

Oclusión crónica ACD. Angioplastia retrógrada (FM)

Julio Núñez, Gema Miñana

Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia
Avda. Blasco Ibañez, 17.
46010, Valencia
Tel. 617551562

Presentación del caso:

Mujer de 76 años que ingresa en cardiología Junio 2016 por insuficiencia cardiaca

ANTECEDENTES:

- No RAM
- DM2 con mal control metabólico. Dislipémica. HTA.
- Fumadora de 1 paquete diario durante más de 30 años.
- Enfisema pulmonar (sin tratamiento, actualmente a la espera de ser vista en las consultas de Neumología).
- Síndrome ansioso depresivo
- En seguimiento en CCEE Oncología por adenocarcinoma de sigma, intervenido en Enero del 2014 realizándose cirugía tipo Hartmann: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado pT4a pN0(0/20)M0 Recibió Xeloda Adyuvante por T4 e intervención urgente por perforación, con peritonitis, que finalizó en Noviembre-14 RECONSTRUCCIÓN DE HARTMANN + EVENTROPLASTIA en febrero de 2016. Actualmente aparentemente libre de enfermedad.

ECOCARDIOGRAFIA:

- Ligera dilatación ventricular izquierda.
- Cavidades auriculares de tamaño normal.
- Grosor de las paredes del VI normal.
- Disminución severa de la función sistólica ventricular izquierda (FEVI, Simpson=29%).
- Hipocinesia global del VI.
- Insuficiencia mitral grado II-III/IV (vena contracta = 7 mm).
- Gradiente aórtico normal, sin signos de insuficiencia.
- Ligera IT que permite estimar una PAPs de 47 mmHg.

Presentación del caso:

RESONANCIA CARDIACA:

Mala calidad del estudio por incapacidad del paciente para realizar adecuadamente las apneas.

Ventrículo izquierdo muy dilatado (IVTDVI: 157 ml/m²; IVTSVI: 98 ml/m²) y con función sistólica global moderada-severamente deprimida (FEVI: 37%), secundario a hipoquinesia generalizada y aquinesia inferior a los 3 niveles, infero-lateral basal; anterior apical y apex estricto. Adelgazamiento de segmentos aquinéticos.

Ventrículo derecho ligeramente dilatado (IVTDVD: 104 ml/m²; IVTSVD: 49 ml/m²) y función sistólica límite (FEVD: 53 %).

Aurículas ligeramente dilatadas: AI: 30 cm, 19 cm²/m². AD: 23 cm, 15 cm²/m². IM. Aorta de calibre conservado. Tronco pulmonar en el límite alto de la normalidad.

Ligero derrame pericárdico. Derrame pleural bilateral. Aumento hilios pulmonares (IVI).

Perfusión de primer paso en reposo (gadobenato de dimeglumina iv. 0.075 mmol/kg, sin complicaciones) con hipoperfusión en apex estricto, y septo medio-apical.

Necrosis miocárdica transmural en los 3 segmentos inferiores, infero-lateral basal, anterior apical, y apex estricto.

En resumen, dilatación severa de VI con función sistólica global moderadamente deprimida, secundario a necrosis transmural de 4 segmentos del territorio de la CD y 2 segmentos del territorio de la DA.

Intervencionismo coronario:

Pretratamiento con heparina sódica, aas y clopidogrel (600 mg).

Se accede a TCI (para abordaje retrógrado) desde acceso radial derecho con catéter guía Sheathless PB3 7.5F y guía Sion Blue.

Se predilata la lesión de ADA con balón Pantera 2.5 x 10 mm y se implanta stent farmacoactivo recubierto de biolimus Biofreedom 3.0 x 11 mm a 14 atm.

Posteriormente se canaliza ACD (para acceso anterógrado) con catéter guía AL 0.75 7F (desde acceso femoral derecho).

Mediante guía Sion y microcatéter FineCross se accede retrógradamente a ACD a través de rama septal. Se intercambia por guía Gaia 2nd que se avanza hasta ACD proximal.

