



Hospital Universitario
Miguel Servet

salud
servicio aragonés
de salud



Implante de un stent autoexpandible en oclusión crónica de Circunfleja.

Dra. Esther Sánchez Insa.

Hemodinámica y Cardiología Intervencionista.
H. U. Miguel Servet



Caso clínico

Paciente de 54 años de edad, sin alergias y con antecedentes de HTA, dislipemia, exfumador. Intervenido de Apendicectomía y amigdalectomía.

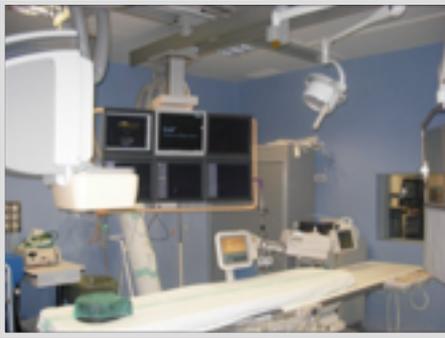
Antecedentes cardiológicos.

Angina de esfuerzo de un año de evolución, progresiva en últimos meses. En revisión cardiológica ambulatoria se solicita ecocardiograma de estrés en el que se evidencia buena capacidad funcional (11 METs), ausencia de alteraciones electricas y con ecocardiograma normal en situación basal pero con aparición de hipoquinesia de segmentos medios y apicales del septo posterior, pared inferior y posterior en el postesfuerzo.



Laboratorio de
hemodinamica



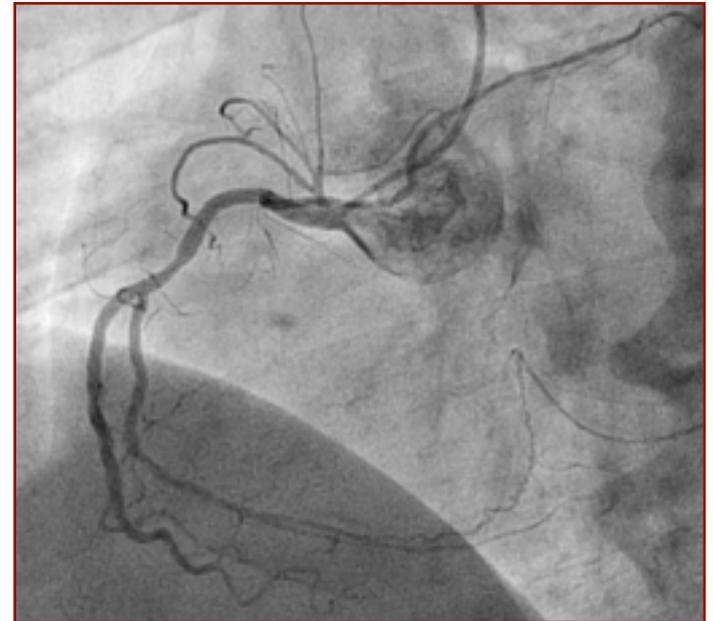
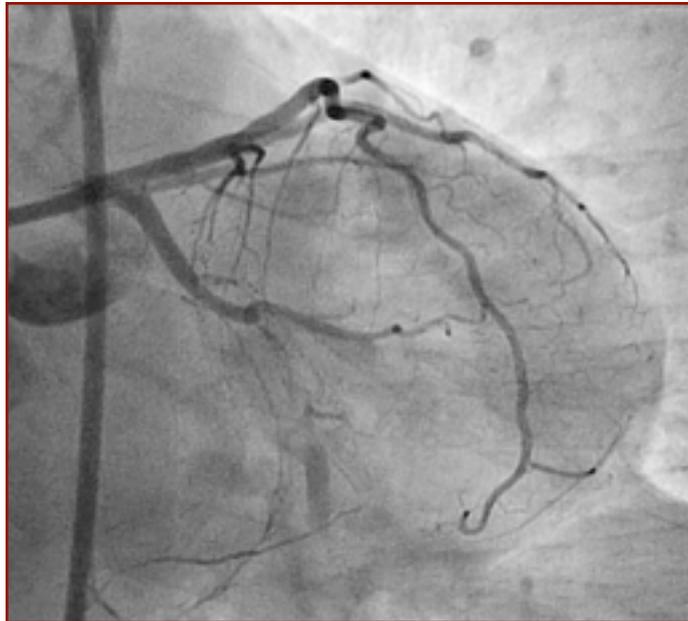


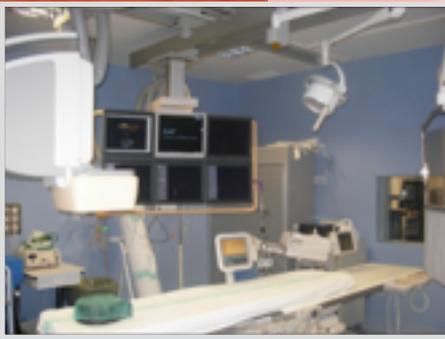
Coronariografía

Dominancia izquierda.

