

Evolución infrecuente de placa no significativa tras cirugía valvular

David Tejada Ponce
HGU Castellón

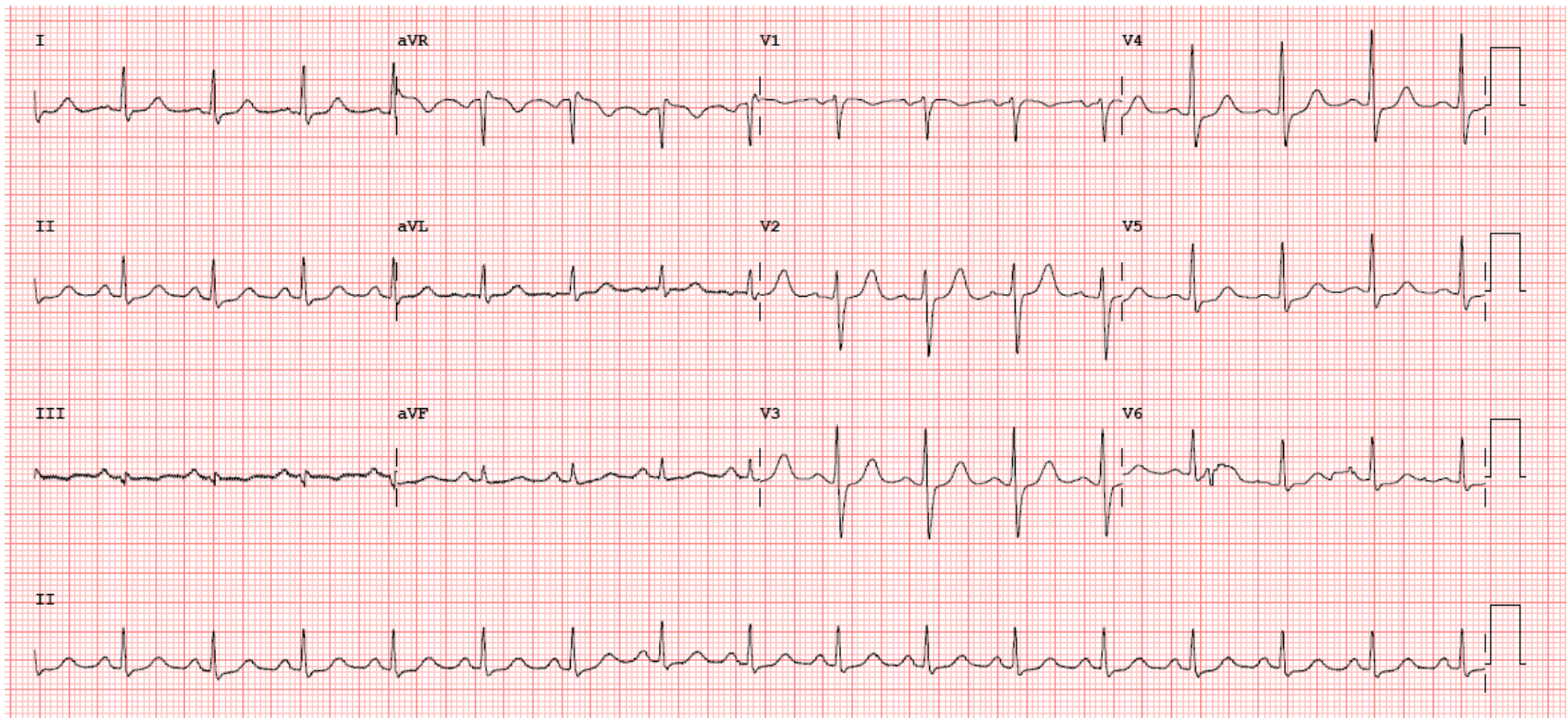
- Varón de 63 años.
- No Alergias. FRCV: HTA. Ex tabaquismo
- Ausencia de otros antecedentes significativos.
- **Historia Cardiológica:**
 - - Disnea de esfuerzo NYHA II-III/IV
 - - Valvulopatía reumática mitroaórtica con estenosis aórtica moderada-severa y doble lesión mitral: estenosis moderada con AVM 1.2 cm² e insuficiencia significativa. Buena función sistólica de ambos ventrículos. HTP ligera. Ritmo sinusal.
 - - Se indica cirugía de recambio valvular.

