The background is a dark blue-grey color with a subtle, light-colored pattern. On the left side, there is a faint compass rose with a needle pointing towards the top-left. The rest of the background is filled with a complex, irregular pattern of thin, light-colored lines that resemble topographic map contour lines or a network of paths.

Lo mejor es enemigo de
lo bueno
Un nuevo ejemplo que lo
confirma...

Presentamos el caso de un varón de 52 años, con antecedentes de HTA, DLP y sobrepeso.

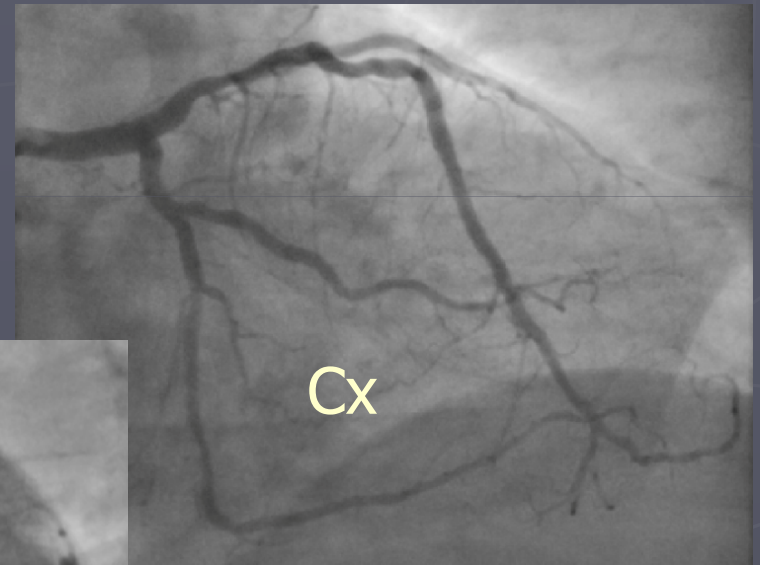
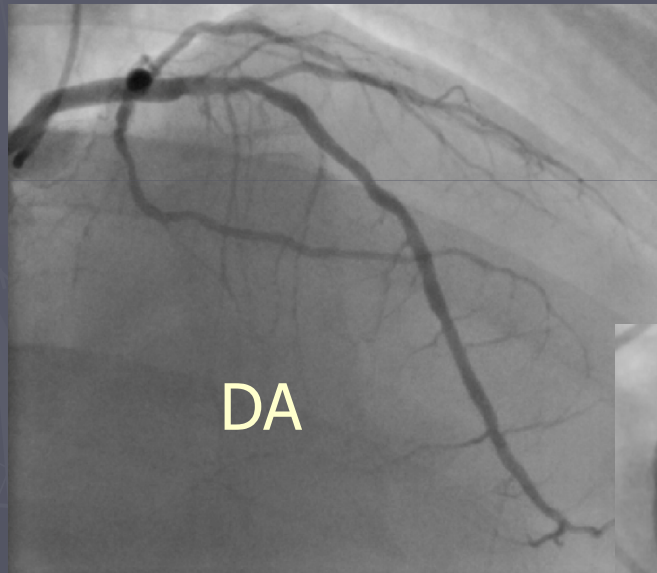
Clínica anginosa de moderados esfuerzos (CCS II) de 1 mes de evolución; un único episodio en reposo, 48h previo al ingreso, desencadenado por estrés emocional.

- ECG al ingreso, sin dolor: RS a 63 lpm, onda T negativa en II.
- ECG a las 12 y 24h: RS, discreta supradesnivelación fija del ST (< 0.5 mm) en II, III y aVL y ST rectificado en aVL.
- Analítica: Hb 14.9 g/dl, creatinina 0.94 mg/dl. Marcadores de necrosis miocárdica negativos.
- Ecocardiograma: Cardiopatía hipertensiva ligera (hipertrofia ventricular izquierda ligera, función sistólica normal, ligera dilatación auricular izquierda y ausencia de valvulopatías).

