

Estenosis severamente calcificada

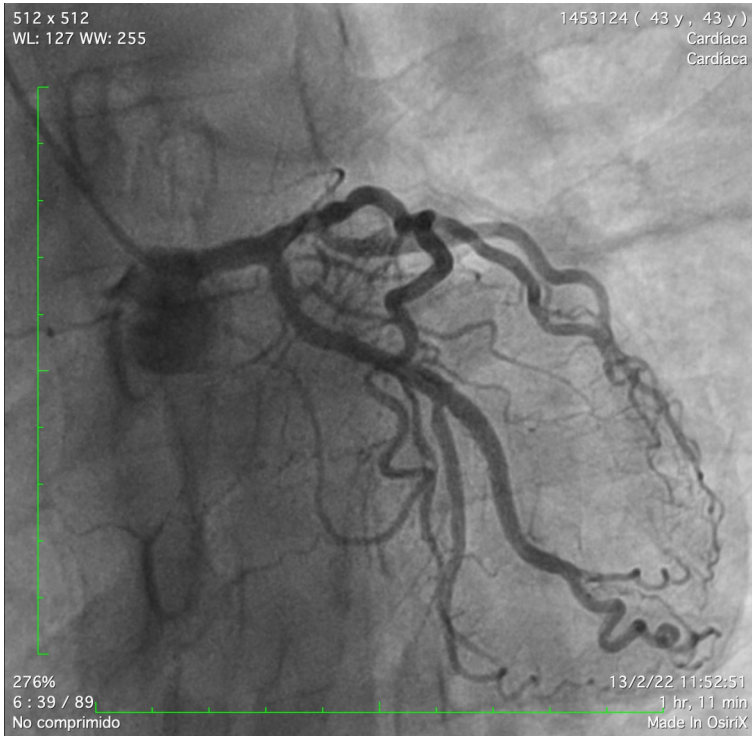
Shock Wave, Help me!

Mónica Fuertes Barahona
Hemodinámica y cardiología intervencionista
Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona

