

Sesión de caso clínico

DR.SALVADOR ALVAREZ ANTON

JEFE DEL SERVICIO DE CARDIOLOGIA
HOSPITAL CENTRAL DE LA DEFENSA
GOMEZ-ULLA DE MADRID

CASO CLÍNICO

-Varón 86 años

-FRCV: DLP

-SCASEST en 2012 → Enfermedad de 3 vasos con lesión severa de DA revascularizada con 3 stent FA.

-Disfunción moderada de VI.

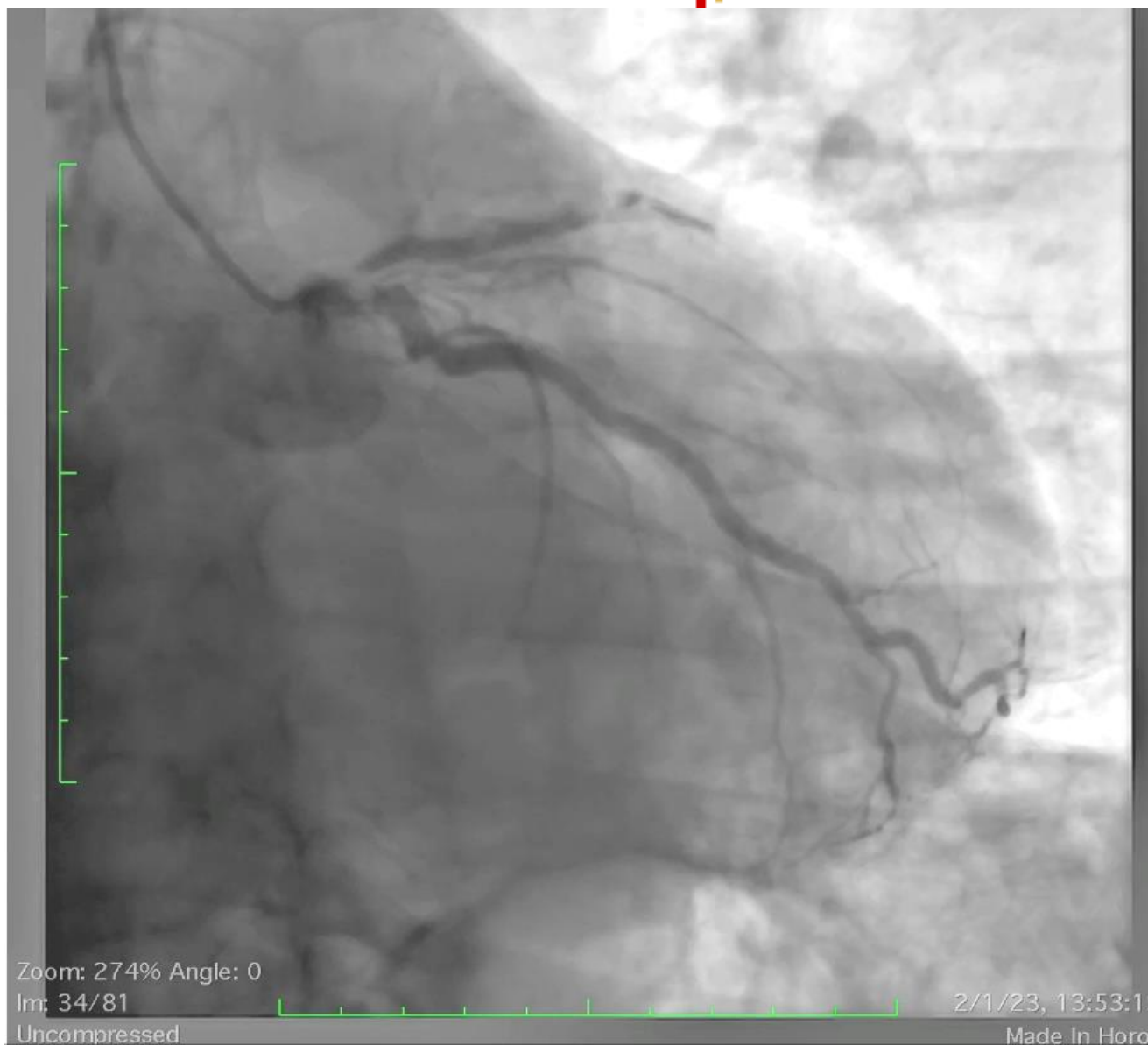
-Tratamiento habitual: Adiro, Nebivolol, Ramipril, Atorvastatina.