Se solicita cateterismo cardiaco por SCASEST tipo angina inestable (de reciente aparición).

Cateterismo cardiaco (vía radial derecha):

- Lesión calcificada borderline en descendente anterior media. Lesión significativa en 1ª diagonal proximal (de aceptable desarrollo).
- Irregularidades ligeras en arteria circunfleja.



- Estenosis moderada en coronaria derecha proximal y lesión crítica en coronaria derecha media, flujo TIMI 2-3.
Estenosis severa en posterolateral distal y en descendente posterior distal (con poco lecho distalmente).

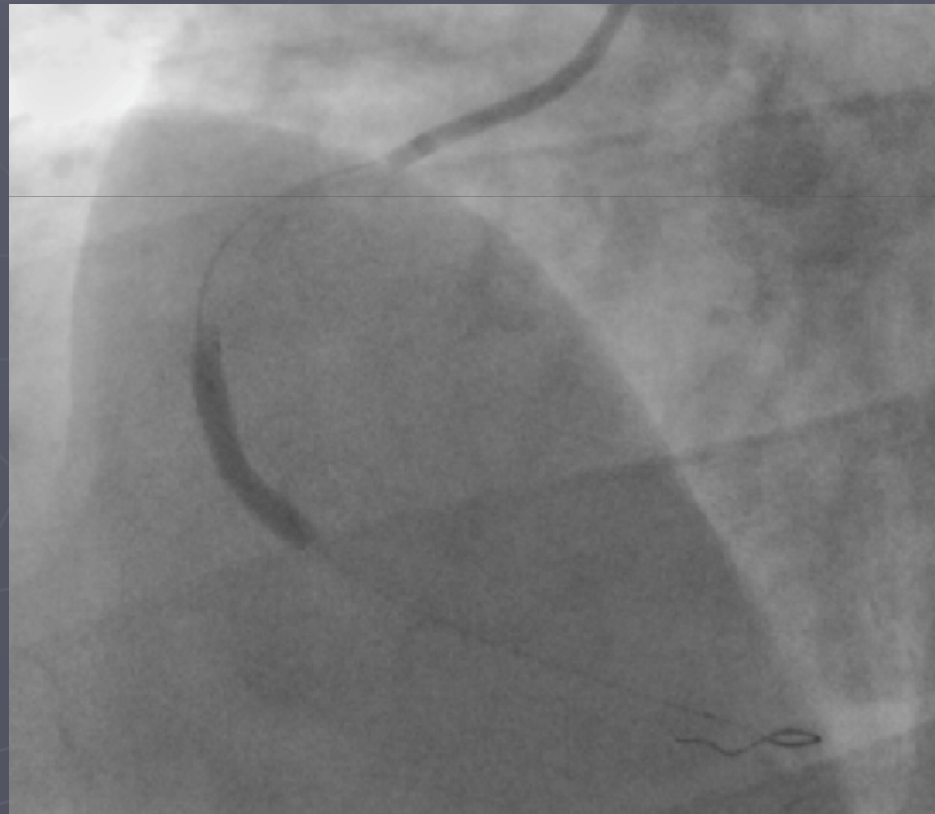


Se trata de un paciente no diabético,
con angina inestable y una lesión
crítica en coronaria derecha media.



Se decide implante de un stent
convencional directo.

Canulación de coronaria derecha con catéter guía AR 2 de 6 Fr y paso de guía BMW hasta la distalidad del vaso.
Tras valoración post-inyección de nitroglicerina, se implanta un stent directo convencional 3/13 mm.

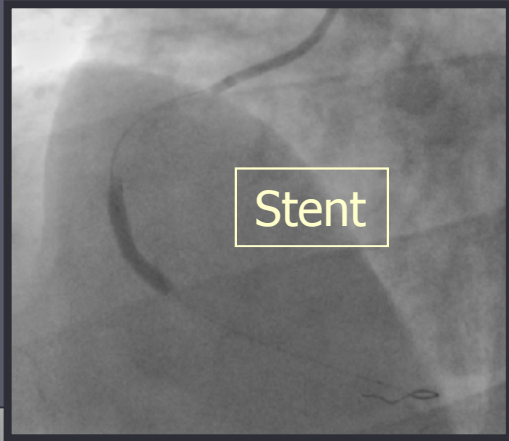




Con adecuado resultado, pero con considerable aumento del calibre del lecho distal (previamente hipoperfundido).