Cardiopatía isquémica. Enfermedad de un vaso (CX).

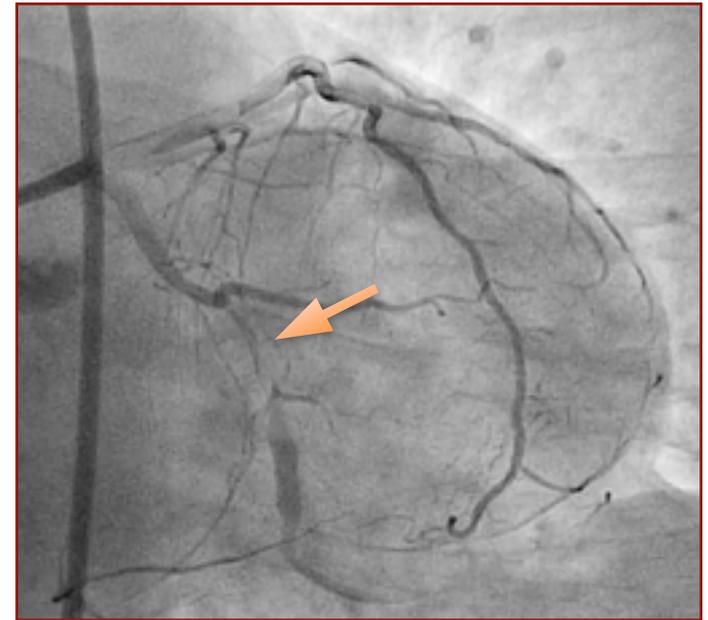
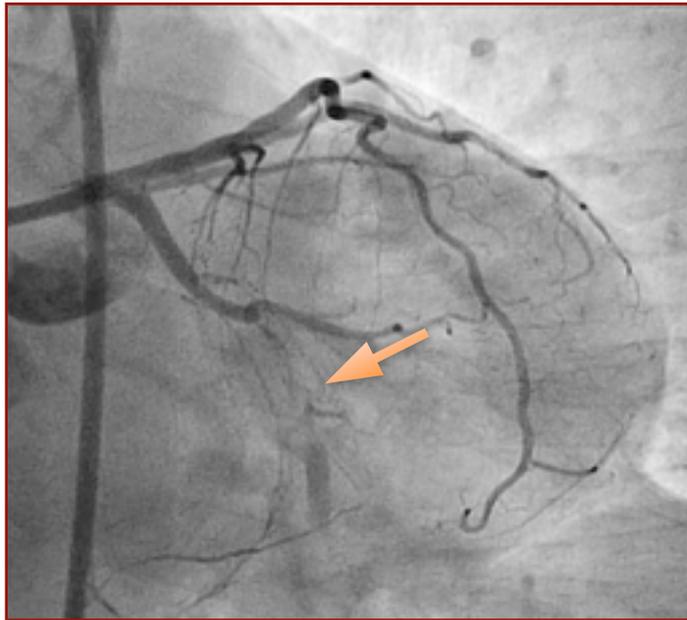
- Tronco común izquierdo: sin lesiones.
- Descendente anterior: buen desarrollo, sin estenosis.
- Coronaria derecha: escaso desarrollo, estenosis ligera en tercio medio, resto sin estenosis.