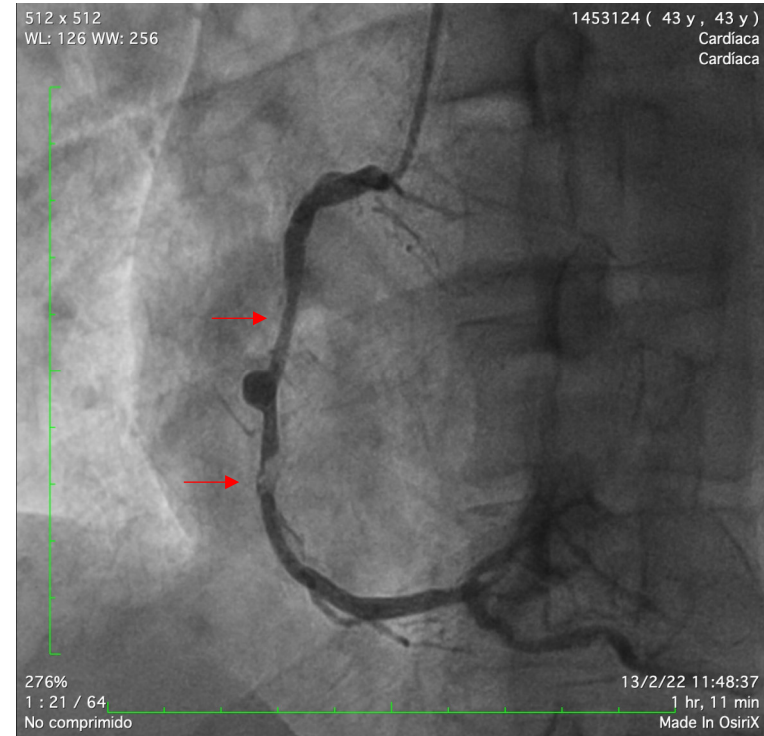
Caso clínico

- Varón de 43 años
- Hipertensión arterial
- Enfermedad de Takayasu diagnosticada a los 20 años con severa afectación vascular y oclusión de la arteria aorta abdominal.
 - 1999 bypass axilofemoral bilateral urgente por isquemia aguda EEII.
 - 2000 bypass dacron aorta torácica + bypass de VS aorto renal derecho + reimplante arteria renal derecha.
 - 2000 bypass de VS a mesentérica superior por trombosis arteria mesentérica superior.
 - 2011 cirugía de pseudoaneurismas anastomóticos femorales bilaterales con resección de pseudoaneurisma de arteria femoral común izquierda.
- Ingreso por SCACEST inferior.

Angioplastia primaria

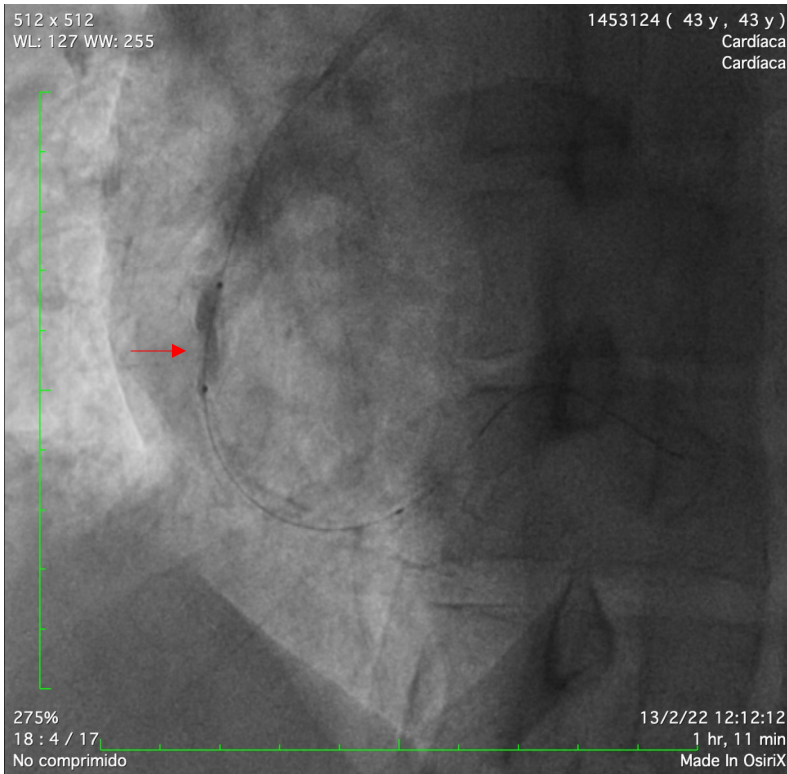


Árbol coronario izquierdo, severamente calcificado sin lesiones angiográficas significativas