- El estudio pre CCV no muestra hallazgos significativos.
- Se realiza coronariografía:
 - Dominancia izquierda.
 - Coronaria izquierda ateromatosa sin estenosis angiográficas.
 - Coronaria derecha hipodesarrollada con estenosis del 40-50% a nivel ostial.

Se realiza CCV con sustitución de válvulas mitral y aórtica por sendas prótesis mecánicas. Ante los hallazgos en la coronariografía no se considera indicado actuar sobre el árbol coronario (lesión no severa en CD muy poco desarrollada)

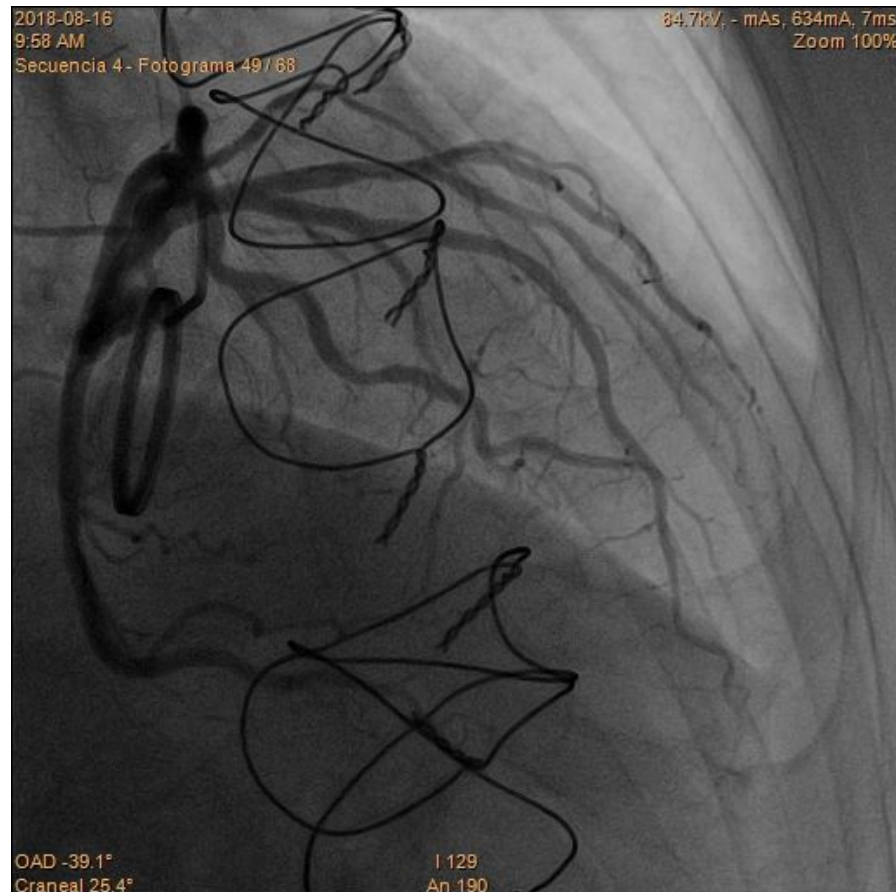
- Tres meses después de la CCV, con INR en rango, el paciente presenta un episodio de dolor torácico intenso en domicilio con síncope aparatoso que motiva inicio de RCP por parte de atención primaria. A la llegada del SAMU el paciente se encuentra consciente, hipotenso (TA 89/54 mmHg, FC: 90 lpm) y con dolor torácico de caracterología anginosa.

- En puerta de urgencias se realiza ECG y Ecocardiograma que descarta complicación protésica. Se acepta realización de Coronariografía urgente tras comprobar mínima elevación del ST en III sin acompañarse de imagen de ascenso en II y aVF:



- La coronariografía muestra:

- Placa ostial de CD rota con estenosis crítica de CD de escaso calibre con caída de la presión arterial a la intubación.
- Coronaria izquierda ateromatosa sin estenosis significativas