-Situación basal: Vida activa y totalmente autónomo



CUADRO ACTUAL

- Dolor precordial opresivo a mínimos esfuerzos, desde hace semanas, que cede con reposo prolongado. Empeoramiento progresivo, presentando último episodio la mañana del ingreso de forma continua de varias horas de evolución.
- TA 150/70 mmHg. FC 60lpm.
- En el ECG se observa un ritmo sinusal 60 lpm, BAV1º y BRIHH con alteraciones secundarias de la repolarización.
- En la analítica no hay insuficiencia renal ni anemia, el NTproBNP es 3.172 pg/mL y la Troponina TUS 420 ng/L.





CATETERISMO

- Dominancia derecha.
- Lesión sub-oclusiva de segmento distal del TCI, severamente calcificado con afectación de ambos ostiums de DA y Cx (1.1.1)
- CD con enfermedad difusa severa sobre todo de DP, ya conocida previamente desde 2012.

CUESTIONES A PLANTEAR

1. ¿Realizar intervencionismo o no?

¿Alguien se plantearía operar al paciente? Disfunción ventricular, una calcificación probablemente irresoluble... ¿Es descabellado?

CUESTIÓN 1

Paciente anciano activo, con buena vida basal + diagnóstico de SCASEST →

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b
Se recomienda emplear para los pacientes de edad avanzada las mismas estrategias diagnósticas que para pacientes más jóvenes ⁴⁵⁸	I	B
Se recomienda emplear para los pacientes de edad avanzada las mismas estrategias intervencionistas que para pacientes más jóvenes ^{463,467}	I	B
La elección del fármaco y la dosis del tratamiento antitrombótico y el tratamiento de prevención secundaria deben adaptarse a la función renal, además de tener en cuenta las contraindicaciones específicas ⁴⁶¹	I	B

©ESC 2020

No se han realizado estudios aleatorizados para comparar la ICP con la CABG en el contexto específico de los SCASEST

A favor Qx

- Disfunción moderada
- EuroSCORE II
- Anatomía compleja

A favor de ICP

- No DM
- Edad
- Previsión de revascularización completa



CUESTIONES A PLANTEAR

1. ¿Realizar intervencionismo o no? ¿Alguien se plantearía operar al paciente? Disfunción ventricular, una calcificación probablemente irresoluble... ¿Es descabellado?
2. ¿Soporte hemodinámico? En una ecoscopia rápida la disfunción es moderada. Si lo planteáramos, ¿qué tipo?

CUESTIÓN 2

Disfunción moderada + lesión severa TCI → Realizar ICP con posibilidad de soporte hemodinámico

¿Cuál? → Disponibilidad del centro
Valorar acceso femoral con angiografía

¿Qué se hizo? → Balón de contrapulsación en St-By conectado sin insertar y NA conectada por si acaso → No se precisó, TA en torno a 150mmHg durante todo el procedimiento

