

Intervencionismo sobre árbol  
coronario nativo a través de Bypass  
de Safena en paciente de alto riesgo  
de sangrado

David Tejada Ponce

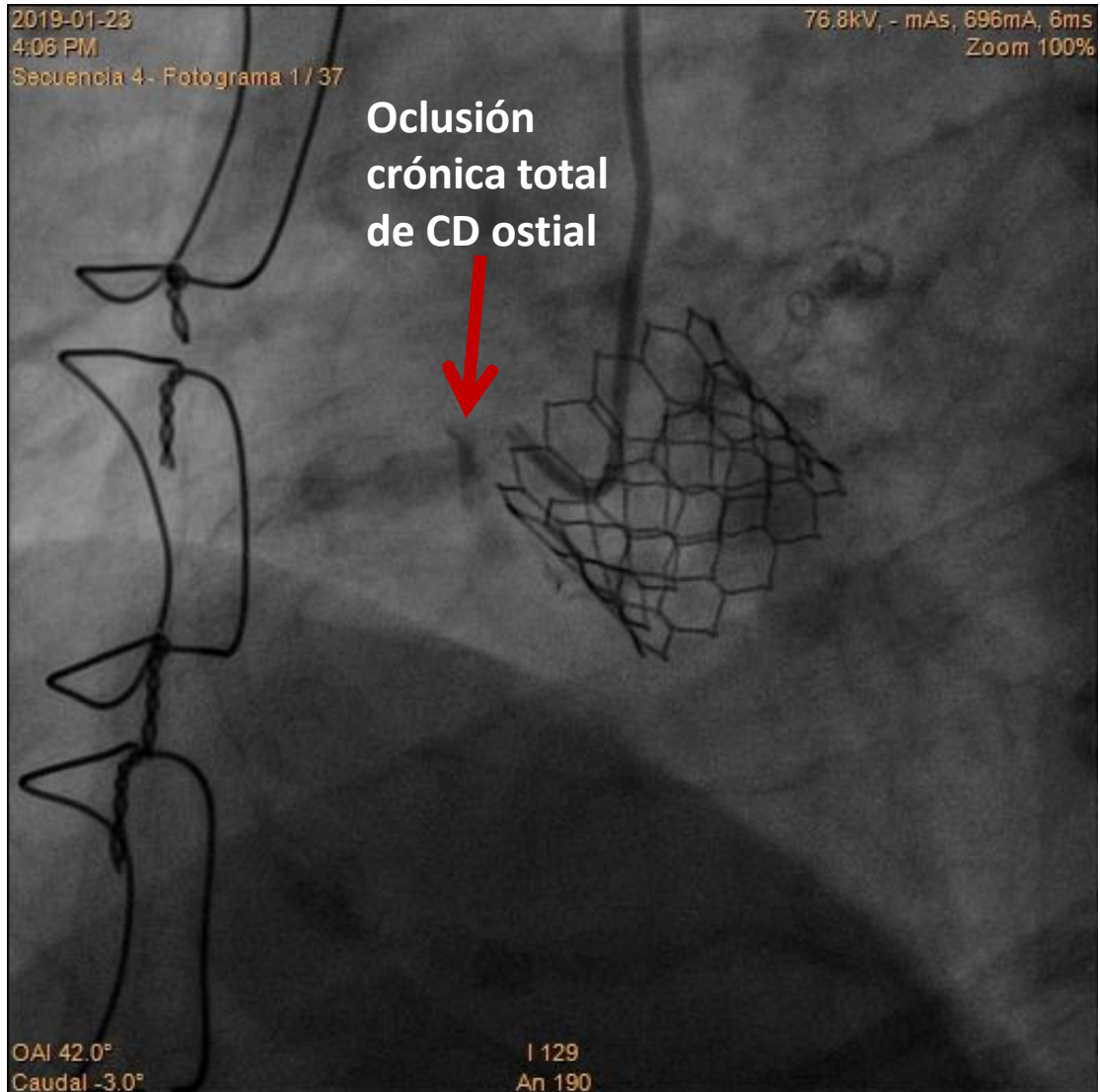
- **Paciente varón 82 años.**
- **FRCV: HTA, DM2, Extabaquismo, Dislipemia.**
- **Otros antecedentes médicos no significativos**
  
