/paq)
- Deportista habitual (rutas en bicicleta y spinning)
- Antecedentes Qx: resección de tumor gástrico benigno + apendicetomía
- No tratamiento habitual

Ingresa por SCASEST con mínima elevación de troponina (TnTus max 29)

Refiere que desde hace 1 mes y medio presenta episodios de iguales características, cada vez más frecuentes, mientras realiza ejercicio de la intensidad habitual o incluso algún episodio a pequeños esfuerzos, autolimitados, que ceden con el reposo. Refiere que la semana previa al ingreso presenta episodios de dolor torácico matutino a medianos esfuerzos.

En imagen de TAC realizado en junio de 2016 por Fx de arco costal, destaca calcificación de ADA.

Exploración clínica

- TA: 134/70 mmHg. FC: 64 lpm. SatO2: 97% con VMK al 30%
- AC: ruidos rítmicos, no soplos
- AP: MVC sin ruidos añadidos
- Abdomen: NHP
- No IY. MMII: no edemas ni signos de TVP

Figura 1

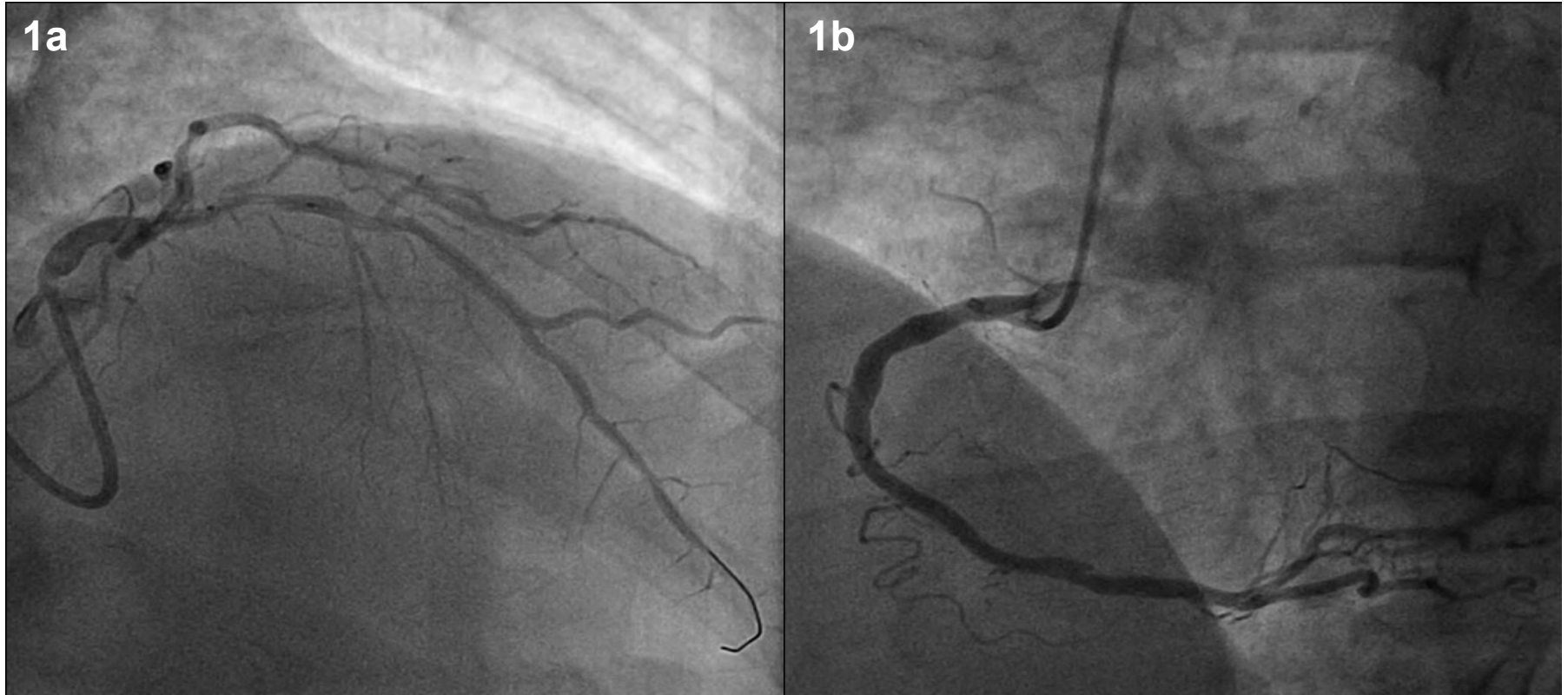


Figura 1. Coronariografía que muestra lesión severa en ADA proximal (1a) y ACD sin lesiones obstructivas, con imagen de disección localizada en segmento distal.