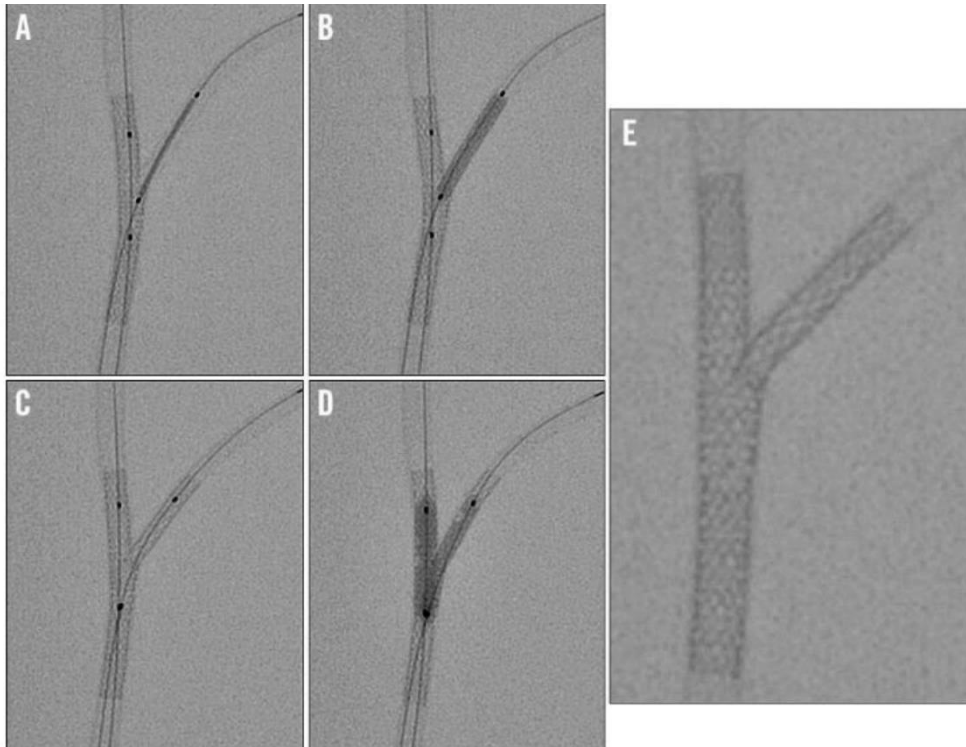
CUESTIONES A PLANTEAR

1. ¿Realizar intervencionismo o no? ¿Alguien se plantearía operar al paciente? Disfunción ventricular, una calcificación probablemente irresoluble... ¿Es descabellado?
2. ¿Soporte hemodinámico? En una ecoscopia rápida la disfunción es moderada. Si lo planteáramos, ¿qué tipo?
3. ¿Qué técnica de stent utilizaríais? ¿Uno, dos?

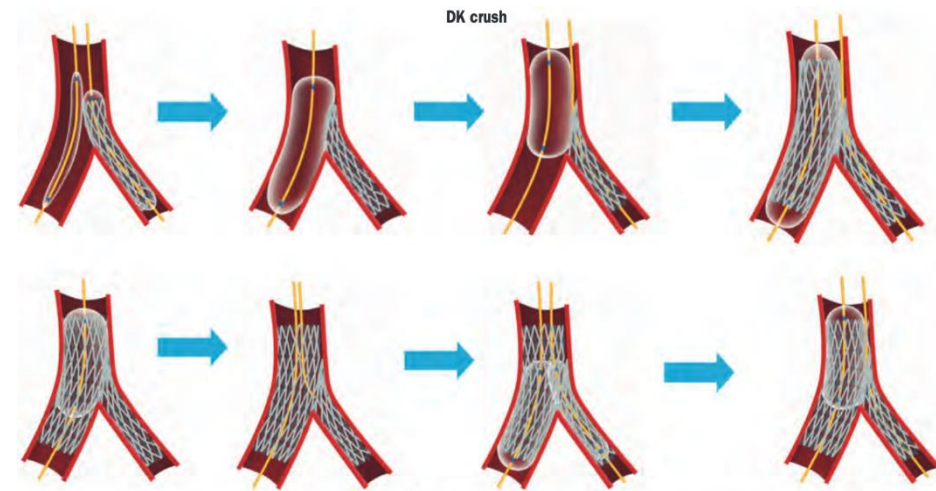
CUESTIÓN 3

Técnica compleja o de 2 stents:

T/TAP



DK crush



CUESTIONES A PLANTEAR

1. ¿Realizar intervencionismo o no? ¿Alguien se plantearía operar al paciente? Disfunción ventricular, una calcificación probablemente irresoluble... ¿Es descabellado?
2. ¿Soporte hemodinámico? En una ecoscopia rápida la disfunción es moderada. Si lo planteáramos, ¿qué tipo?
3. ¿Qué técnica de stent utilizaríais? ¿Uno, dos?
4. ¿IVUS? ¿OCT? Nada?