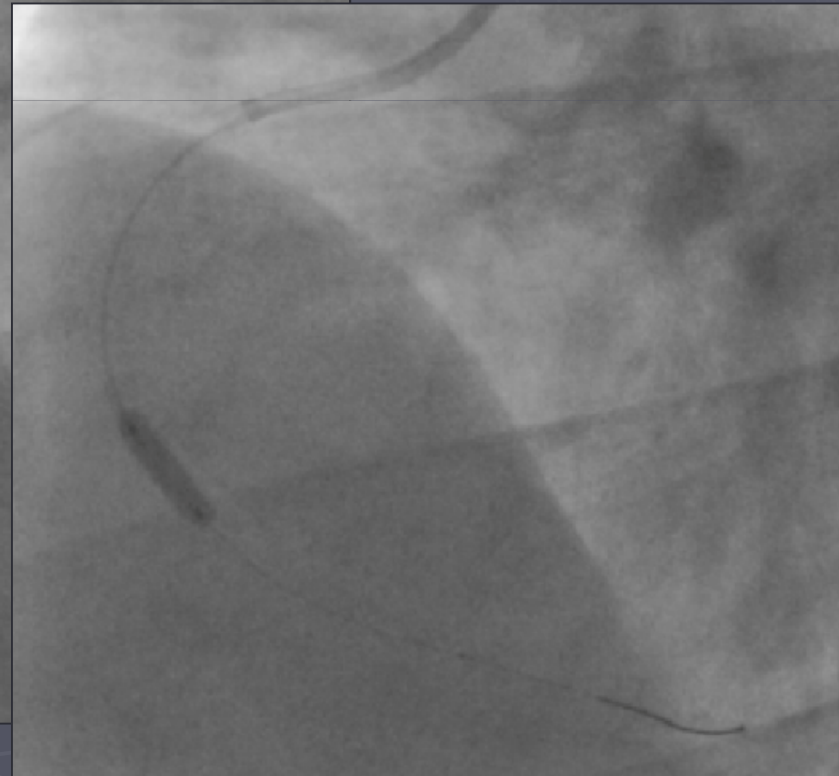
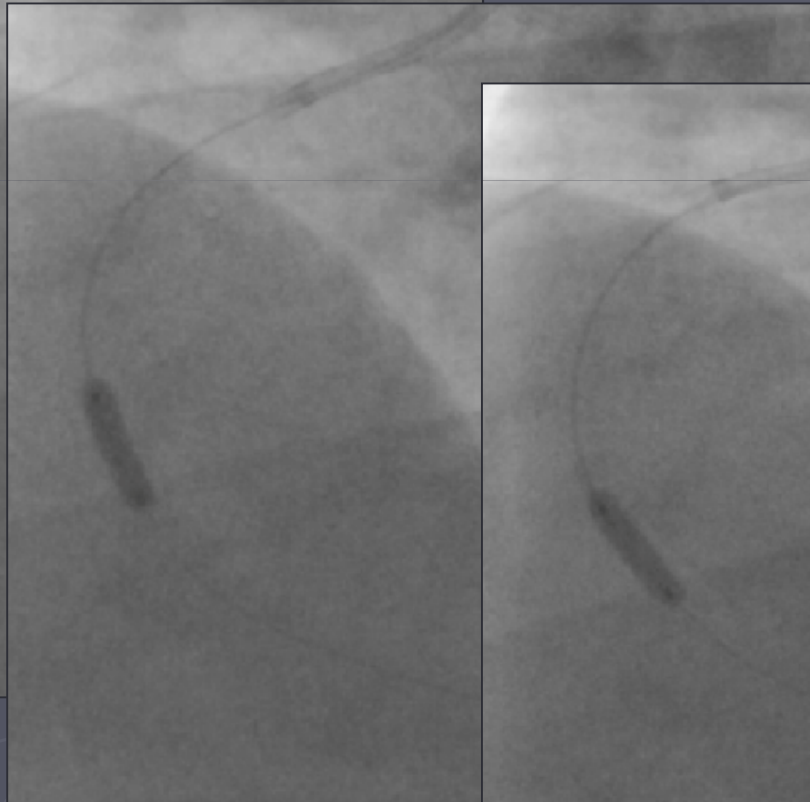