- Historia Cardiológica:
  - F. A. Paroxística anticoagulada actualmente con rivaroxaban 15 mg v.o./24h.
  - Cardiopatía isquémica crónica.
    - ACTP a CD proximal en 2000. Oclusión crónica de Cx proximal.
    - ACTP a TCI ostial con stent farmacoactivo en 2009
    - 2011: SCASEST. Oclusión crónica de CD proximal (probablemente neoaterogenesis oclusiva). Oclusión crónica de Cx proximal. Se realiza cirugía de revascularización con bypasses de Safena a IVP y Safena a OM.
    - 2015: Angor estable. Lesión de novo en Da media tratada con stent farmacoactivo. Bypasses permeables.
    - 2017: Progresión de Estenosis aórtica a severa. Se implanta TAVI

- **Cuadro clínico actual:**
- Estable desde 2015. En el último mes aparece angina CCS III/IV. Su cardiólogo habitual realiza ergometría que es positiva a baja carga. Se solicita coronariografía. Se administra dosis de carga de AAS y clopidogrel preprocedimiento.
- ECG basal sin hallazgos
  
- **Ecocardiografía:**
  - Buen función ventricular con discreta hipocinesia inferoposterior.
  - Prótesis biológica aórtica normofuncionante.

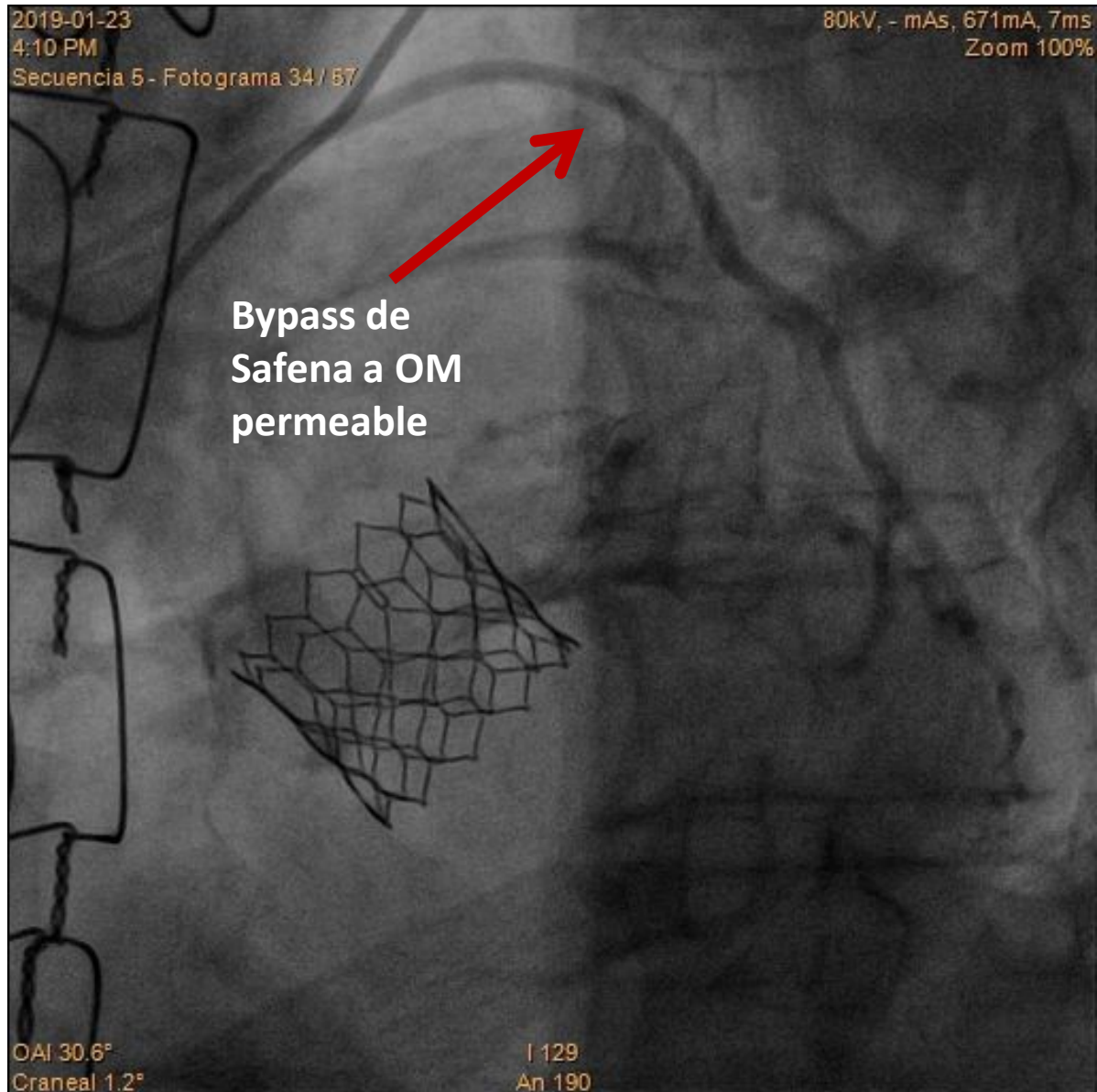
# Coronariografía

- Coronariografía:
- Dominancia derecha.
- TCI con stent permeable y sin reestenosis significativas. DA ateromatosa sin lesiones angiográficamente significativas. Stent implantado a nivel medio en el procedimiento anterior (2015) con buen resultado.
- Cx ocluída a nivel proximal con permeabilidad a nivel distal, sin nuevas lesiones angiográficamente significativas. Lecho distal de pequeño calibre.
- CD intensamente calcificada subocluída crónica a nivel proximal, visualizándose los stents implantados en zona media sin reestenosis significativas, con nueva oclusión a nivel de la cruz cordis con relleno retrógrado del TPL por circulación colateral homo y heterocoronaria.
- Injertografía:
- By-pass safena-1ª Marginal permeable y normofuncionante. Lecho distal difusamente ateromatoso pero sin lesiones angiográficamente significativas.
- By-pass safena- Cd distal permeable y normofuncionante. Se visualiza nueva lesión significativa sobre la IVP, siendo ésta responsable de la angina de reciente comienzo que presenta el paciente. Se ha perdido, de manera irrecuperable, el RPL ya que la nueva oclusión crónica del ostium de IVP impide el relleno retrógrado del RPL desde el bypass.
- Se decide ICP a IVP nativa.