Anterógradamente se avanza guía Sion Blue con apoyo de microcatéter Corsair y mediante técnica de CART reverso con balón Pantera 2.5 x 15 mm se consigue introducir la guía retrógrada en luz verdadera e introducirla en el catéter anterógrado.

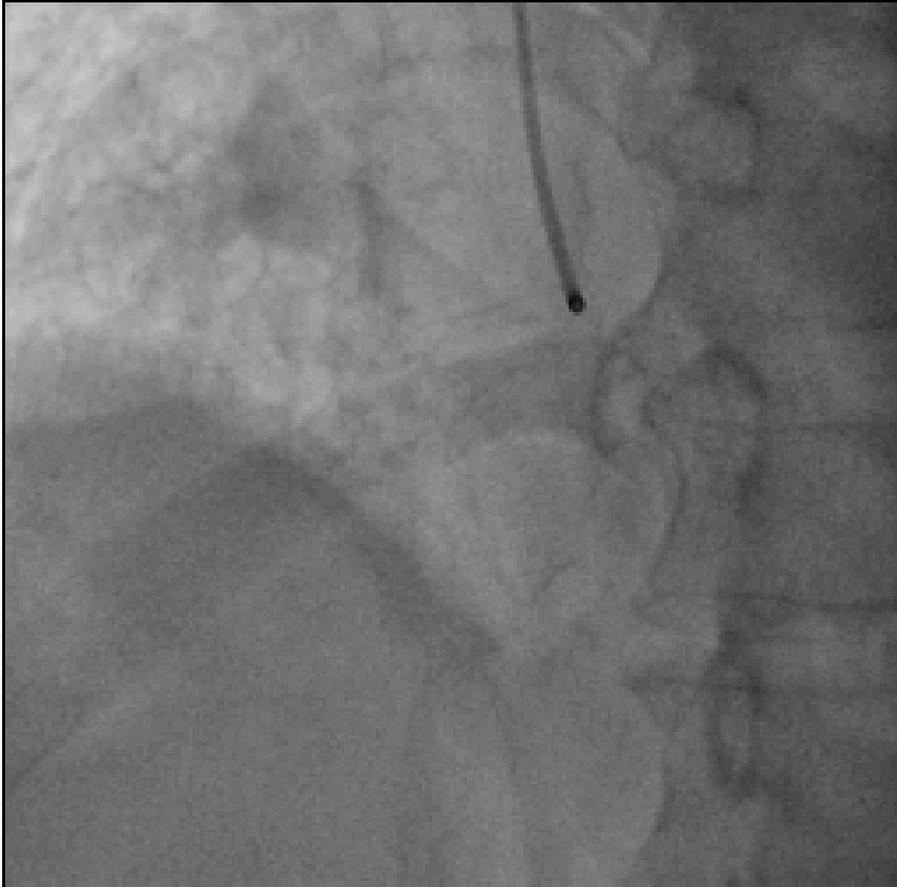
Se avanza microcatéter retrógrado y se sustituye la guía por RG3, que se externaliza, cerrando el circuito.

Se predilata sucesivamente ACD de distal a proximal con balones Pantera 1.5 x 15 mm y 2.5 x 20 mm y se implantan stents farmacoactivos solapados, de distal a proximal (cubriendo ostium) recubiertos de sirolimus Orsiro 2.5 x 18 mm, Biomime 3.0 x 48 mm y Orsiro 3.0 x 26 mm, postdilatando en las zonas solapadas con los mismos balones de los stents y en segmento proximal y ostium con balón de alta presión Pantera Leo 3.5 x 15 mm hasta 18 atm.