ADA: arteria descendente anterior; ACD: arteria coronaria derecha.

Figura 2

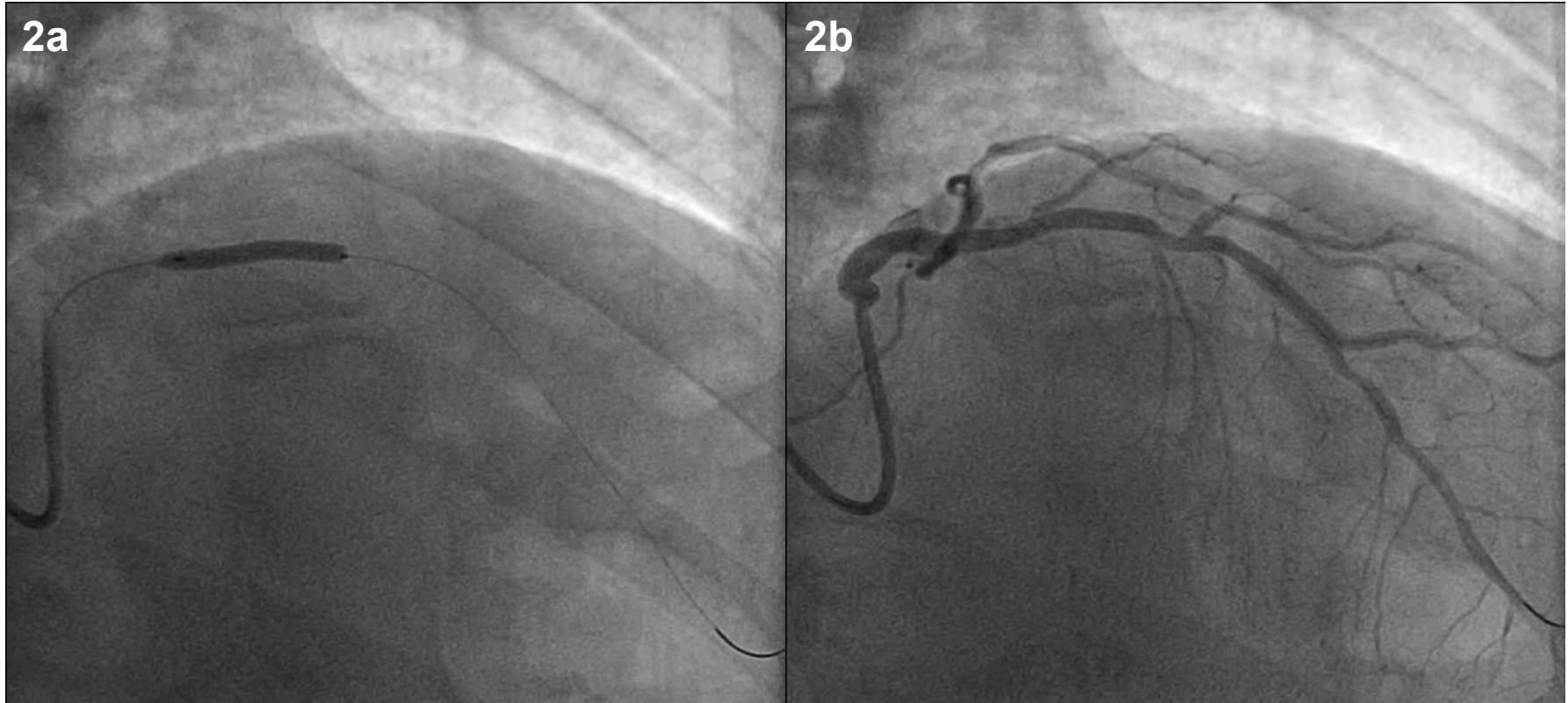


Figura 2. Angioplastia ADA. Se accede a ADA con catéter guía Sheathless SPB 3.5 6.5F (por severo espasmo radial) y guía Sion Blue. Se predilata sucesivamente con balones 2.0 x 15 mm y 2.5 x 15 mm y se implanta stent farmacoactivo recubierto de biolimus 3.0 x 24 mm a 14 atm.

