

Litoplastia Intrastent coronario

David Tejada Ponce

Caso clínico:

- Paciente de 67 años. Fragilidad muy importante con cirrosis y neoplasia injertada tratada con quimioembolización
- IMASEST con imagen de lesión subendocárdica extensa sugerente de estenosis de TCI o DA ostial.
- Se indica coronariografía preferente

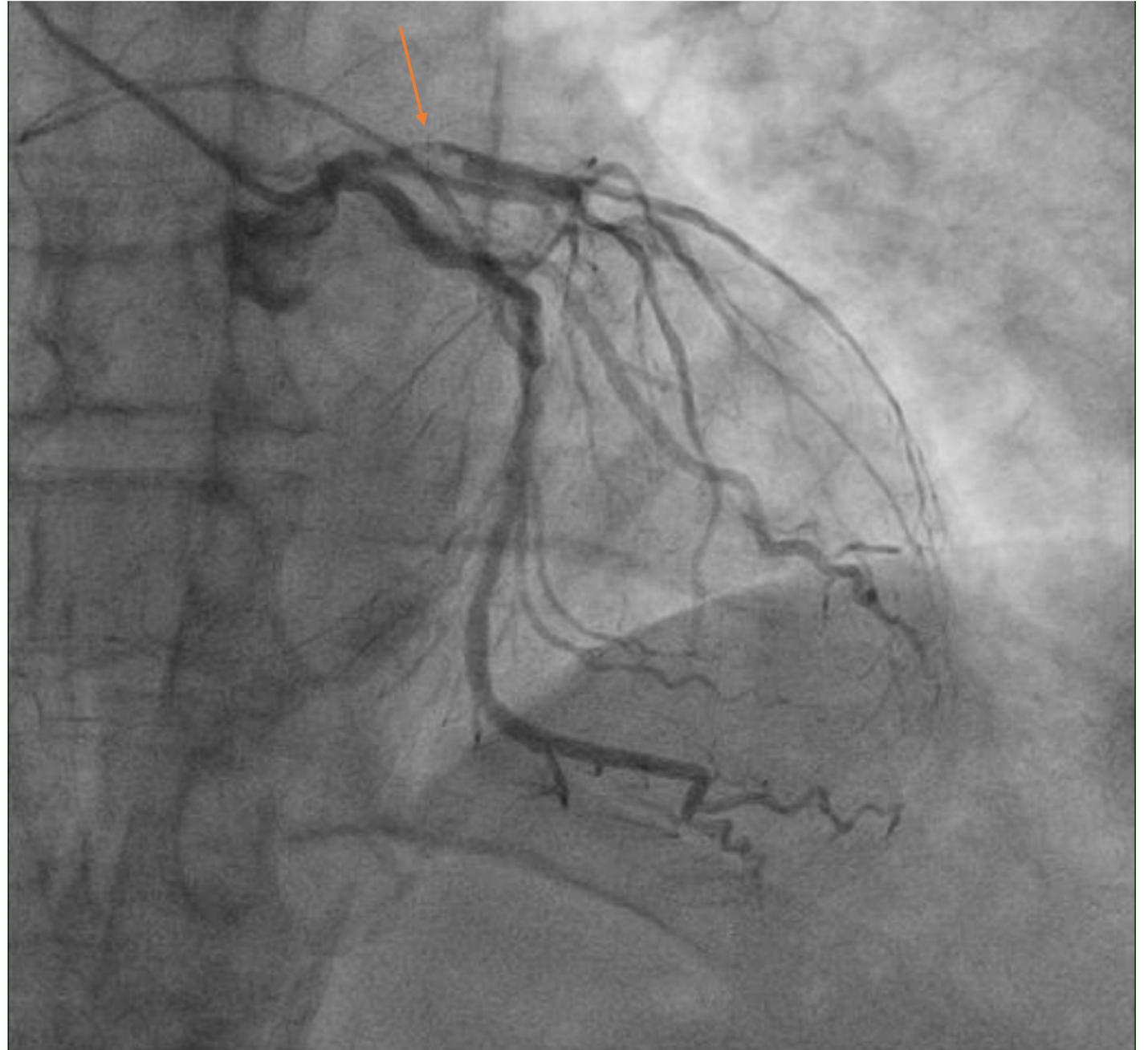
Cateterismo diagnóstico:

- Aorta en porcelana. Calcificación coronaria severa y difusa. Enfermedad de dos vasos: Placa rota en el seno de severa calcificación de DA ostial con compromiso de TCI distal. Presencia de material trombótico. Lesión moderada en DA media. Flujo distal TIMI 2. Cx sin estenosis evidentes pero calcificada en todo su recorrido. CD con estenosis de aspecto moderado a nivel proximal y medio (difícil valoración por calcio)
- Ante el contexto del paciente y la calcificación de lechos distales y aorta en porcelana, no consideramos al paciente subsidiario de cirugía de revascularización. En presencia de flujo enlentecido en DA se procede a ICP urgente.