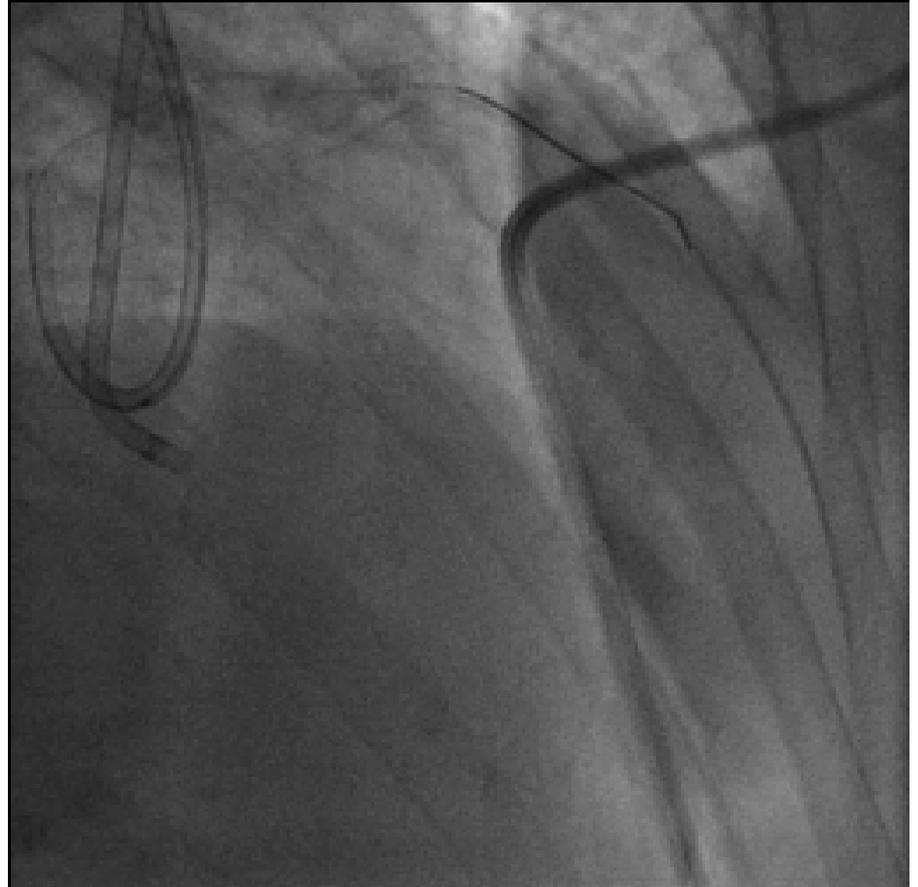
Al final del procedimiento se objetiva un buen resultado anatómico y flujo distal TIMI 3 sin complicaciones inmediatas.