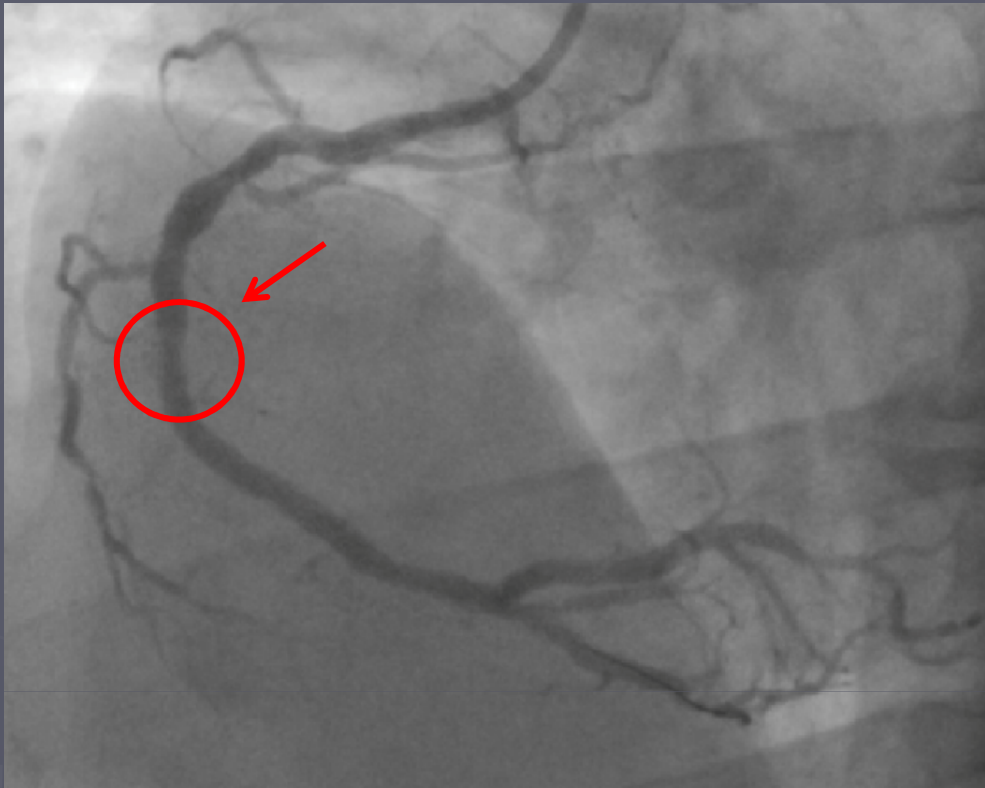
Se decide optimizar el resultado post-dilatando el stent con un balón no compliante de 3.5 mm.