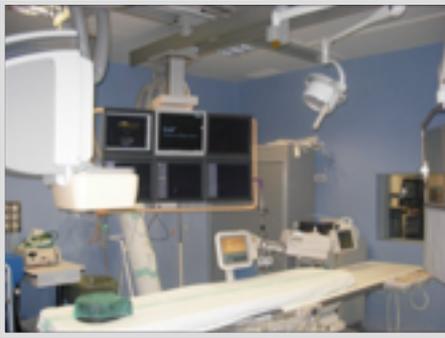




Coronariografía

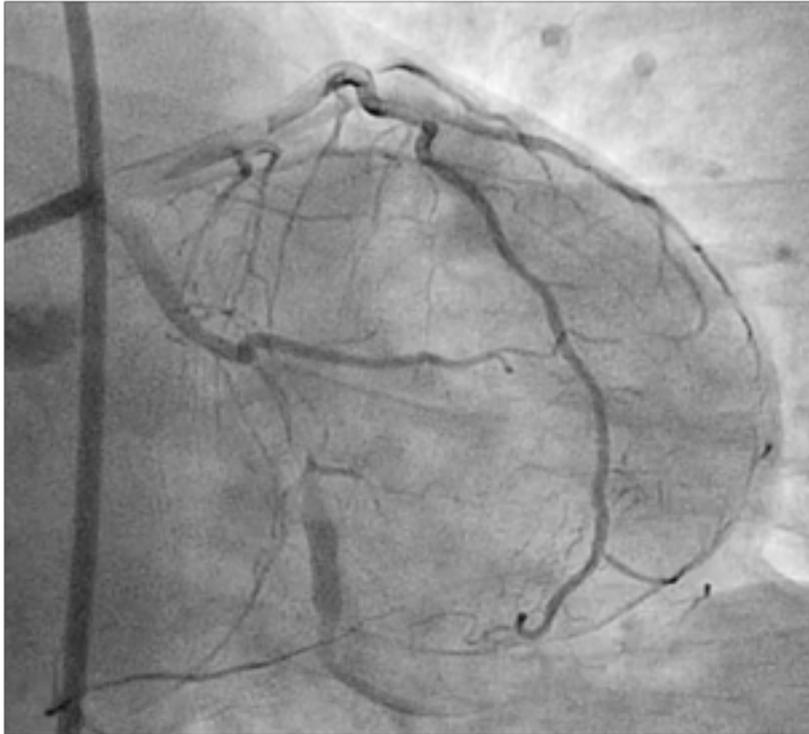
Circunfleja (CX): oclusión crónica (OCT) en tercio medio tras salida de rama Marginal de moderada entidad sin lesiones. La OCT abarca el tercio medio con lecho distal de gran calibre con tendencia aneurismática previa a la bifurcación de rama Marginal baja de buen calibre y rama Descendente Posterior (DP). DP y Marginal baja de buen calibre y sin lesiones, rellenos desde circulación homocoronaria y escasamente desde Coronaria derecha





ICP fallida sin complicaciones.

Se realiza intento de ICP sobre OCT de CX-Marginal baja-DP. Se llega con guía Fielder XT apoyada en microcateter FineCross hasta zona media-distal de OCT y canalizando una pequeña rama lateral pero sin conseguir alcanzar lecho distal de DP o de MO baja, por lo que se da por finalizado el procedimiento. Buen flujo distal de todos los vasos. ICP fallida, sin complicaciones.



Se programa un nuevo intento de ICP sobre OCT por vía femoral pasado un tiempo.



ICP sobre OCT de CX.

Dos meses más tarde ingresa forma programada para realización de segundo intento de ICP sobre OCT de CX.

Clínica: Persiste clínica de ángor de esfuerzo, estable, desde el alta previa. Sin datos de Insuficiencia cardiaca.

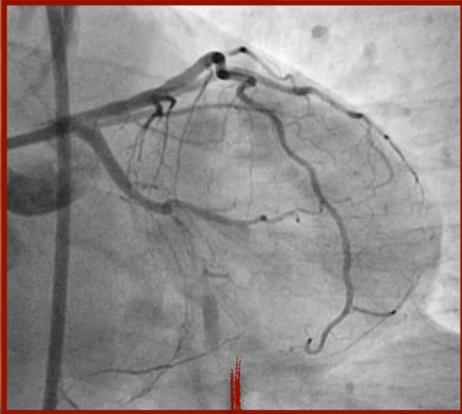
Exploración Física: TA 105/64 mmHg. Saturación O₂ basal 98%. No datos de IC.

Exploraciones Complementarias:

- **Analítica:** Bioquímica: glucosa 122, creatinina 0.95, urea 41, Na 141, k 4.3. Hemograma 9.300 leucocitos con 54% neutrofilos, Hb 14.3, Hto 44%, 329.000 plaquetas. Coagulación normal.
- **ECG:** Bradicardia sinusal a 59 lpm, rectificación ST en cara inferolateral.
- **Ecocardiograma:** sin alteraciones; con VI de dimensión normal, FEVI 65% y sin alteraciones sementarais de la contractilidad.



Intervencionismo Coronario Percutáneo sobre OCT CX-Marginal baja-DP.



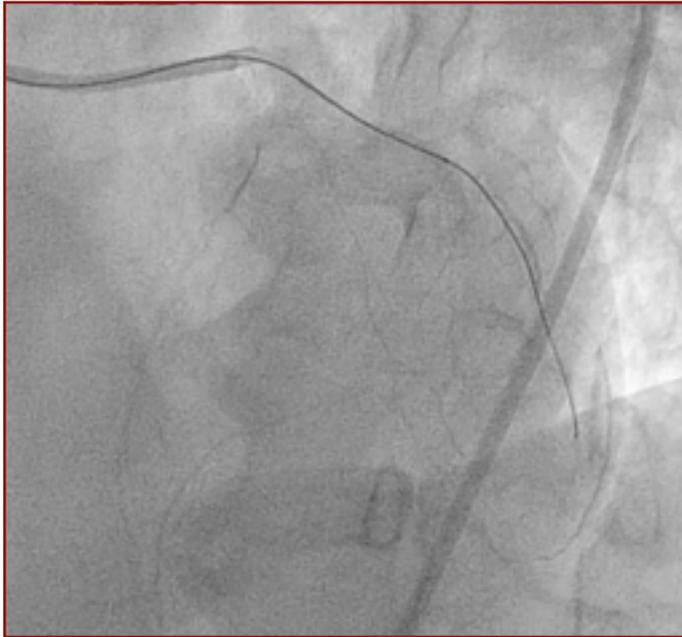
Acceso arterial femoral derecho (8F) con sellado PerClose Proglide. Sin complicaciones.
Cateterización con catéter guía EBU 4.



