



# OCCLUSION CRONICA COMPLEJA DE CORONARIA DERECHA TRATADA CON STENTS ORSIRO MISSION.

DR. ANTONIO J. DOMÍNGUEZ FRANCO.

LABORATORIO DE HEMODINÁMICA HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA  
DE MÁLAGA.

## OCCLUSION CRONICA COMPLEJA DE CORONARIA DERECHA DOMINANTE

- ▶ Presentamos el caso de un paciente varón de 54 años obeso, hipertenso y fumador activo, con ingreso en Marzo de 2021 por SCASEST con cateterismo cardíaco que mostró enfermedad severa con oclusión crónica de coronaria derecha proximal dominante, enfermedad moderada en la descendente anterior y oclusión trombótica aguda de circunfleja proximal. Ver Figura 1

# FIGURA 1. Basal



Oclusión trombotica aguda de Circunfleja



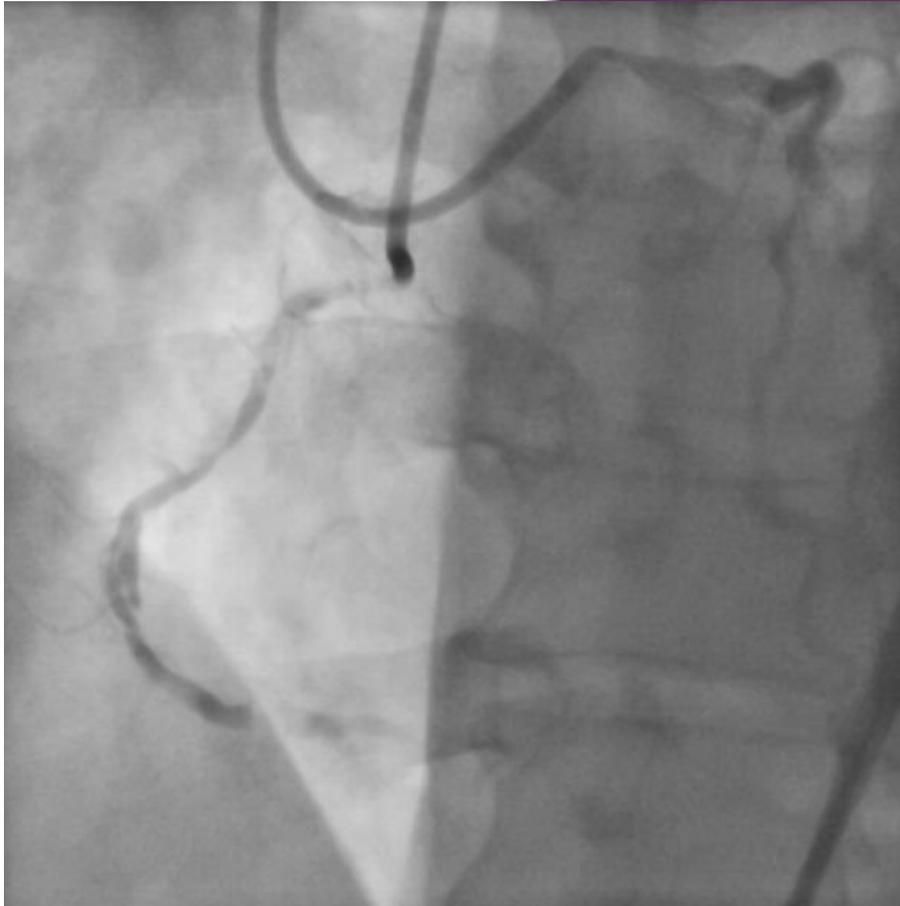
Oclusión crónica muy compleja de la coronaria derecha

## Figura 2. Resultado tras ACTP primaria a CX.

- ▶ Se realiza angioplastia coronaria urgente sobre arteria circunfleja: se realiza tromboaspiración, predilatación con balón de 2.5 mm e implante de stent farmacoactivo de 3.5/16mm con éxito. Figura 2.
- ▶ Se programa en un segundo tiempo abordaje sobre la oclusión crónica de la coronaria derecha.