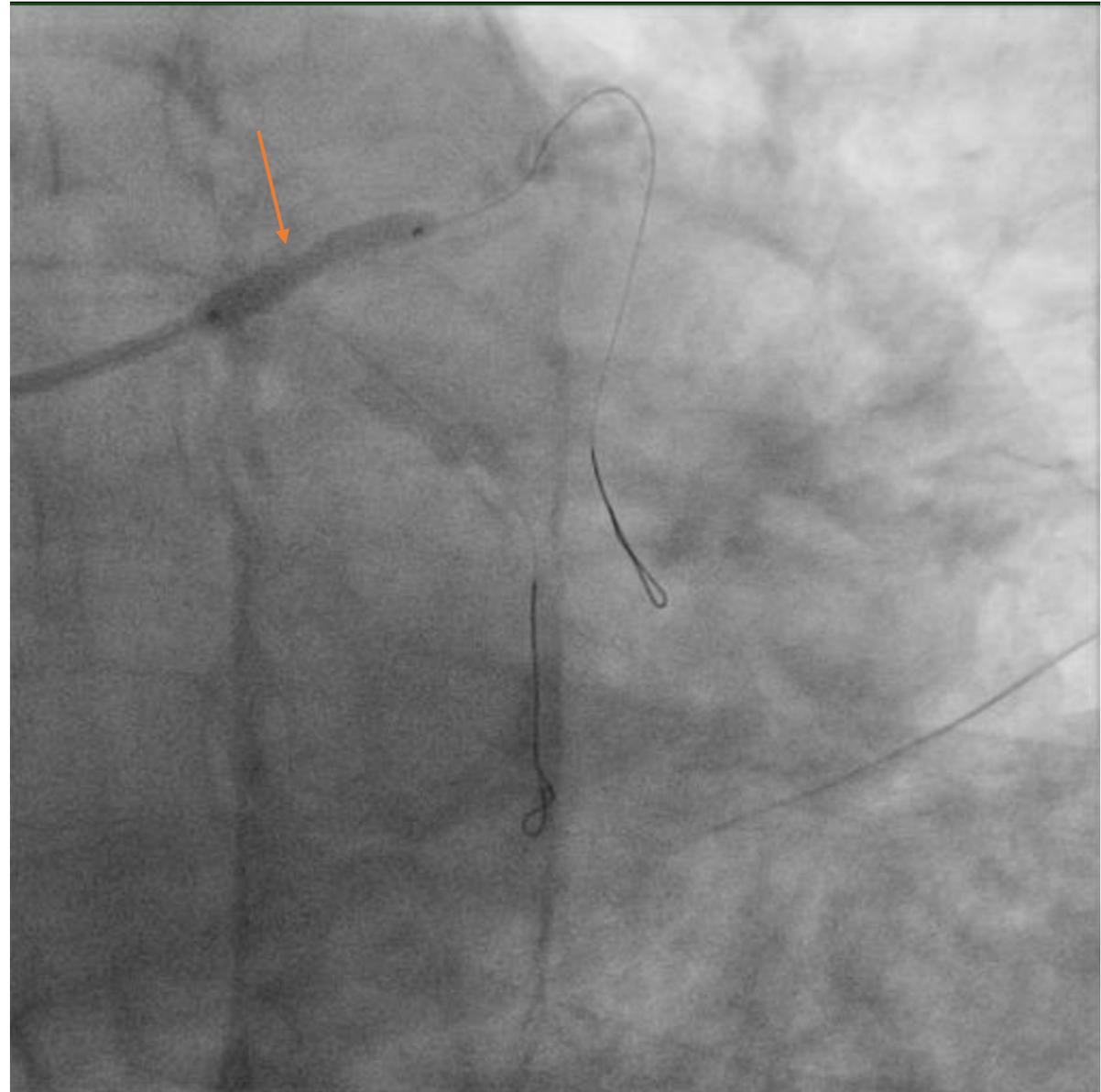
Imágen de Aorta en
Porcelana



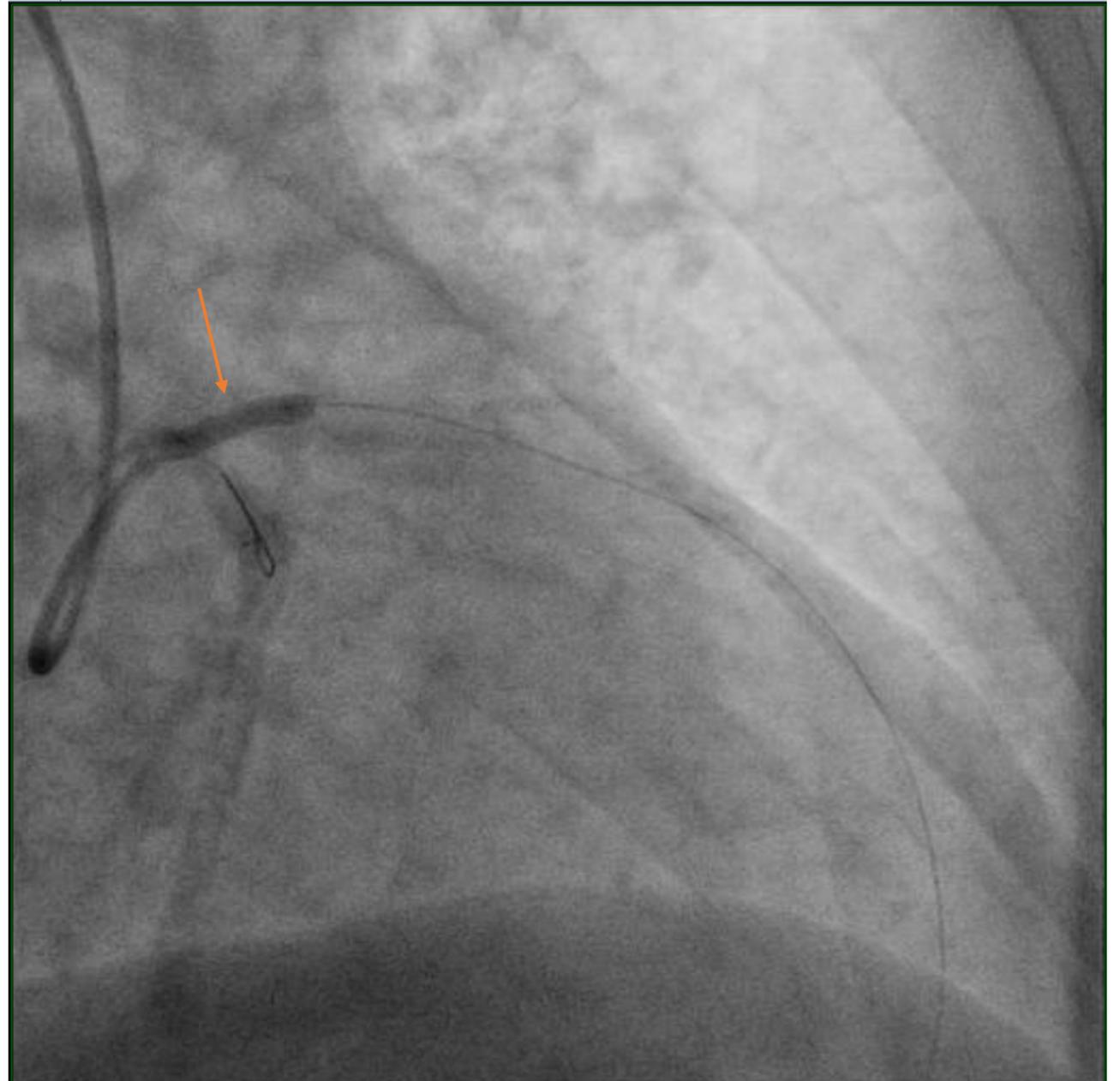
Lesión activa con trombo
pero severamente
calcificada en DA ostial
(flecha naranja)