Guía Fielder XTr
apoyada en
microcatheter
FineCross.



Intervencionismo Coronario Percutáneo sobre OCT CX-Marginal baja-DP.



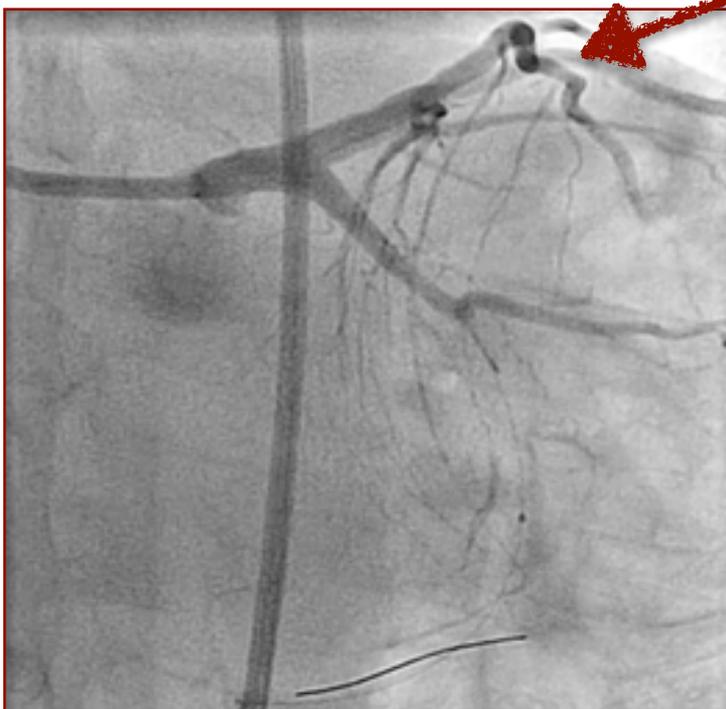
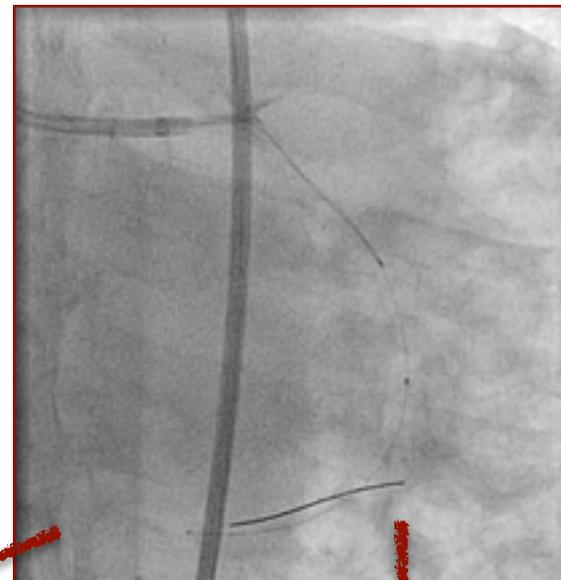
Se logra cruzar guía Fielder XTr apoyada en microcateter FineCross hasta alcanzar lecho distal de DP.

Se cambia a guía de alto soporte.

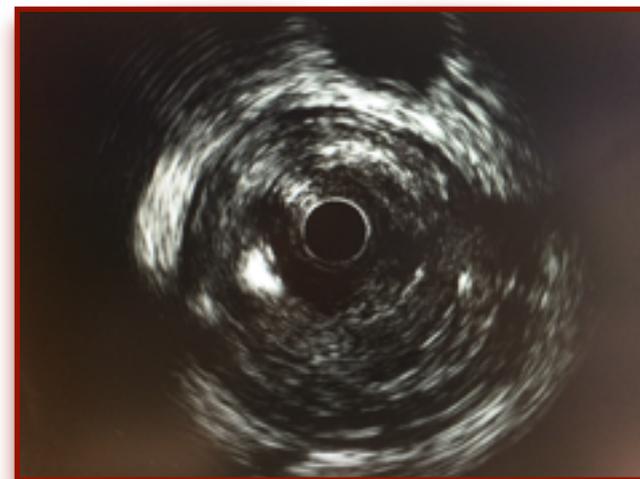
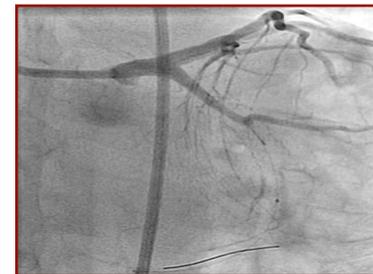


ICP sobre OCT CX- Marginal baja-DP.