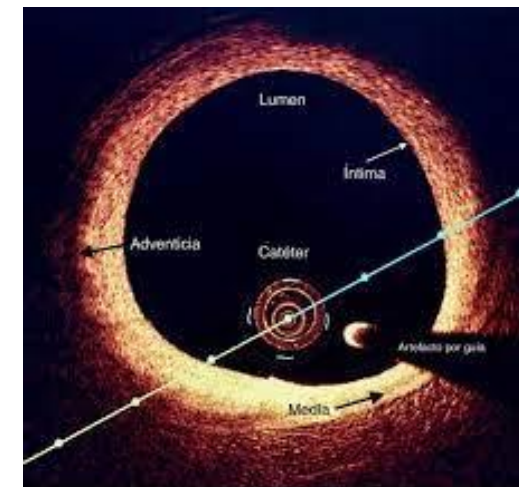
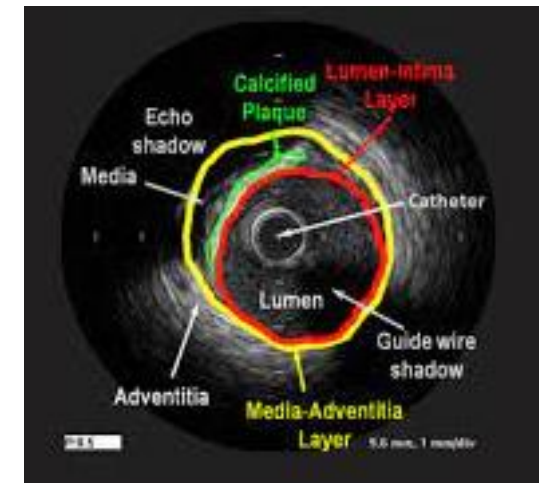
CUESTIÓN 4

IVUS:

- Anatomía bifurcación
- Mecanismos de lesión del vaso secundario
- Resultado final

OCT:

- Estudio anatómico
- Mejor discriminación de estructuras
- Menor penetración: cuantifica peor la carga de placa
- Muy útil para detectar infra expansión y aposición