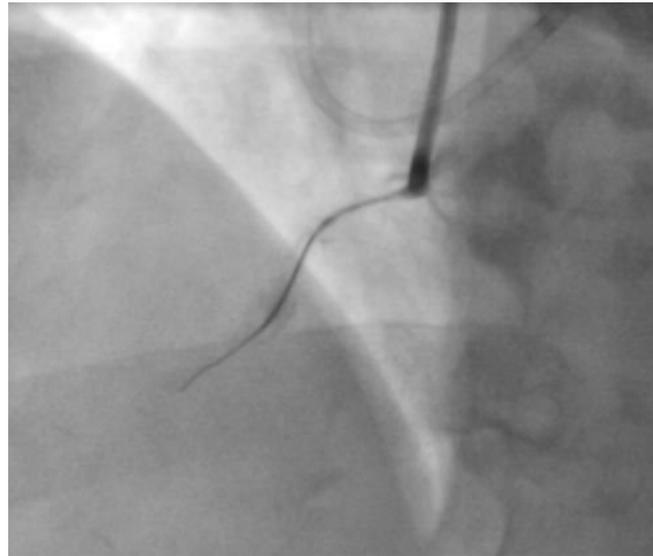
## FIGURA 3. Primer intento sobre oclusión crónica de CD Inyección simultánea.



- ▶ Acceso bifemoral. Coronaria derecha con cateter guía AR2 de 7 F. Coronaria izquierda EBU 3,5 de 6F.
- ▶ Se decide iniciar estrategia anterógrada con escalada de guías.

# Figura 4. Fallo del acceso anterógrado

- ▶ Se prueba con microcateter Caravel y guías de bajo gramaje: Fielder XT-A, Gaia first, second... sin conseguir alcanzar luz verdadera y con resultado de disección del vaso y pérdida del flujo anterógrado.
- ▶ Se decide explorar el abordaje retrógrado.