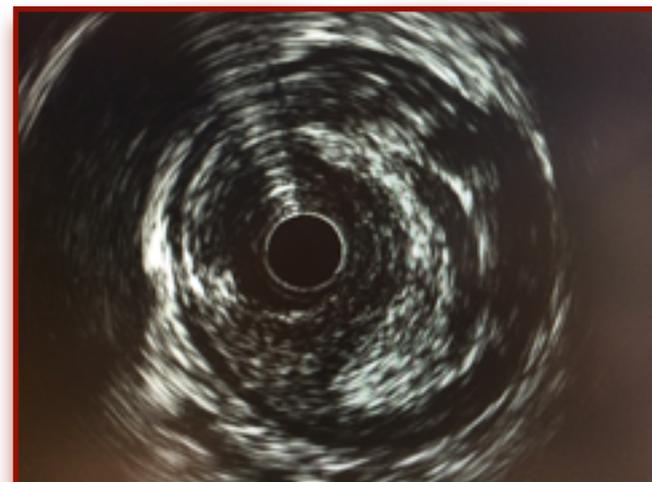
Se comprueba con IVUS
correcta posición de guía a
través de la OCT.



ICP sobre OCT CX-Marginal baja- DP.

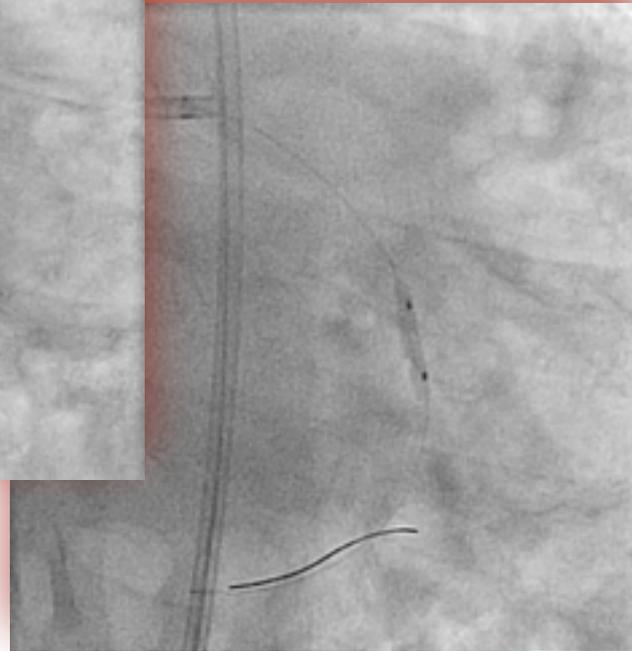
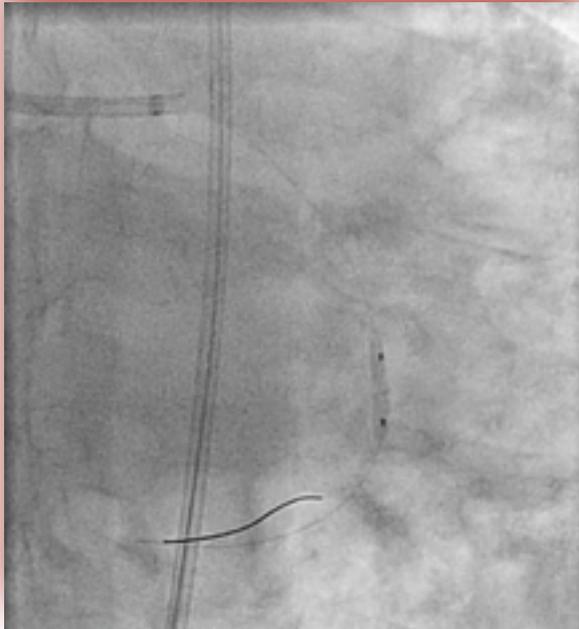


Se comprueba
con IVUS correcta
posición de guía a
través de la OCT.