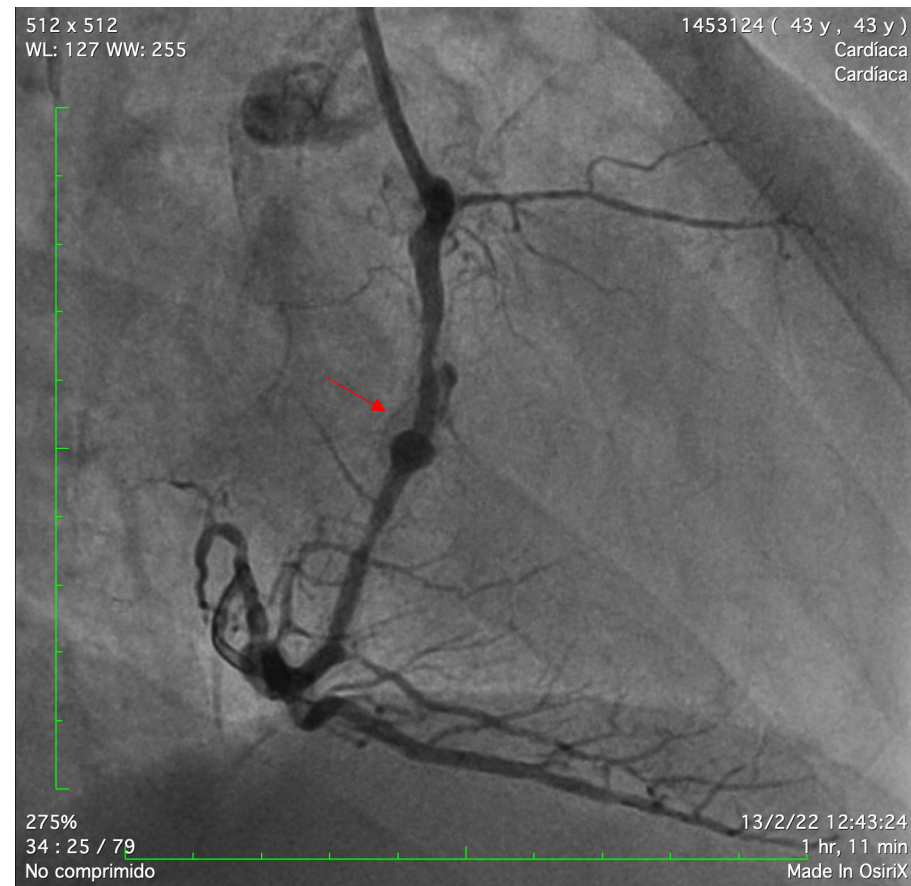
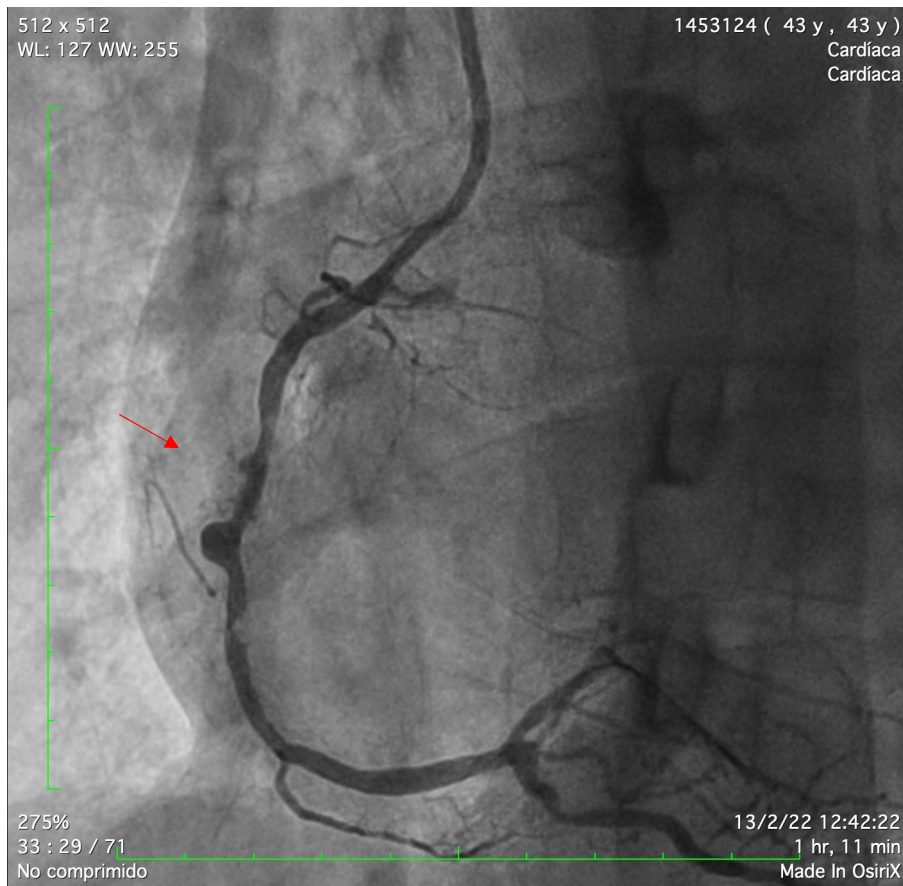
CD dominante, severamente calcificada y tortuosa. Estenosis proximal calcificada del 50% seguida de un aneurisma calcificado. Estenosis crítica medio-distal con flujo anterógrado TIMI 2. Descendente posterior con estenosis moderada del 60%