OAI a 30°

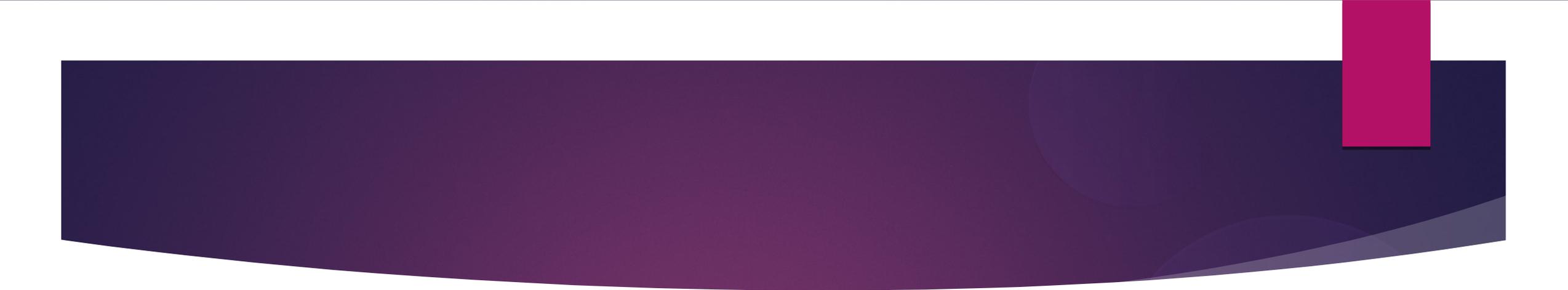


Lateral

## Figura 5. Inyección retrógrada.

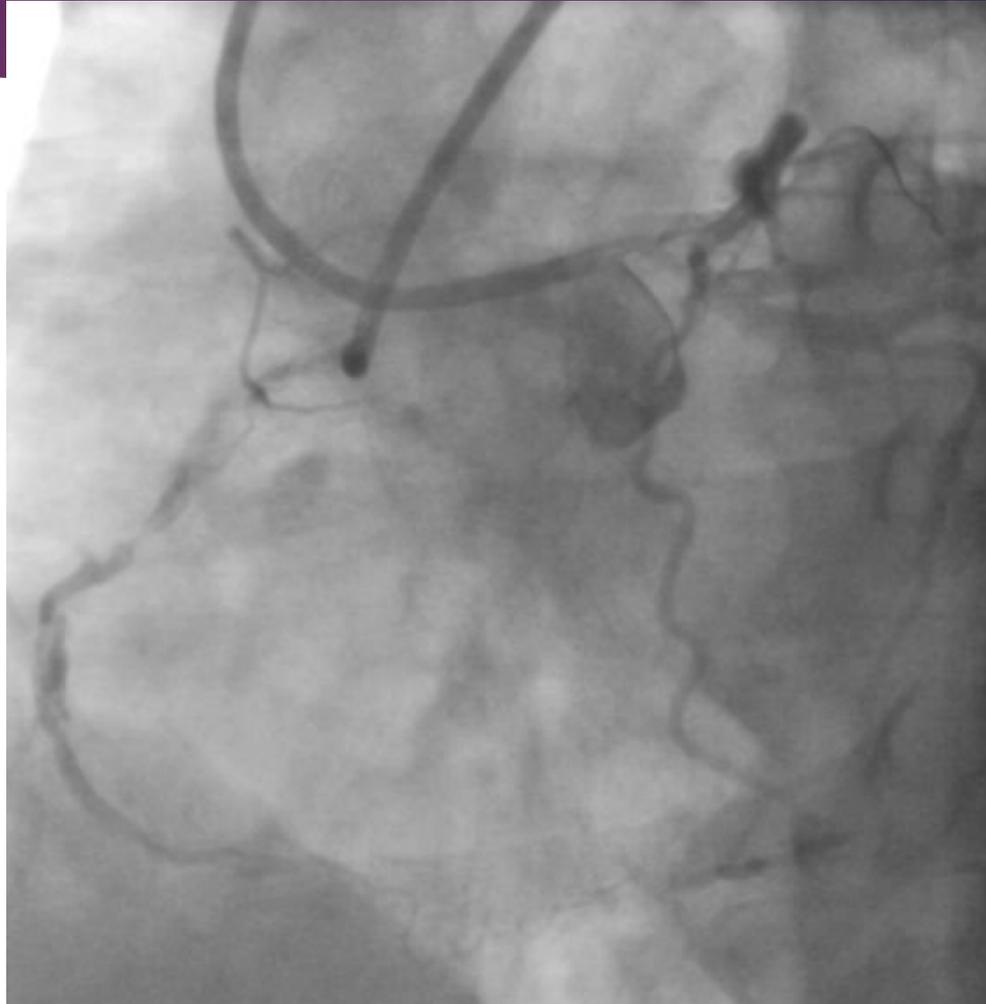
- ▶ Se visualiza una gran conexión epicárdica desde la descendente anterior apical hacia la descendente posterior, pero muy tortuosa y desfavorable.
- ▶ Se exploran diferentes septales sin observarse conexión con la descendente posterior.



- 
- ▶ Se decide finalizar el procedimiento sin complicaciones. El paciente es dado de alta sin incidencias.
  - ▶ Persiste con angina GF II-III, por lo que se cita a los 3 meses para realizar nuevo intento de angioplastia sobre la oclusión crónica de la coronaria derecha.