ADA: arteria descendente anterior.

Figura 3

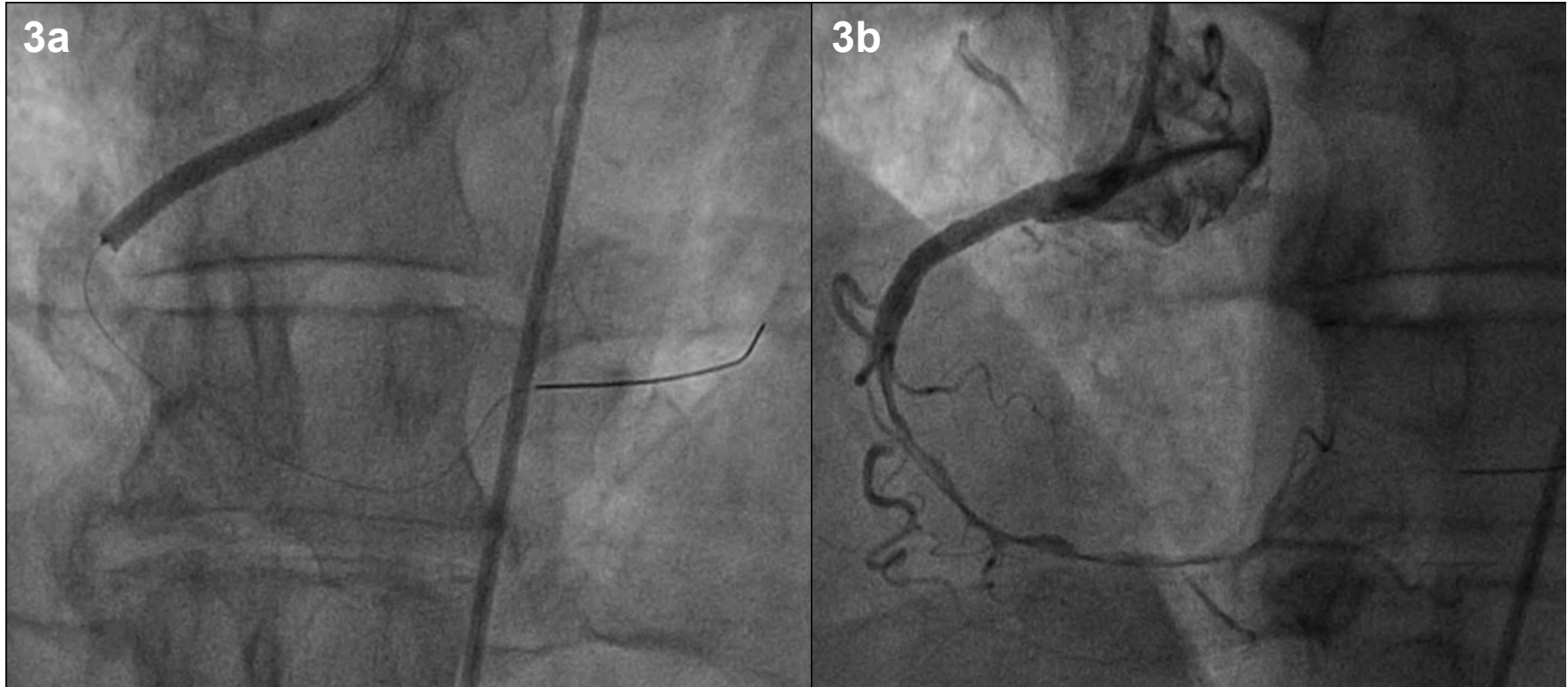


Figura 3. Se accede a ACD con catéter guía Sheathless JR4 para valorar lesión de ACD distal mediante OCT. Con la canalización presenta disección de la coronaria derecha que se extiende hacia seno de Valsalva y aorta ascendente (imagen no grabada) con buena tolerancia clínica y hemodinámica inicial, sin compromiso del flujo. Posteriormente presenta dolor torácico con elevación del segmento ST en cara inferior, por lo que se accede vía femoral derecha con catéter guía AR1 6F y guía Sion Blue, y se implanta proximalmente desde ostium stent farmacoactivo recubierto de sirolimus 3.0 x 28 mm a 18 atm (3a), con lo que se logra sellar la disección proximalmente, persistiendo disección q nivel distal hasta crux cordis (3b).