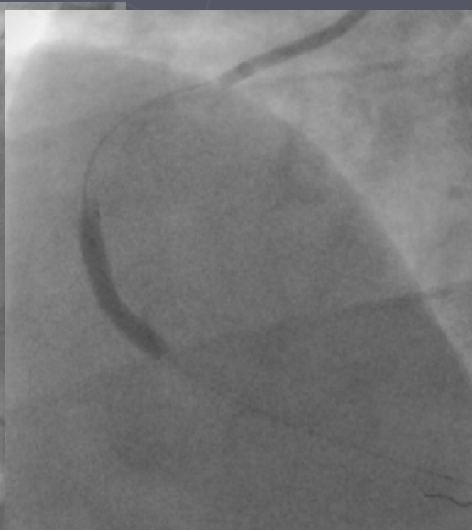
Stent

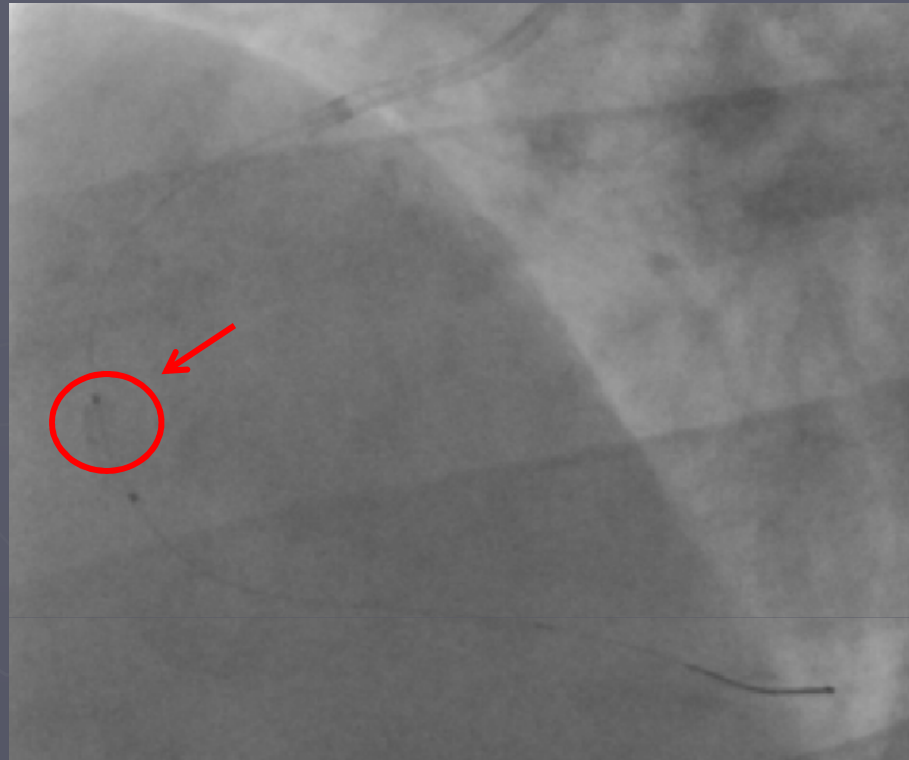
Se post-dilata el stent
con balón no compliante
de 3.5/10 mm.





Se visualiza imagen
"desflecada" en zona de
placa que teóricamente
había quedado cubierta
por el stent.