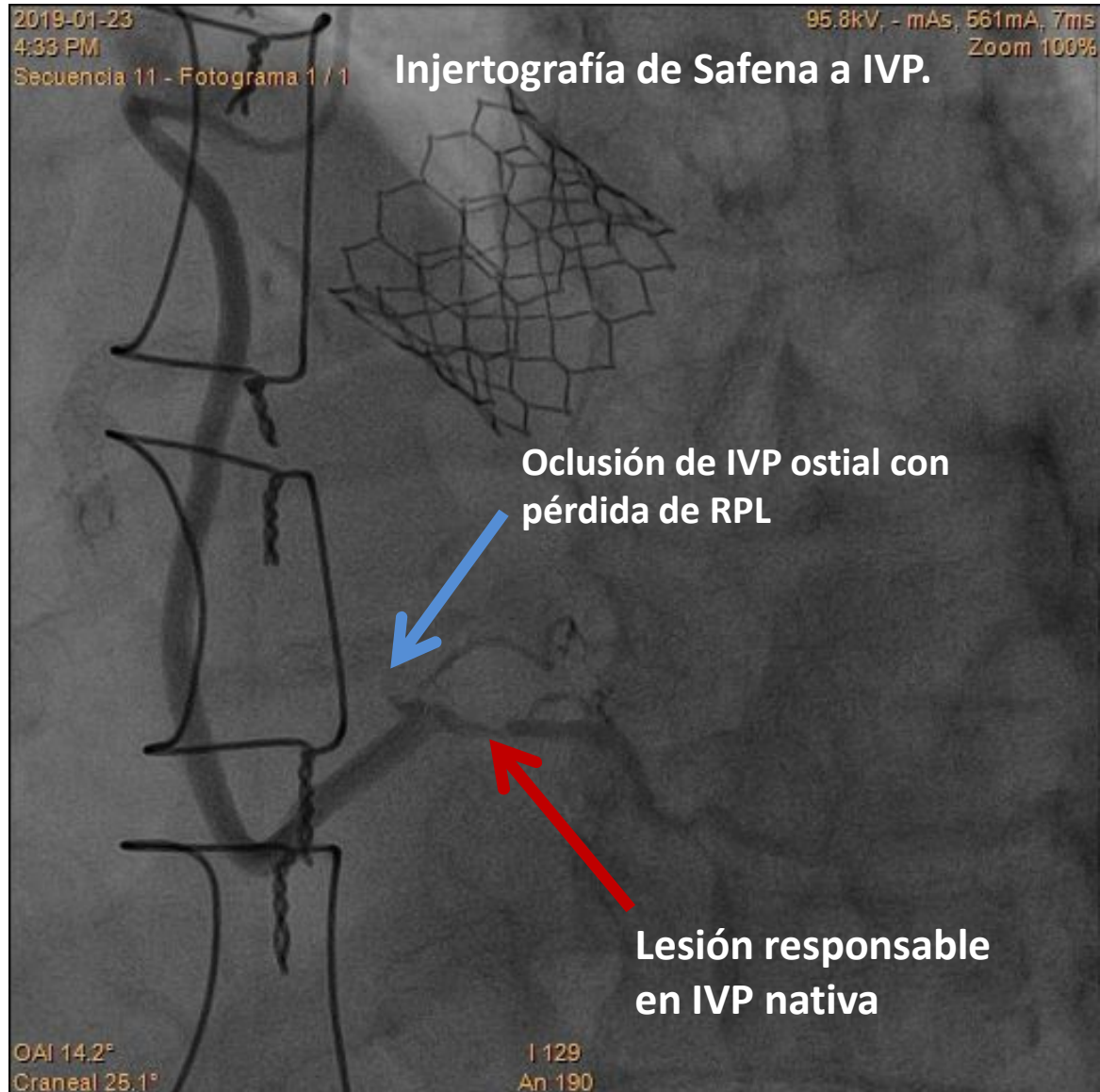
# Coronariografía



# Coronariografía



# Coronariografía



# **Angioplastia**

ICP electiva sobre IVP: catéter guía AR 1. Guía Sion blue que se aloja a nivel distal de la IVP. Predilatación de la lesión con balón convencional 2.25x 15 mm (hasta 12 atm), con posterior implante de stent farmacoactivo BIOFREEDOM 2.5x14 mm liberado a 10 atm. Buen resultado angiográfico.



# Resultado:



## **Conclusiones y discusión:**

En definitiva, paciente con revascularización mixta percutánea y quirúrgica con posterior implantación de TAVI transfemoral y anticoagulado con Rixaroxaban 15 mg que desarrolla una nueva lesión en IVP nativa solo accesible a través de la Safena a IVP, que se encuentra permeable.

Se eligió un stent farmacoactivo sin polímero BIOFREEDOM 2,5 x 14 mm que navegó correctamente por la tortuosidad del bypass hasta el segmento diana.

De esta manera, se decidió dejar al paciente con 4 semanas de triple terapia (AAS + Clopidogrel + Rivaroxaban). A partir del mes, se suspendió AAS (gastralgias) y permanecerá con clopidogrel + Rivaroxaban. A partir del año, rivaroxaban como única terapia antitrombótica.