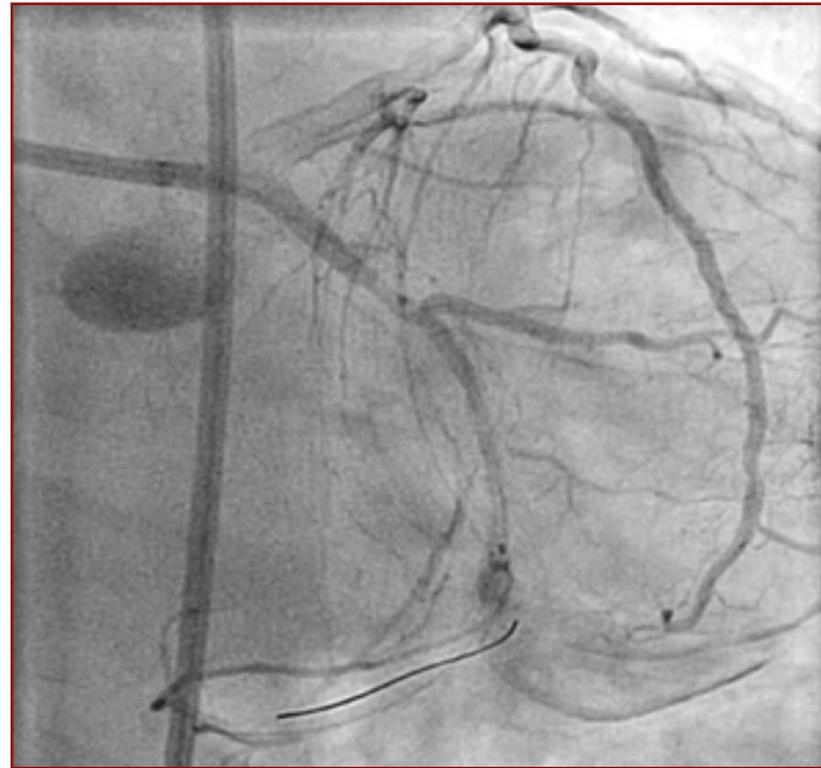
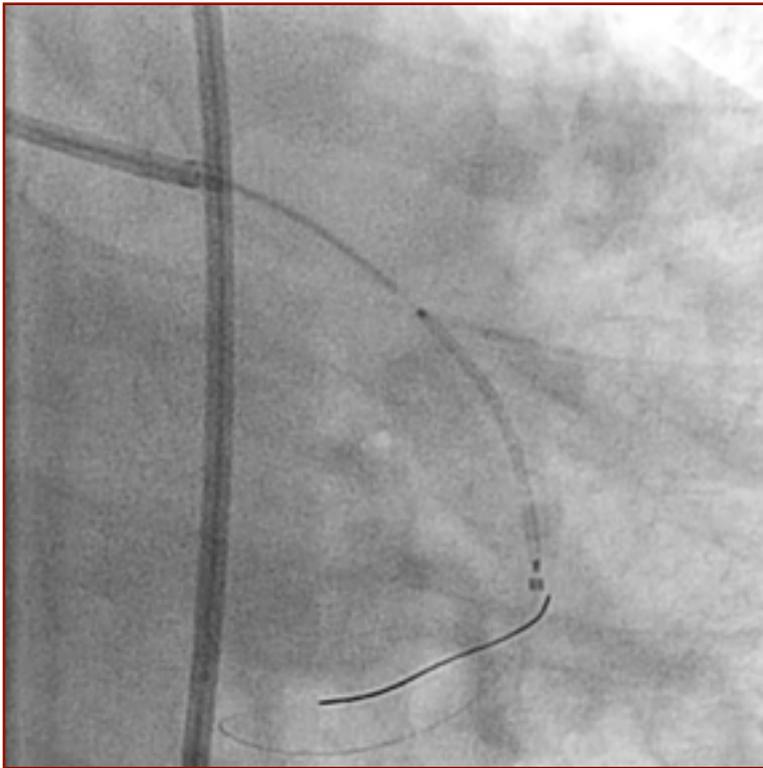


ICP sobre OCT CX- Marginal baja-DP.

Predilatación con
balones convencionales
de 1.25 y 2.50 mm a lo
largo de la OCT.