Acceso radial derecho 6F. Catéter guía AR2 6F.



Se realiza predilatación SC 2.5 y balón NC 3mm en la lesión culpable de CD media con aceptable expansión, logrando flujo TIMI 3 distal. Dilatación estenosis medial con balón NC 3mm a 24 atm con clara muesca del balón que no cede.

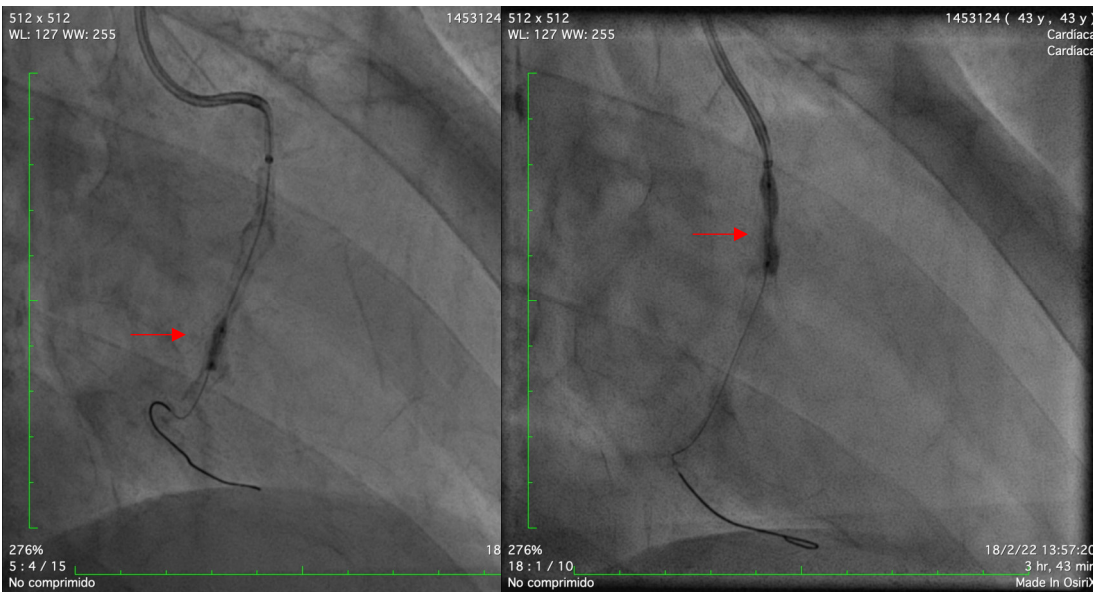
Se decide realizar litoplastia coronaria con balón ShockWave 3.5x12mm sin poder cruzar la lesión, ni con ayuda de extensor de catéter guía Guideliner.



En angiografía de control se objetiva disección/rotura contenida del vaso en CD media.
El paciente queda asintomático, estable hemodinámicamente y con flujo TIMI 3 distal.
Se decide diferir la angioplastia en un segundo tiempo