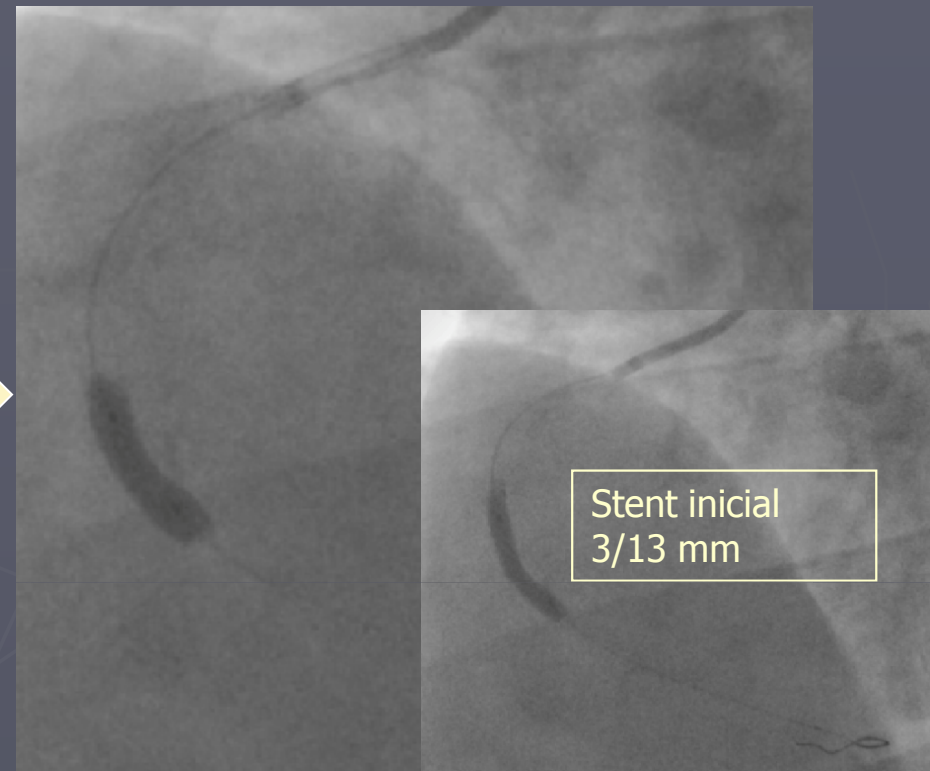
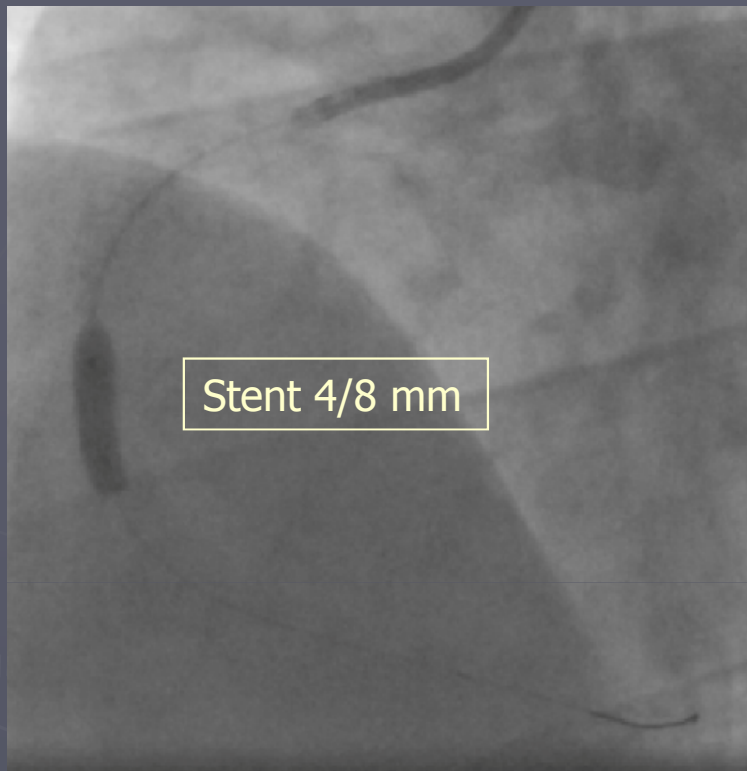




Volviendo a las imágenes previas, se visualiza aumento de radiodensidad del stent en su porción proximal tras introducir el balón no compliante, antes de su inflado.