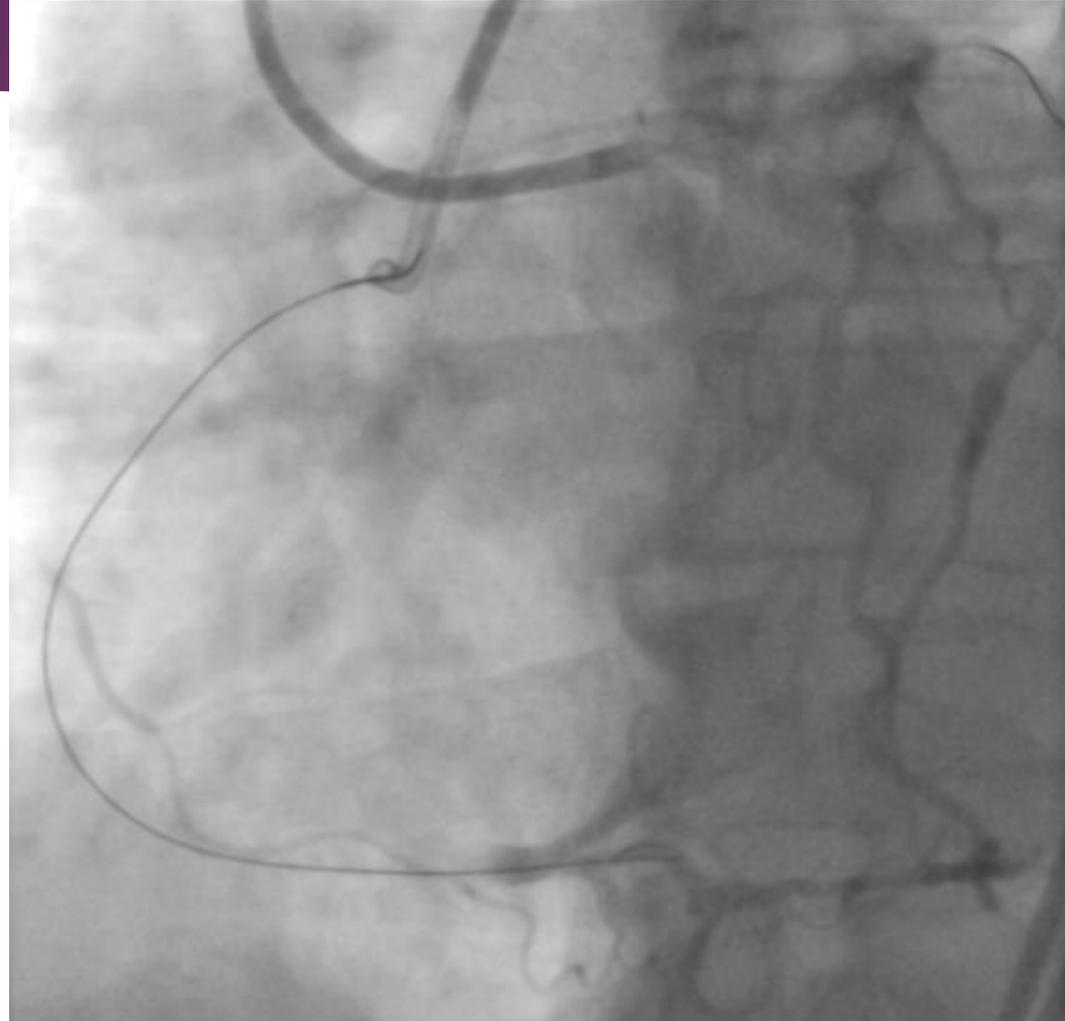
# Figura 6. Segundo intento. Inyección simultánea inicial.

- ▶ Acceso bifemoral. Coronaria derecha con cateter guía JR4 de 8 F. Coronaria izquierda EBU 3,5 de 6F.
- ▶ Se visualiza recanalización de coronaria derecha, por lo que se decide iniciar angioplastia por vía anterógrada con guía Gaia first.



# Figura 7. Cruce de oclusión con guía.

- ▶ Se consigue atravesar la oclusión con la guía y se comprueba su localización correcta en lecho distal de la descendente posterior mediante la inyección retrógrada.