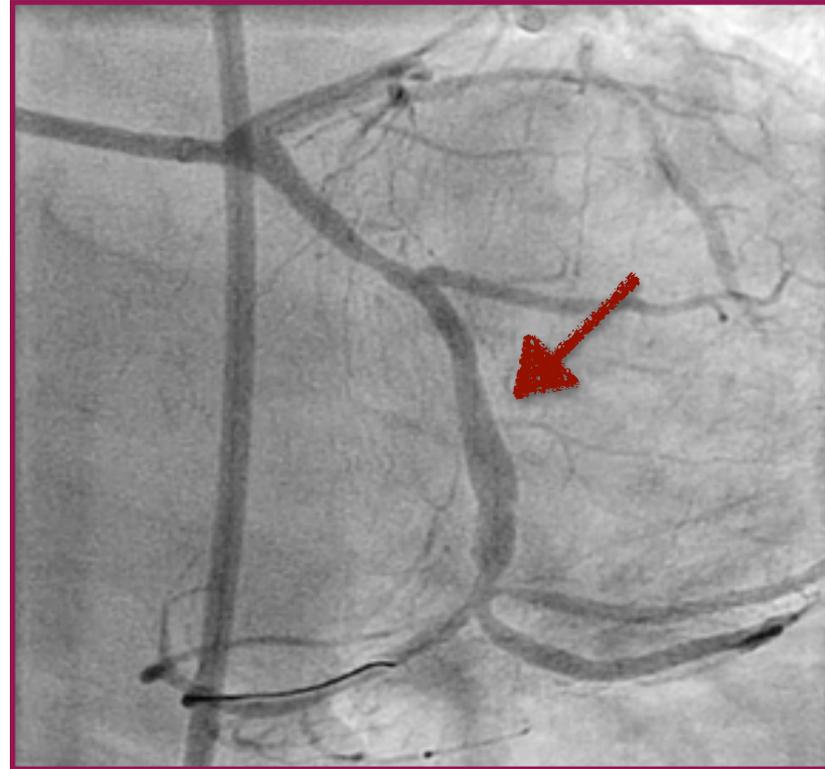
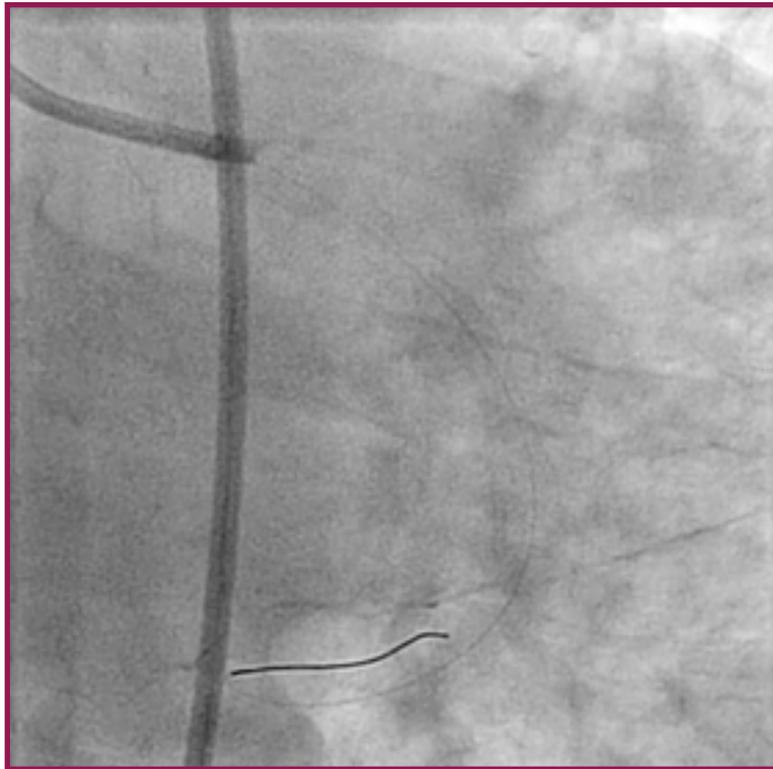
ICP sobre OCT CX-Marginal baja-DP.



Posterior implante de stent autoexpandible farmacoactivo liberador de paclitaxel STENTYS 3.5-4.5 mm cubriendo toda la OCT.



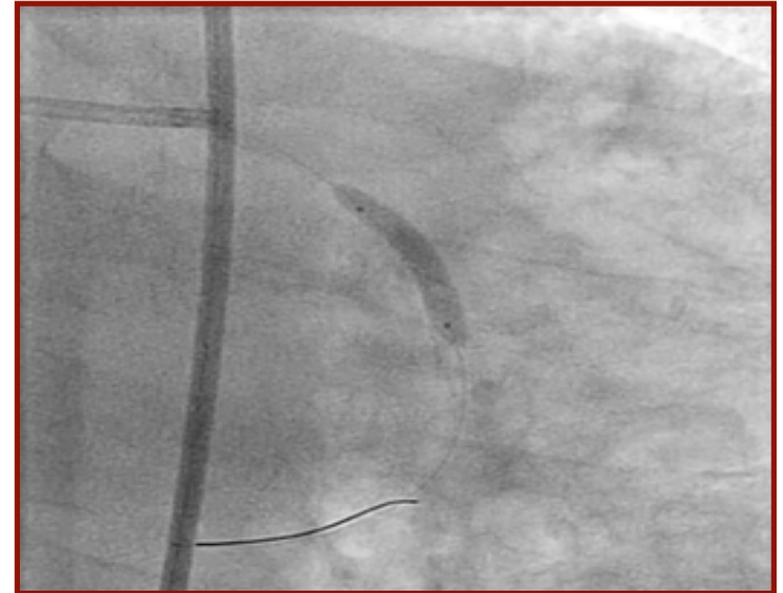
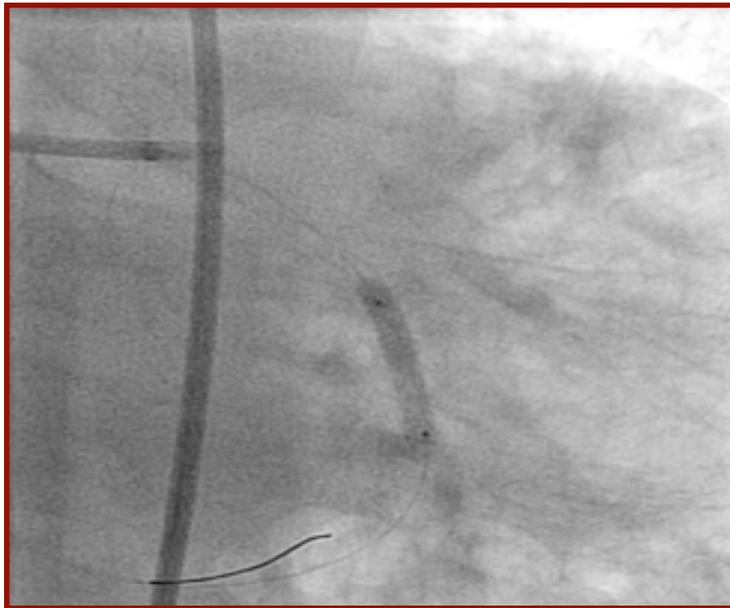
ICP sobre OCT CX-Marginal baja-DP.