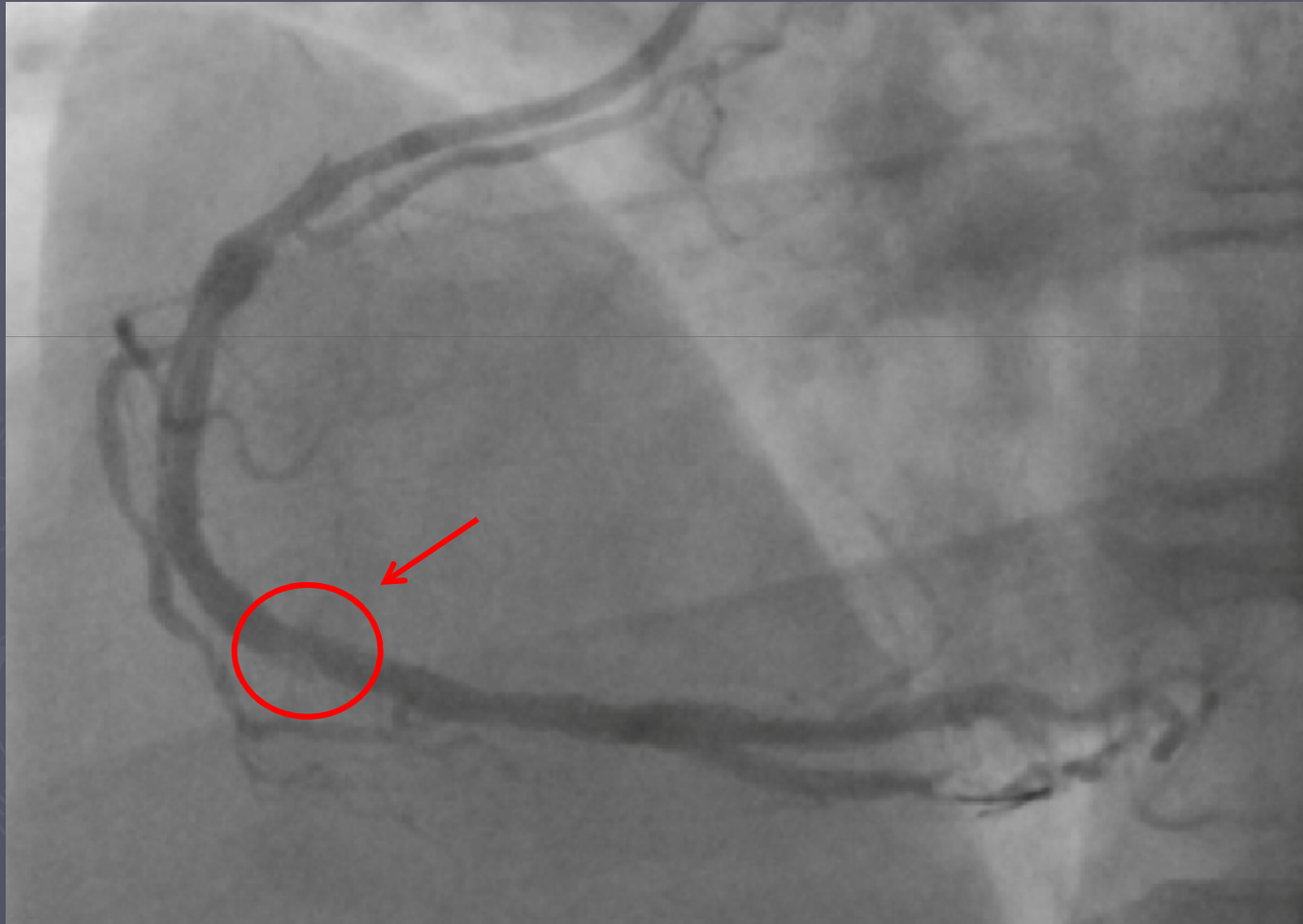
Se sospecha retracción de la porción proximal del stent durante la introducción del balón no compliante.



Se decide cubrir la zona "desflecada" solapando al previo un stent convencional 4/8 mm.

Y se post-dilata la zona de anastomosis con el balón de este stent (sin sobrepasar la teórica zona distal cubierta por el stent inicial).

Buen resultado del stent proximal
... pero imagen de evidente disección distal.



Se sella la disección solapando distalmente otro stent convencional 3/9 mm.





Buen resultado final...

... pero necesidad de solapar 3 stents por pérdida de la estabilidad longitudinal del stent inicial al intentar la post-dilatación. Para intentar un mejor resultado y disminuir el riesgo de reestenosis, probablemente se ha aumentado.

Moraleja: En lesiones críticas inestables, asumir mismo calibre distal que el proximal (o bien, predilatar).

Y una vez hecho... lo mejor es enemigo de lo bueno.