## Figura 8. Predilatación con balones de bajo perfil.

- ▶ Se continúa sin cambiar la guía, predilatando con balones progresivamente de 2 y 2.5 mm en todo el segmento proximal y medio del vaso.



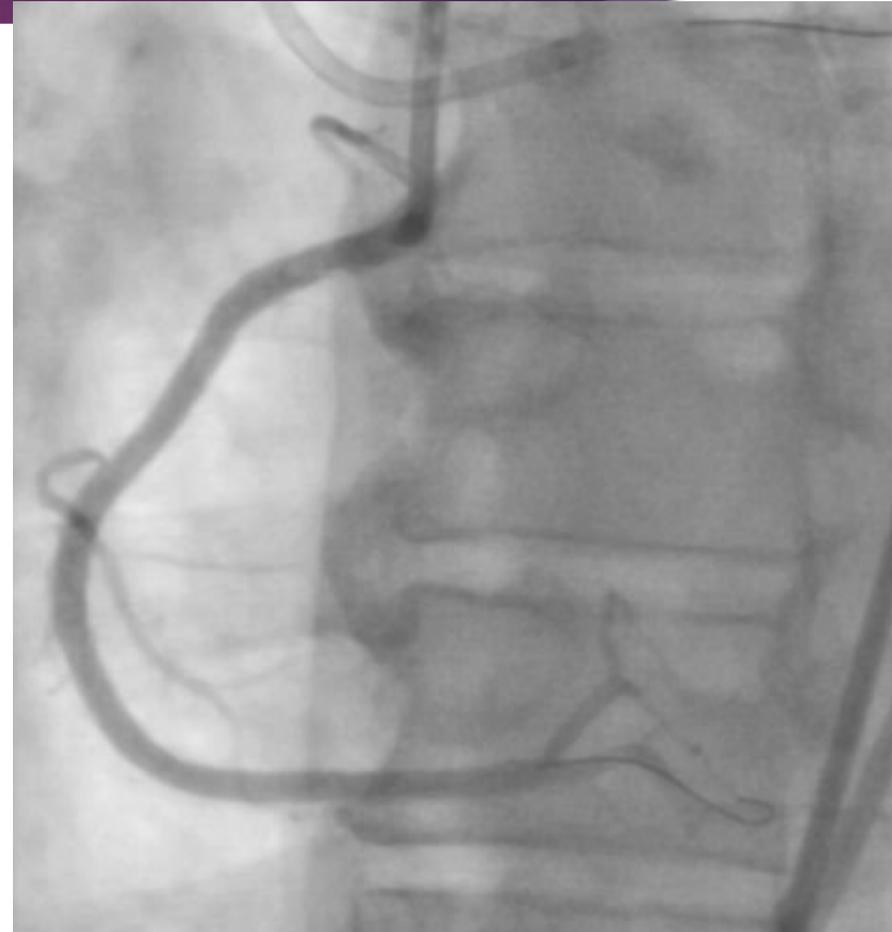
## Figura 8. Implante de stents proximales.

- ▶ Se implantan stents Orsiro Mission 3.5/22mm inicial en el segmento complicado del tercio medio y posteriormente se solapan 2 stents Orsiro Mission 3,5/22mm y 3.5/26mm a nivel ostial y proximal solapados al de tercio medio.