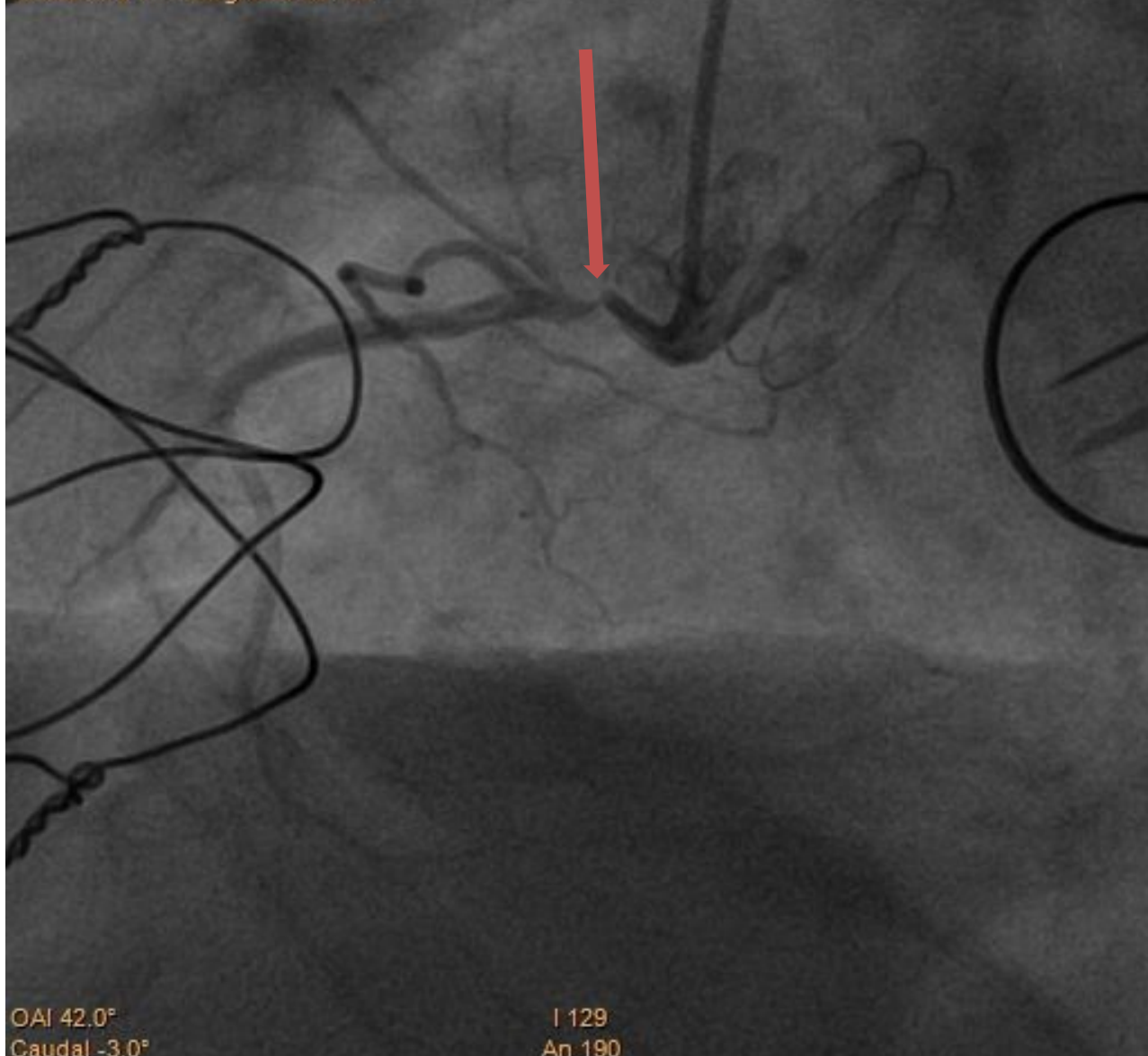
2018-08-16

10:00 AM

Secuencia 7 - Fotograma 28 / 65

81.1kV, - mAs, 662mA, 7ms

Zoom 138%

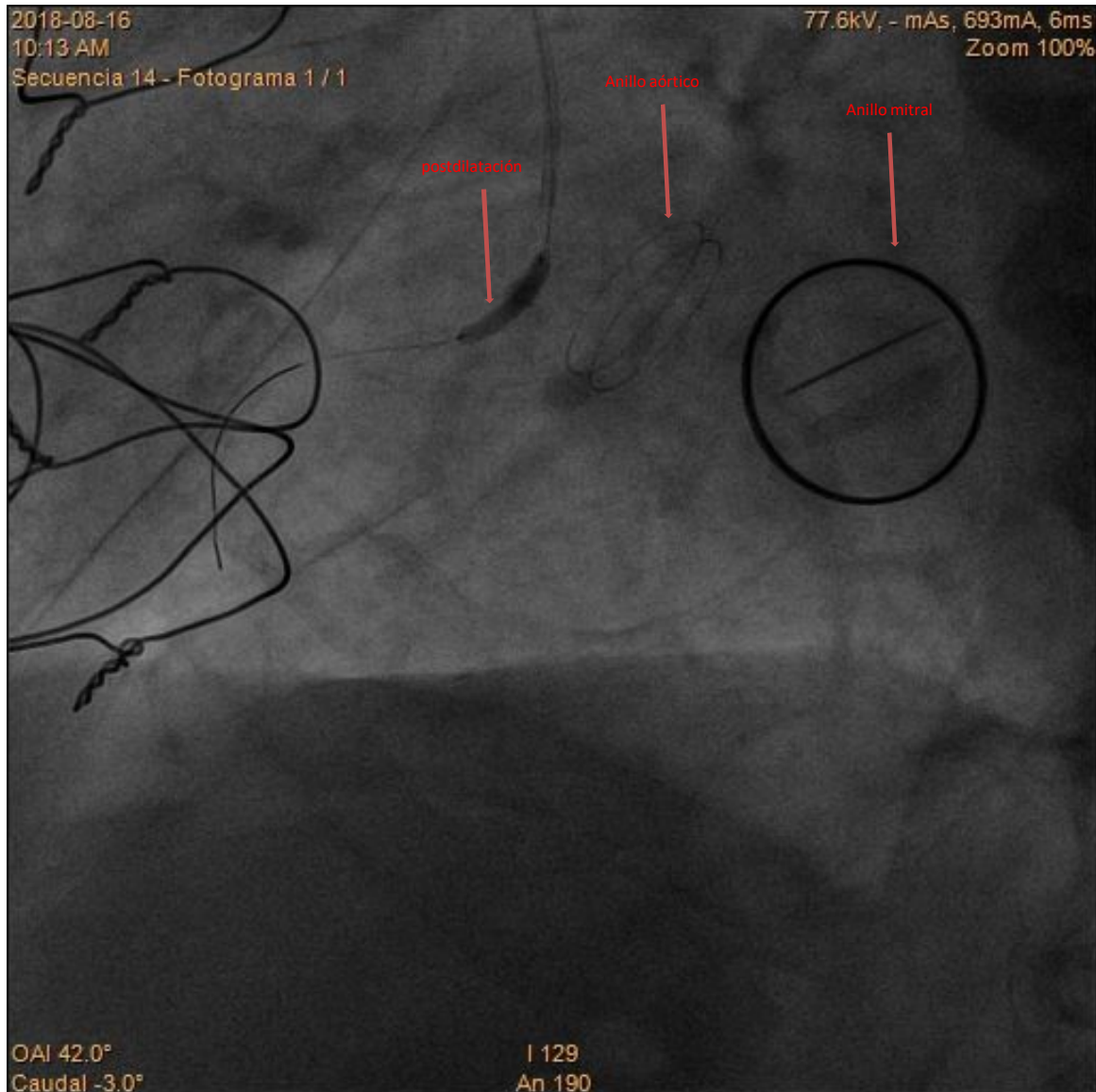


OAI 42.0°
Caudal -3.0°

I 129
An 190

- Ante la inestabilidad del paciente se opta por ICP a CD ostial. Catéter guía JR 4 5F. Guía Sion a CD distal.
- Se trata de un paciente “muy” anticoagulado con Acenocumarol por doble prótesis mecánica valvular que requiere un stent “pequeño” (2,25 mm de diámetro). Alto riesgo de sangrado y de RIS.
- Se decide implantar un stent farmacoactivo sin polímero Biofreedom 2.25 x 14 mm y limitar la antiagregación doble a 4 semanas únicamente.

Implantación directa del stent a 8 atm y postdilatación protruyendo en aorta hasta 12 atm.



Resultado final. Sin repercusión hemodinámica a la intubación



- Resumen y conclusiones:
 - Caso clínicamente atípico con ruptura de placa estable tras CCV en paciente con anticoagulación en rango. IMA inferior en dominancia izquierda con CD como culpable: poca expresividad eléctrica.
 - Necesidad de stent pequeño con alta probabilidad de RIS en caso de implantación de stent convencional.
 - Alto riesgo de sangrado por triple terapia agresiva: doble antiagregación + anticoagulación por prótesis mitral y aórtica.
 - El uso del stent farmacoactivo sin polímero *Biofreedom* permite reducir el riesgo de RIS a la par que posibilita la interrupción temprana de la doble antiagregación en este paciente con IMA y alto riesgo de sangrado.