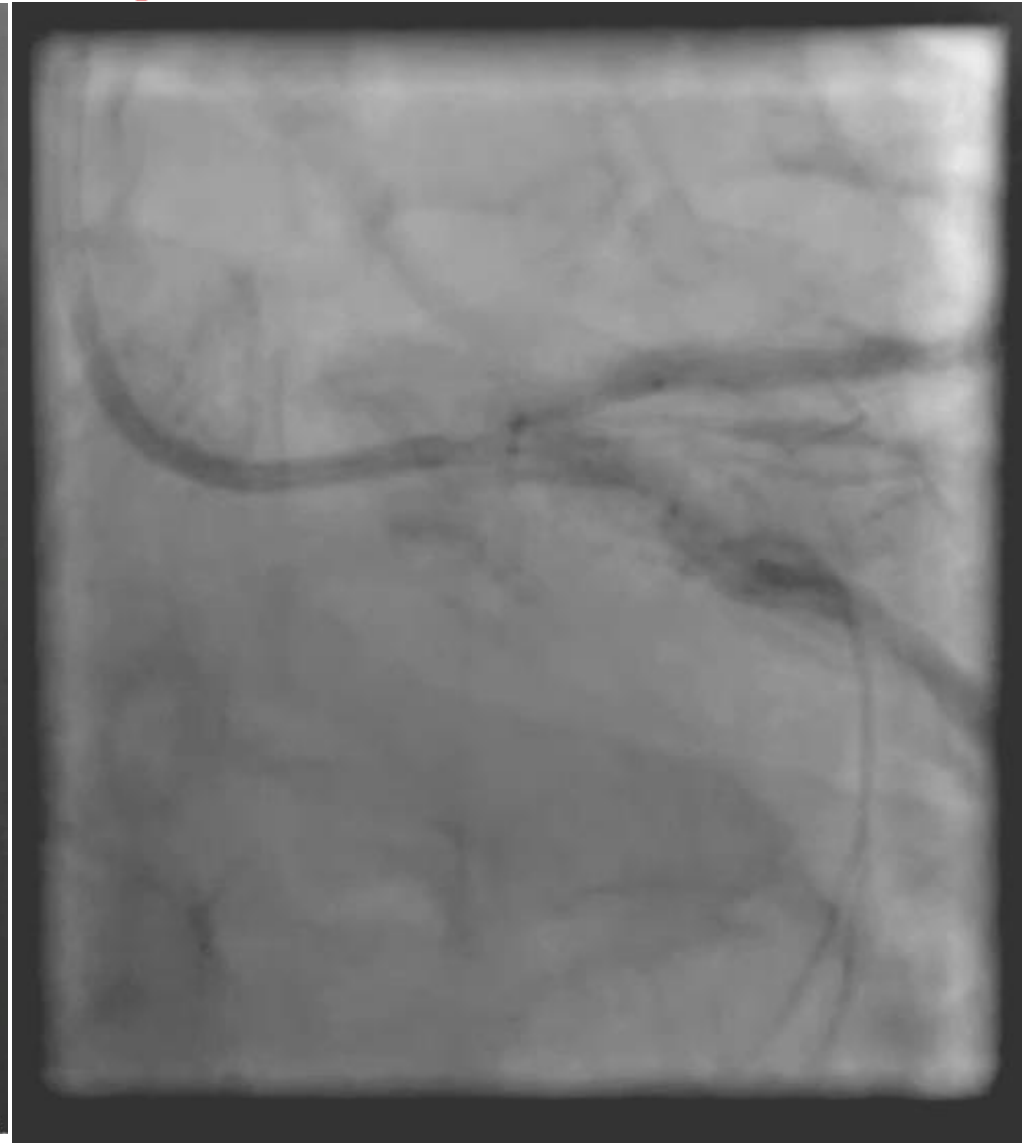
CUESTIONES A PLANTEAR

1. ¿Realizar intervencionismo o no? ¿Alguien se plantearía operar al paciente? Disfunción ventricular, una calcificación probablemente irresoluble... ¿Es descabellado?
2. ¿Soporte hemodinámico? En una ecoscopia rápida la disfunción es moderada. Si lo planteáramos, ¿qué tipo?
3. ¿Qué técnica de stent utilizaríais? ¿Uno, dos?
4. ¿IVUS? ¿OCT? Nada?
5. Con 86 años y esta anatomía, qué segundo antiagregante administraríamos? ¿Y después?