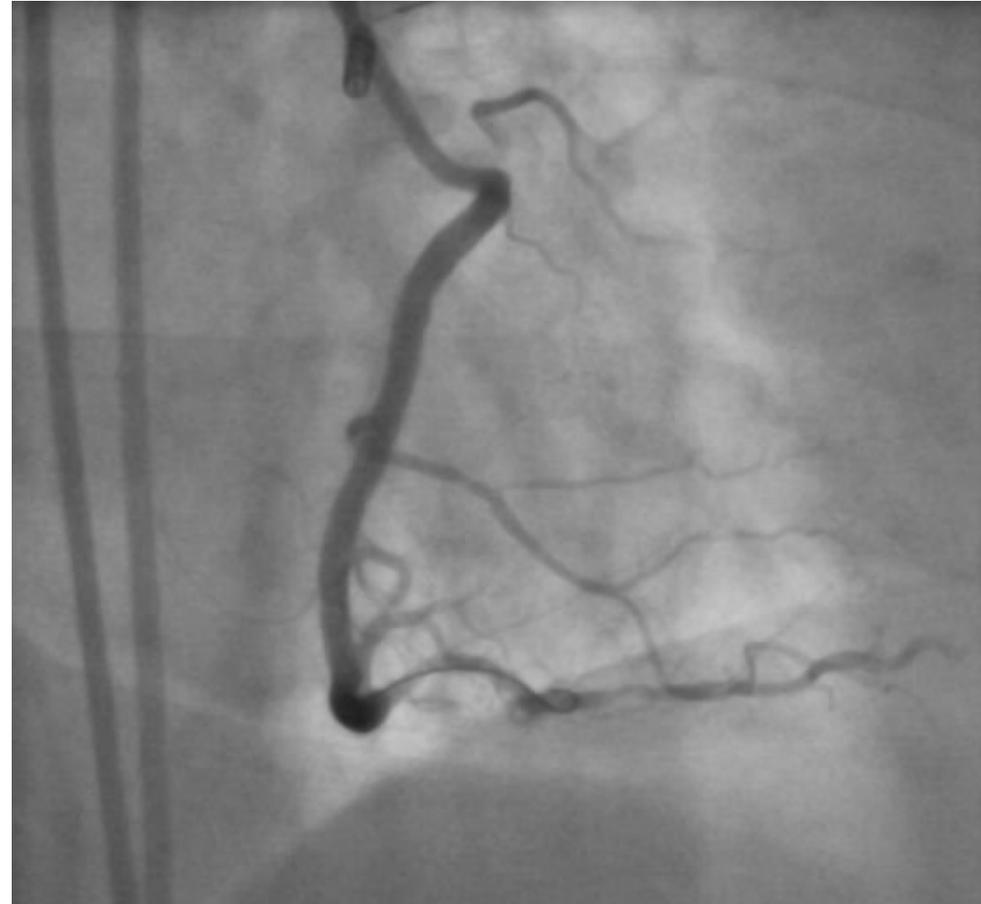
## Figura 9. Implante de stents distales.

- ▶ Tras el implante de los stents proximales y el de tercio medio, se visualiza enfermedad severa también en segmento distal hasta la cruz, por lo que se decide implantar dos stents mas: Orsiro Mission 3/18mm antes de la cruz y Orsiro Mission 3/22mm solapado al de tercio medio.



# Figura 10. Resultado final.

- Proyección ortogonal, OAD a 30° donde se visualiza la correcta expansión de los stents en el surco auriculo ventricular derecho y el lecho distal de la descendente posterior con enfermedad difusa.



# CONCLUSIONES (I).

- ▶ El tratamiento de las oclusiones coronarias crónicas ha experimentado un gran avance en los últimos años con la mejora del material, guías, microcateteres, balones de bajo perfil, así como la familiarización del cardiólogo intervencionista con dicho material y las diferentes técnicas de abordaje anterógrado y retrógrado.
- ▶ En muchas ocasiones, como muestra este caso clínico, un primer intento fallido puede facilitar un nuevo intento pasado un tiempo (1-3 meses), en el que el flujo anterógrado del vaso puede mejorar.

## CONCLUSIONES (II).

- ▶ El stent Orsiro Mission constituye una excelente opción terapéutica en el tratamiento de las lesiones coronarias crónicas, dado su excelente perfil de cruce y navegabilidad.
- ▶ Este caso muestra la complejidad de las oclusiones coronarias crónicas y el excelente resultado angiográfico del stent Orsiro Missio en dicho escenario.