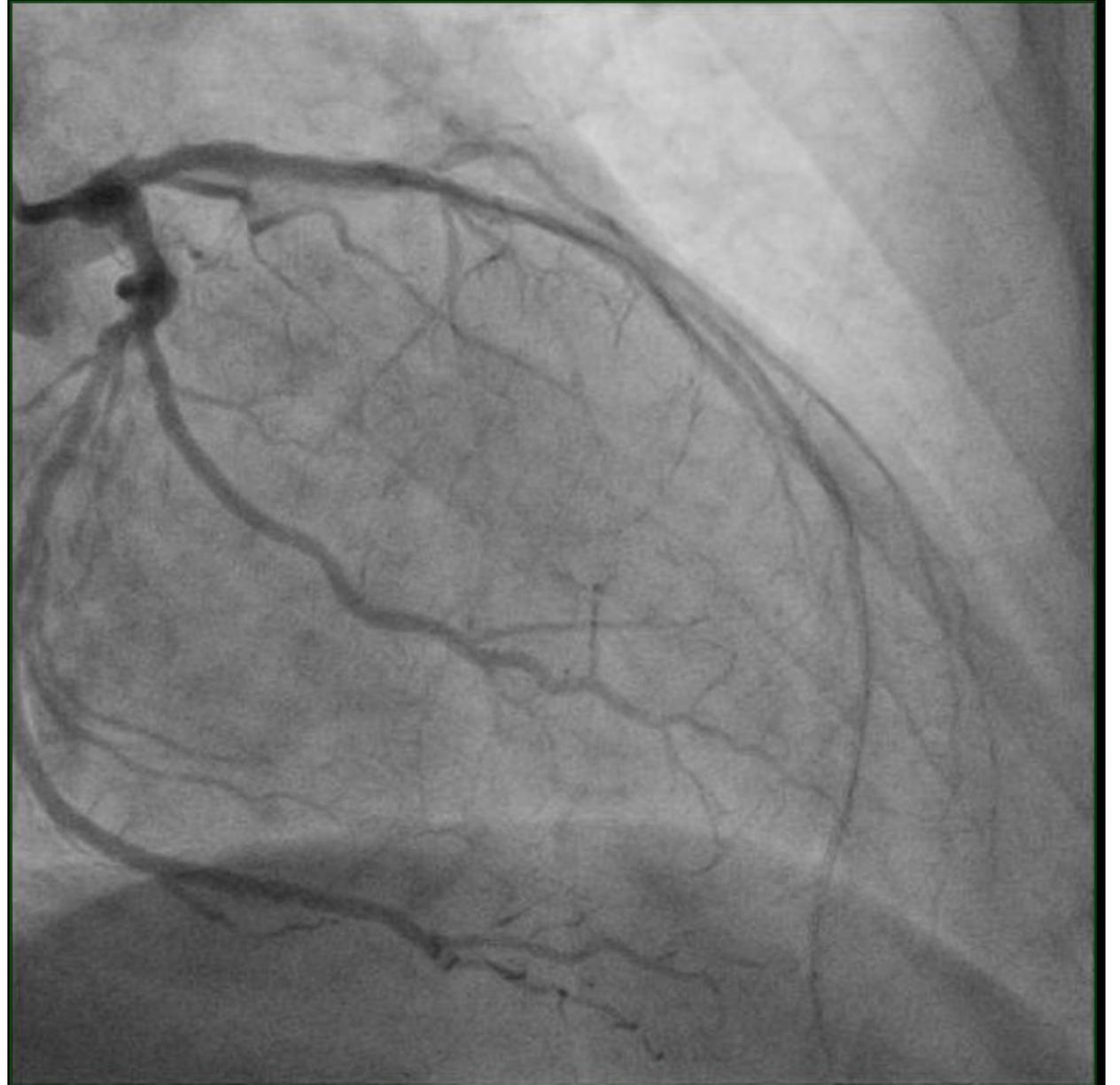
Tras predilatar la lesión con balón no compliante 3 x 12 mm se implanta stent farmacoactivo desde TCI a DA proximal (enjaulando Cx) Se produce una marcada infraexpansión del stent a nivel de ostium de DA. Se dilata dicha zona con balón no compliante 3,5 x 8 mm a altas atmósferas sin éxito. Se dilata la porción de TCI con balón nc 4 x 8 mm.



Finalmente se realiza
Litoplastia intrastent con
dispositivo Shockwave 3 x
12 mm consiguiendo una
expansión aceptable del
stent tras varias tandas



Resultado angiográfico
final con expansión
aceptable del stent en DA
ostial



Conclusiones:

- La preparación de placas severamente calcificadas debe ser meticulosa, alcanzando la relación 1:1 respecto al diámetro objetivo del stent.
- De esta manera, evitaremos el riesgo de que se produzca una infraexpansión severa, como la del caso que aquí se presenta. Una vez implantado el stent no existía hasta ahora manera de modificar la placa para su normoexpansión, quedando sin efecto los balones modificadores como *cutting balón* o *scoring balón*. La ablación rotacional tampoco tiene papel en dicha situación.
- Esta infraexpansión de la prótesis es un potente marcador de trombosis del stent y de RIS.

Conclusiones:

- La litoplastia intracoronaria/intrastent nos permite la fractura de la placa calcificada a través de los struts del stent.
- En el caso aquí presentado, permitió la normoexpansión del stent a nivel de DA ostial.
- El paciente se encuentra libre de enfermedad injertada y sin angina.