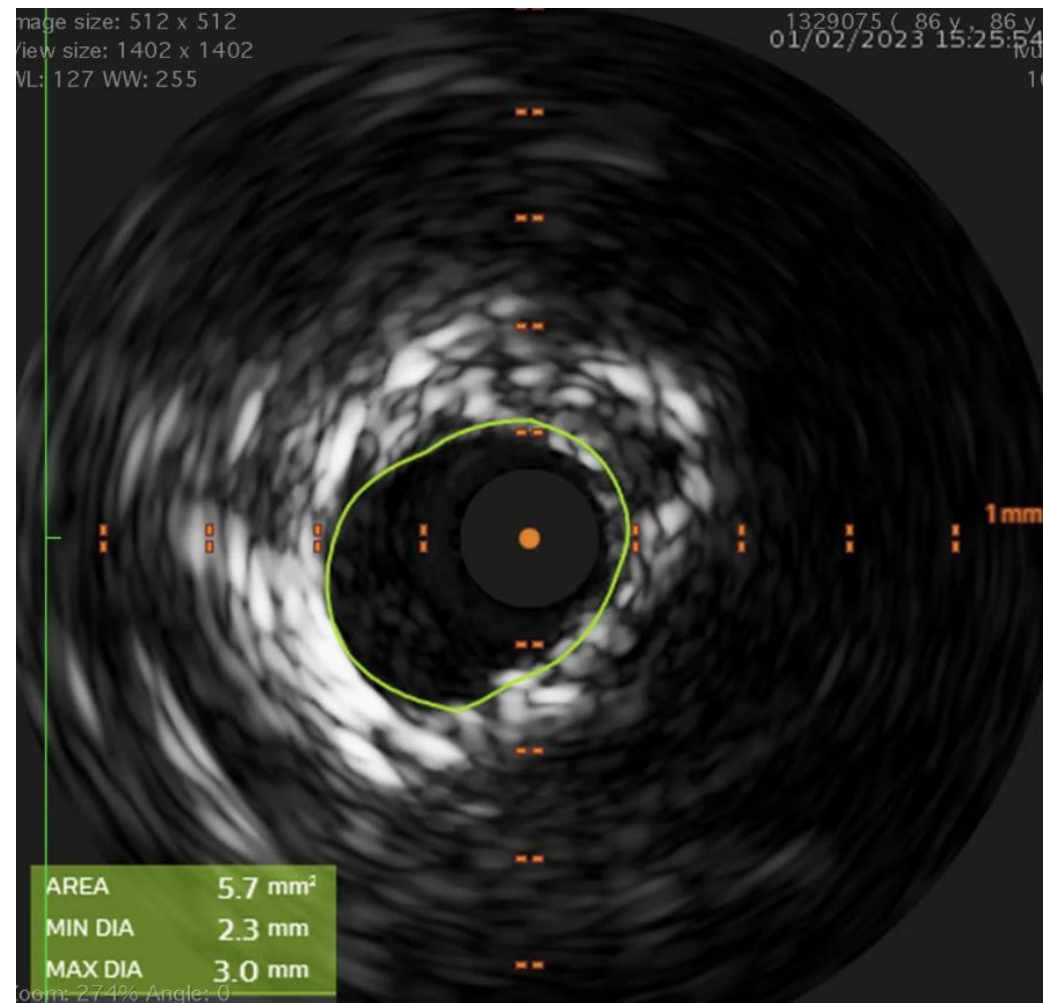
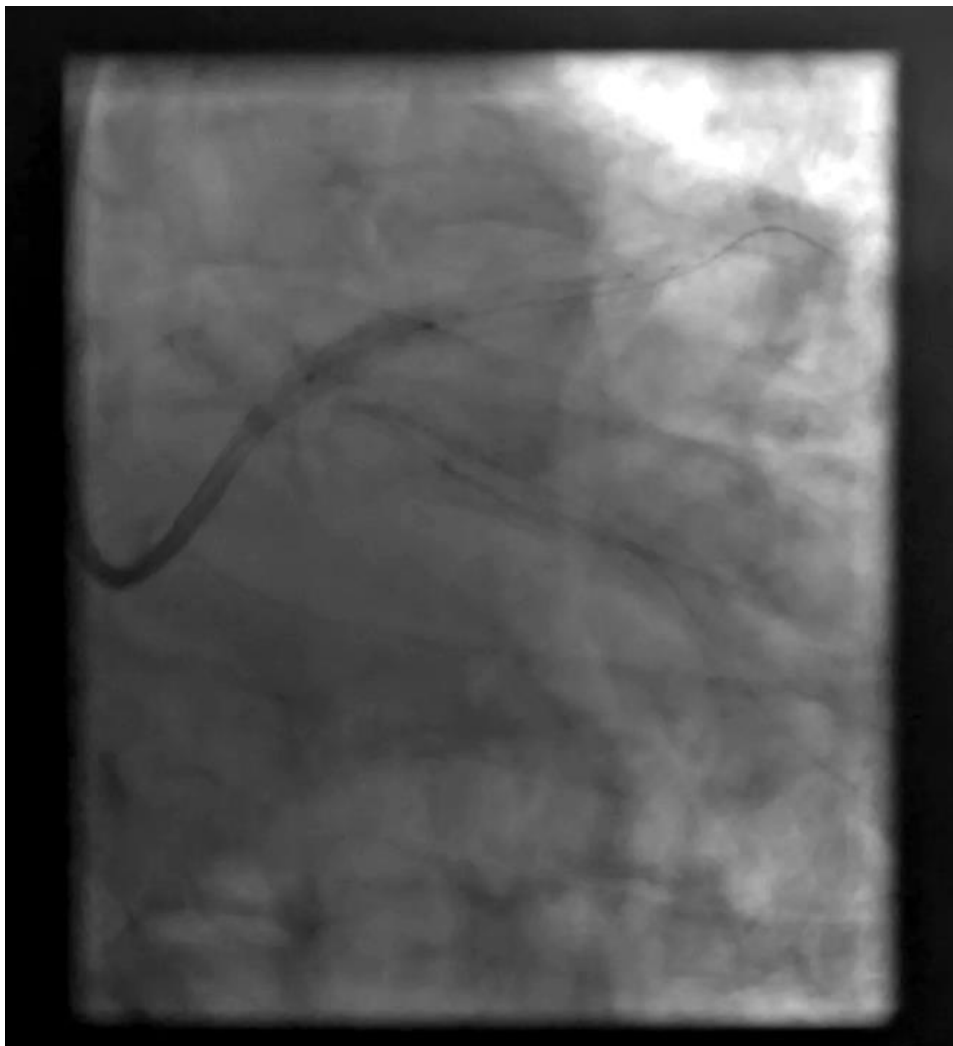
RESOLUCIÓN DEL CASO