ACD: arteria coronaria derecha; OCT: tomografía por coherencia óptica.

Figura 4

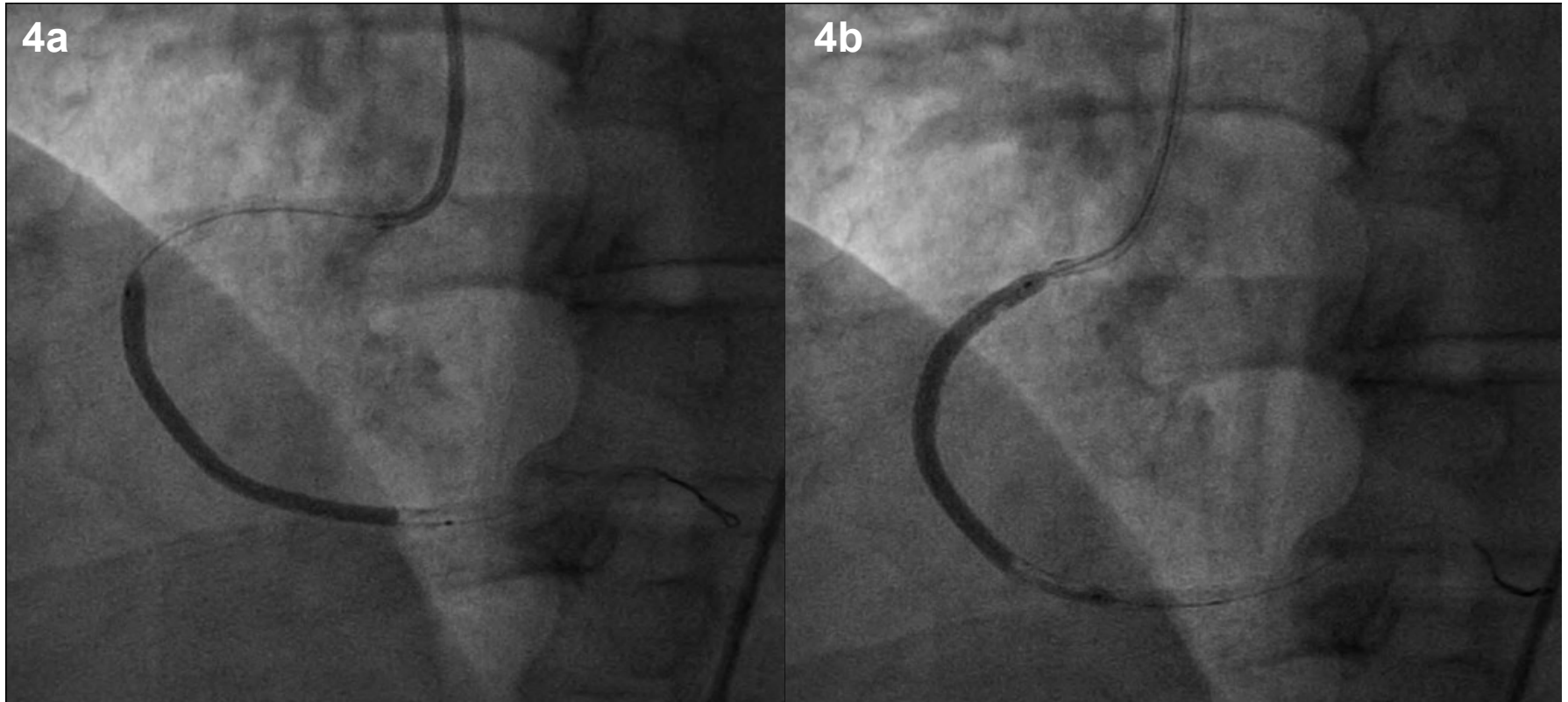


Figura 4. Implante de stent farmacoactivo conificado recubierto de sirolimus 3.0-2.5 x 60 mm solapado distalmente al previo hasta crux cordis (4a) postdilatando con el mismo balón en la zona solapada (4b)

Resultado final ACD

Figura 5



Figura 5. Resultado final ACD

ACD: arteria coronaria derecha