Angioplastia en segundo tiempo a CD

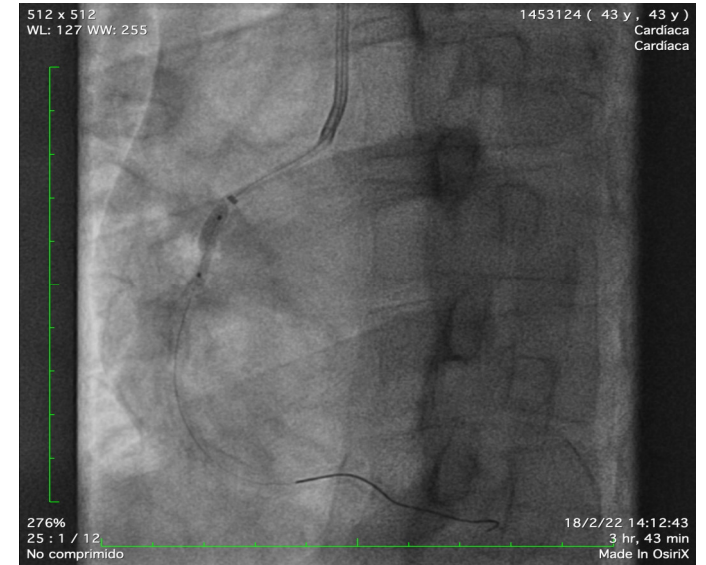
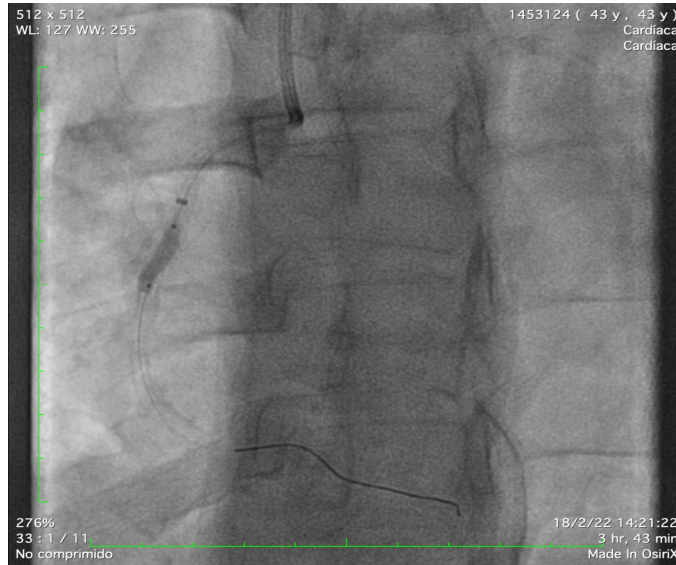
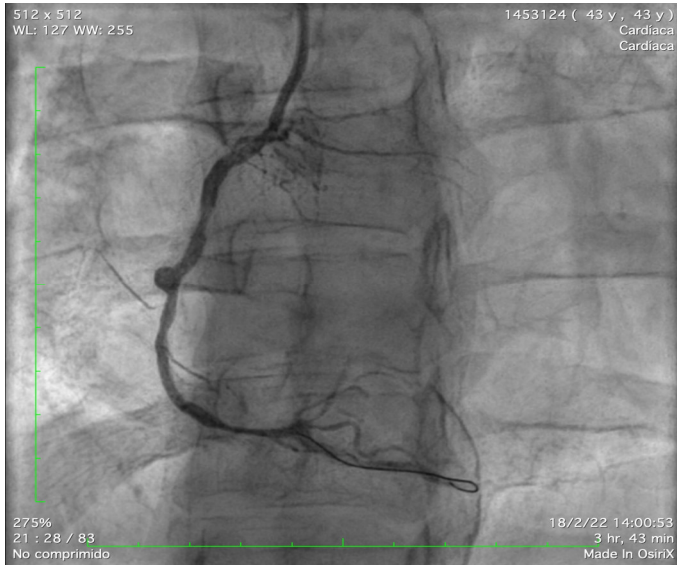
Acceso radial derecho 6F. Catéter guía AL 0.75 6F con buen soporte y coaxialidad. Se posiciona guía intracoronaria BHW distal