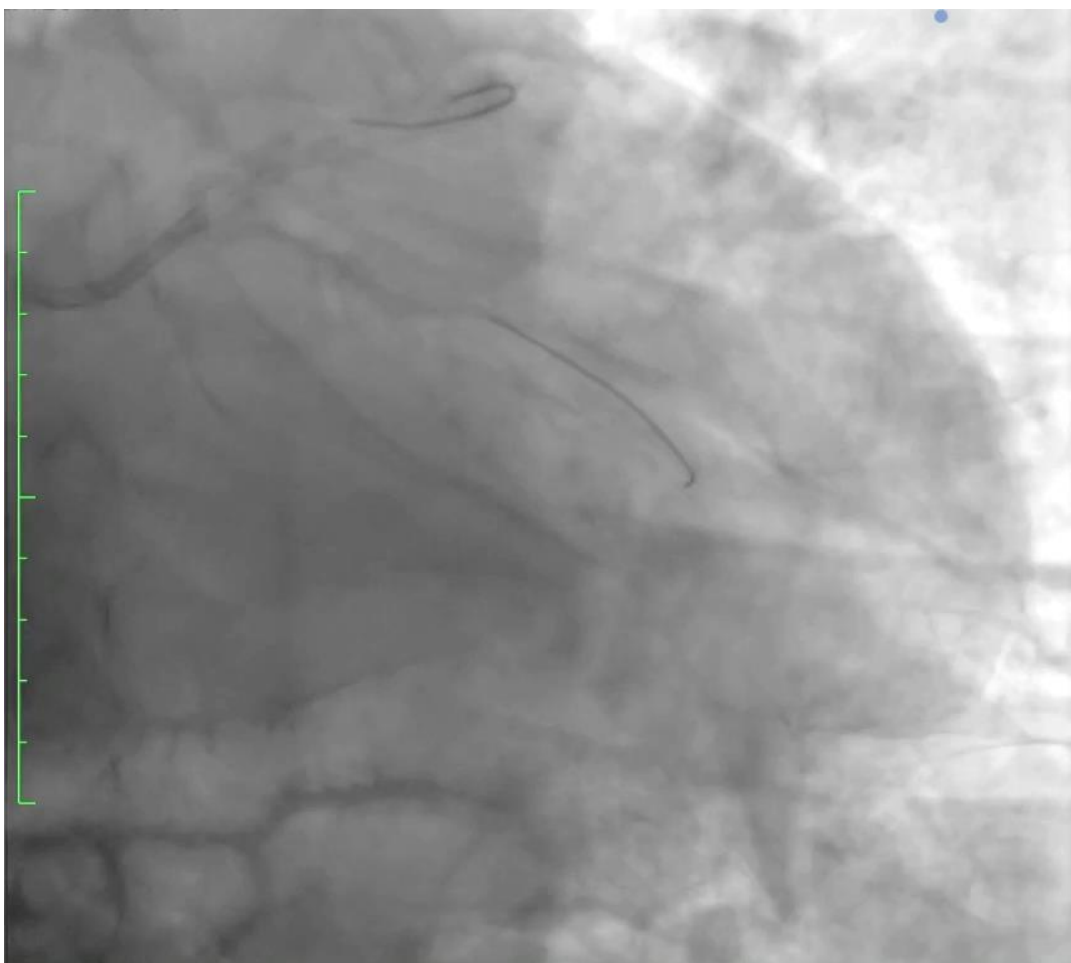












MLA TCI: 25,7mm² - DA 5,7mm² – Cx 9,6mm²

Buen flujo distal

EVOLUCIÓN

La evolución del paciente fue favorable intrahospitalariamente.
Se incluyó en el ensayo clínico Angeline.
Fue dado de alta en tratamiento con AAS y Clopidogrel sin incidencias

Brief Summary:

To assess if an angiographic follow-up at 6 months after Percutaneous Coronary Intervention in Left Main Coronary Artery Disease decrease the composite objective of death, myocardial infarction, and stroke at 36 months.

Condition or disease ⓘ	Intervention/treatment ⓘ	Phase ⓘ
Coronary Occlusion	Other: Angiography and Clinical Follow up	Not Applicable
Left Main Coronary Artery Disease	Other: Clinical Follow up	
Coronary Artery Stenosis		
Coronary Disease		
Coronary Artery Disease		

MUCHAS
Gracias!