El stent autoexpandible farmacoactivo liberador de paclitaxel STENTYS 3.5-4.5 mm queda correctamente apuesto tanto en la zona proximal como en la zona aneurismática distal.



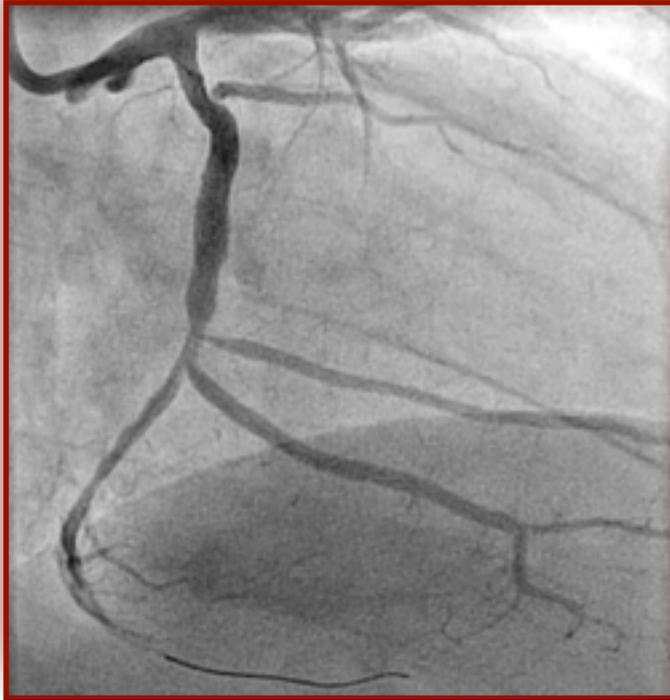
ICP sobre OCT CX-Marginal baja-DP.



Se postdilata con balón convencional de 3.00 mm hasta 18 atm.



ICP sobre OCT CX-Marginal baja-DP.



Buen resultado angiográfico final, sin complicaciones, con flujo TIMI 3 en todas las ramas



Evolución clínica

Asintomático y hemodinámicamente estable durante el ingreso. Sin complicaciones en zona de acceso vascular. Estable, es dado de alta hospitalaria.

Tratamiento al alta:

- Rosuvastatina 20 mg al día
- Bisoprolol 2.5 mg ½ comprimido/24h
- Doble antiagregación: AAS 100 mg 1 comp en comida y Clopidogrel 75 mg 1 comp en comida durante 12 meses.



Seguimiento a 8 meses:

Asintomático. Sin nuevos episodios de angor. Clase funcional I NHYA.

Ausencia de nuevos eventos en el seguimiento.



Conclusiones

- ✿ Se debe considerar el tratamiento de una OCT en presencia de síntomas y/o isquemia en el territorio de la arteria ocluida, como era nuestro caso.
- ✿ La revascularización percutánea de una OCT puede proporcionar alivio de los síntomas, mejorar la función sistólica y la tolerancia al ejercicio.
- ✿ En nuestro caso, tras las ICP fallida inicial radial, un adecuado planteamiento posterior del caso por acceso anterógrado y por vía femoral llevaron al éxito del procedimiento.
- ✿ Con el uso de un stent autoexpandible para cubrir la OCT en una arteria de gran calibre distal pero con menor diámetro proximal se obtuvo un excelente resultado angiográfico quedando bien apuesto en todo momento.





Hospital Universitario
Miguel Servet

salud
servicio aragonés
de salud



Muchas gracias