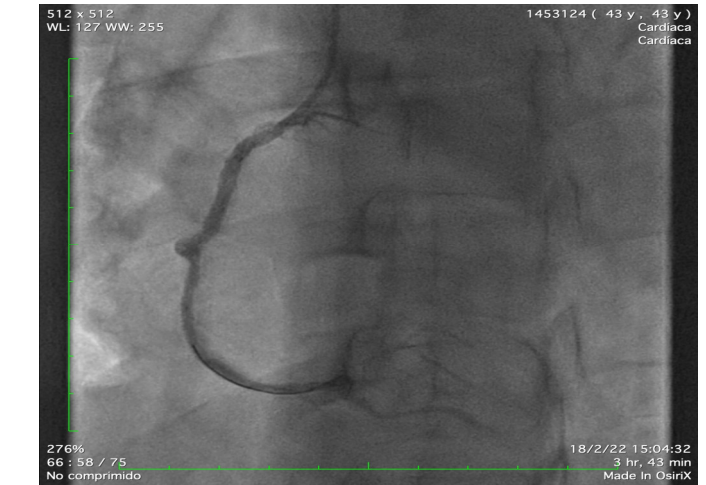
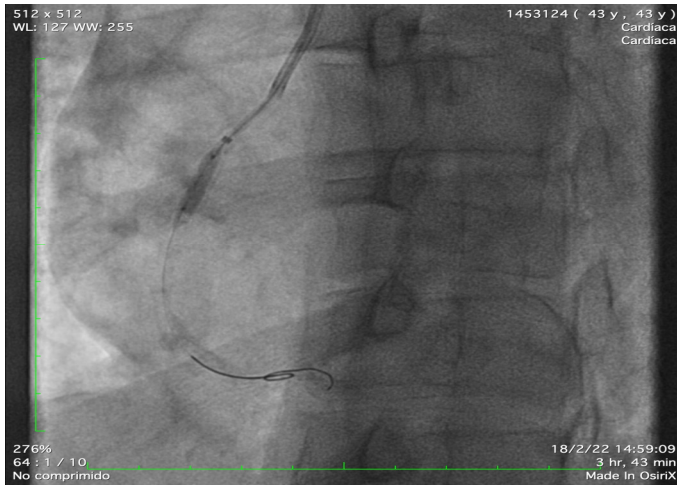
Predilatación de las lesiones proximal y media con balón de corte de 2.5mm y balón NC 3mm a alta presión con muesca del balón que no cede.



Imagen coronaria en CD proximal sugestiva de rotura contenida ELLIS 2, decidiendo implante de stent recubierto Papyrus 3x15mm a 12atm.



Resultado angiografico tras implante Papyrus, con sellado de la perforación. Postdilatación con OPN 2.5 y 3mm a 30 atm a nivel del Papyrus con buena expansión pero infraexpansión a nivel de la estenosis severamente calcificada proximal.



Se realiza litoplastia con balón ShockWave 3x12mm a 30 pulsos con buena expansión del balón y rotura del calcio de la lesión proximal

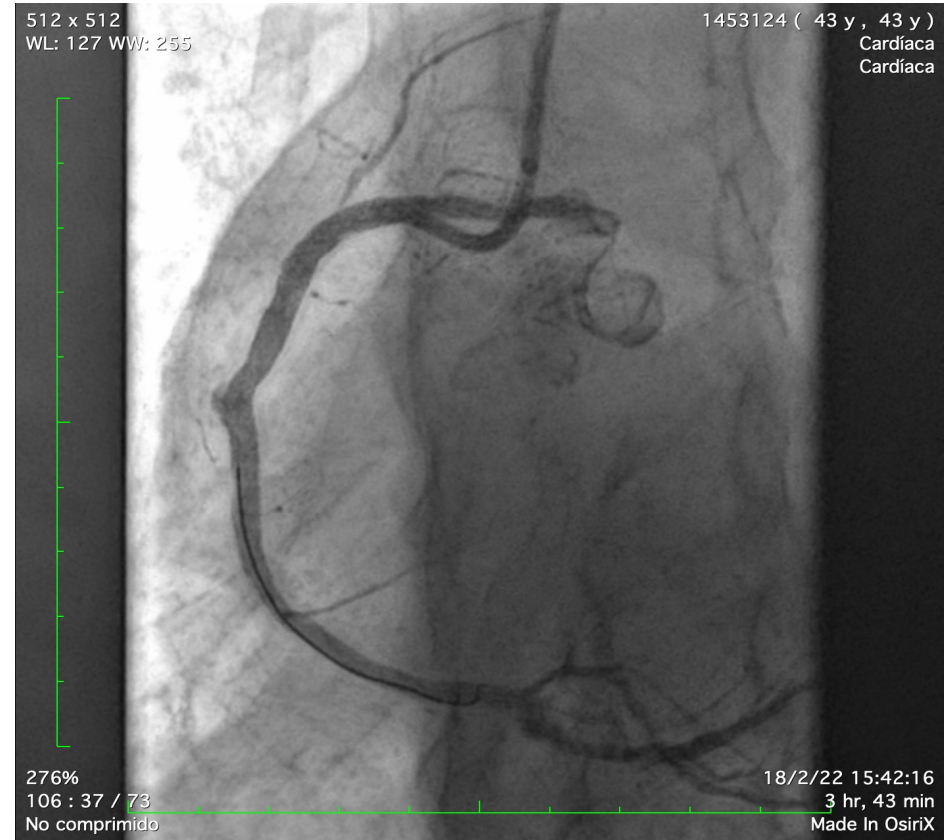


Implante stent farmacoactivo, proximal y solapado al stent Papyrus, 3x30mm a 16 atm.
Postdilatación con balón NC 3.5mm a alta presión con buena expansión

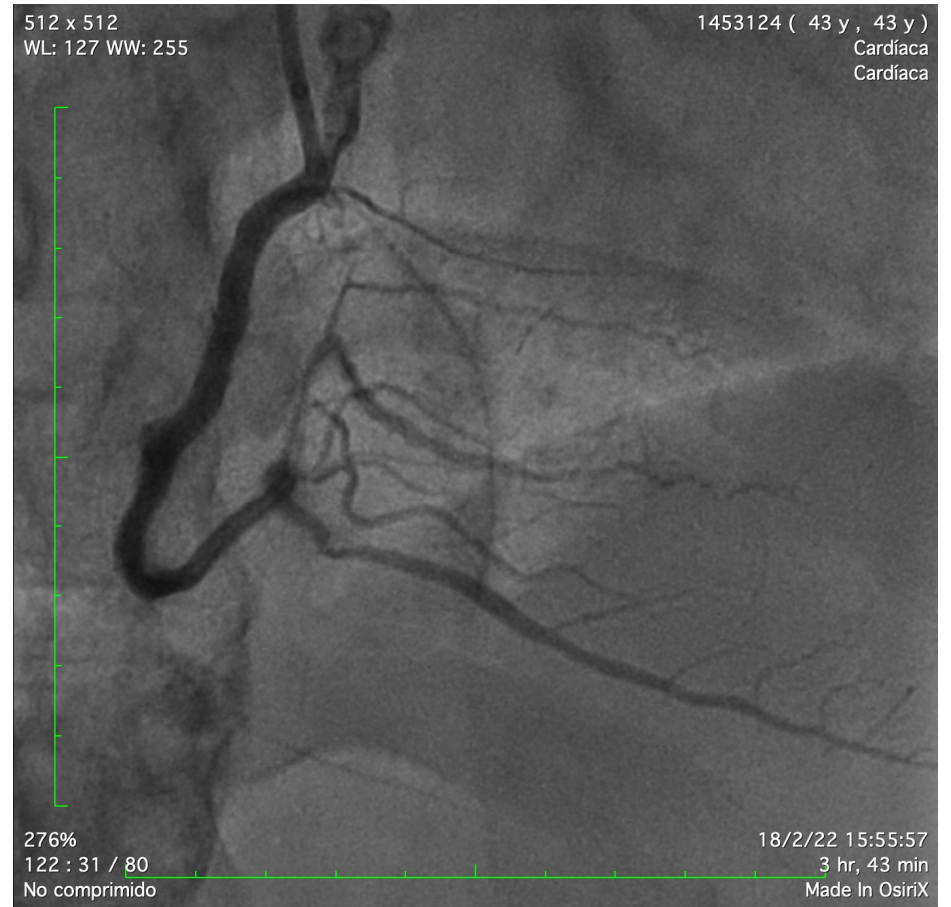
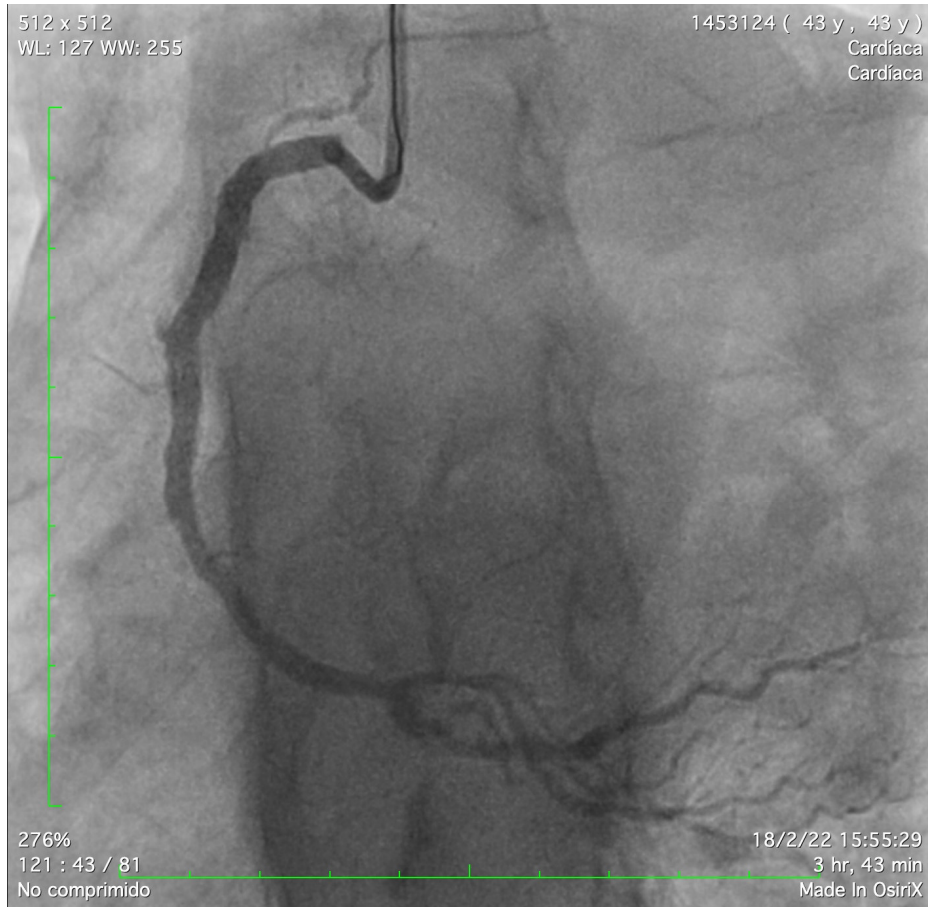
Tratamiento percutáneo de la estenosis mas distal del segmento medio-distal del vaso con balón ShockWave 3x12mm a 30 pulsos con buena expansión del balón.



Resultado angiográfico post-litoplastia de la estenosis medio-distal



Implante stent farmacoactivo, solapado al previo, de 3x38mm a 14atm. Postdilatación de todos los stents con balón NC 3.5mm a 20 atm.



Buen resultado angiográfico final