Cateterismo cardiaco

VÍDEO 1



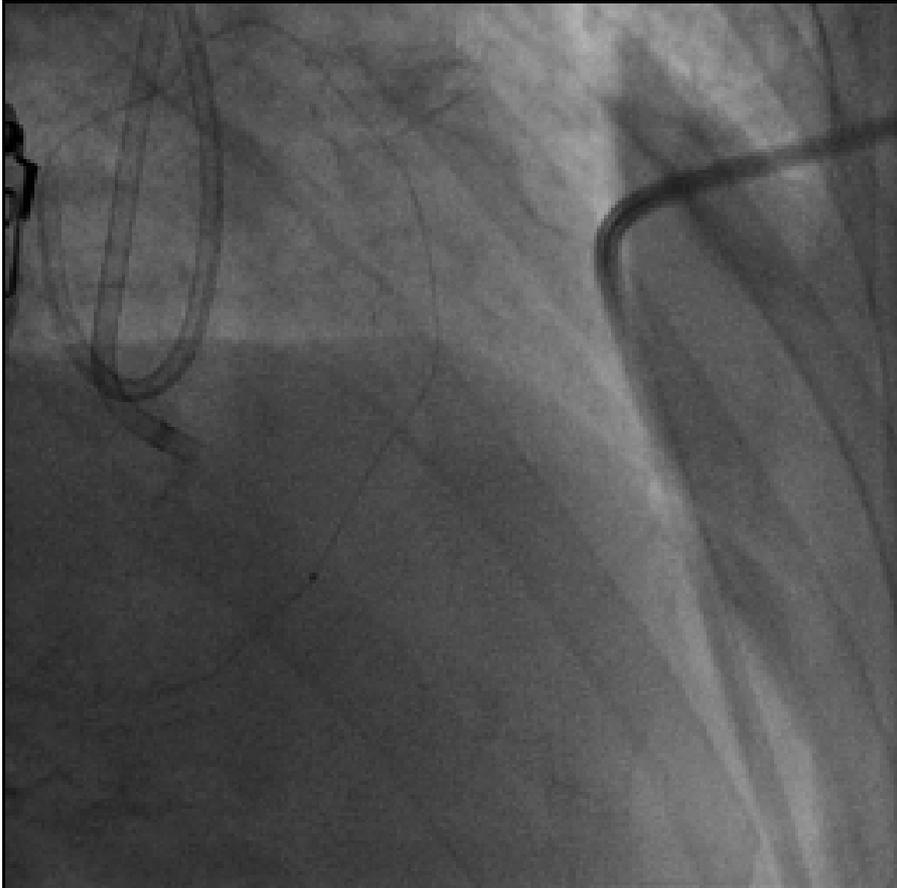
VÍDEO 2



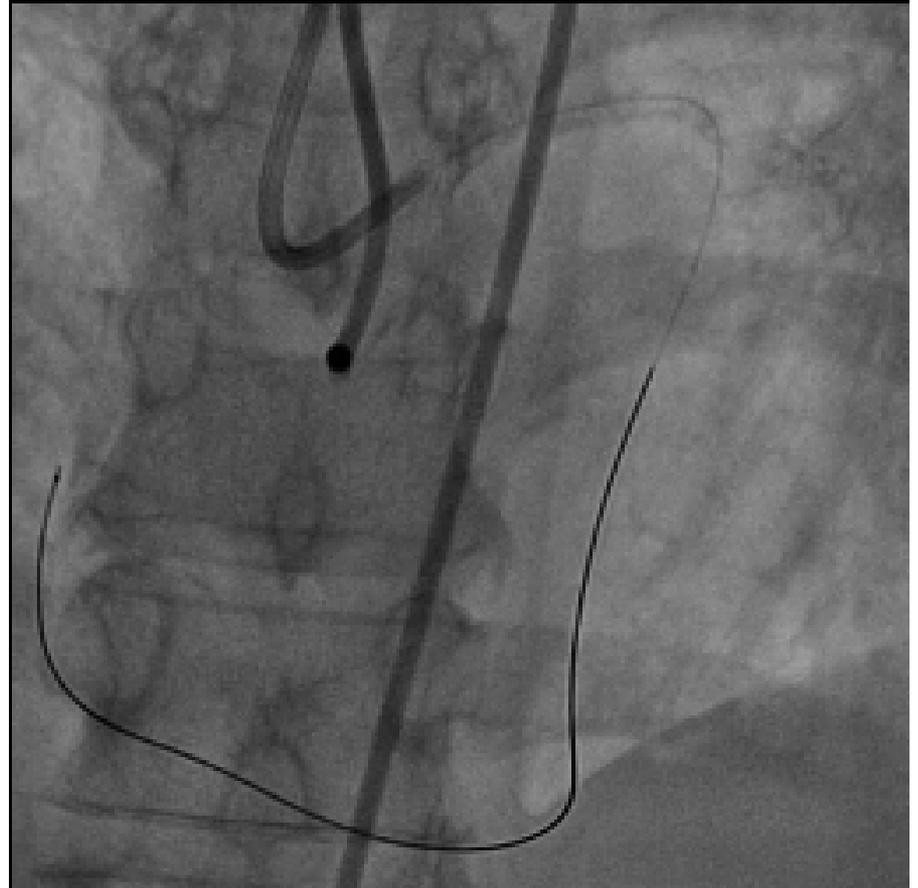
Vídeo 1: Coronariografía diagnóstica. Canalización con catéter diagnóstico JR4 5F. Oclusión crónica ACD proximal.

Vídeo 2: Inyección bilateral. Canalización de TCI con catéter guía Sheathless PB3 7.5F (desde acceso radial derecho) y de ACD con catéter guía AL0,75 7F (desde acceso femoral derecho, por ausencia de pulso radial izquierdo)

VÍDEO 3

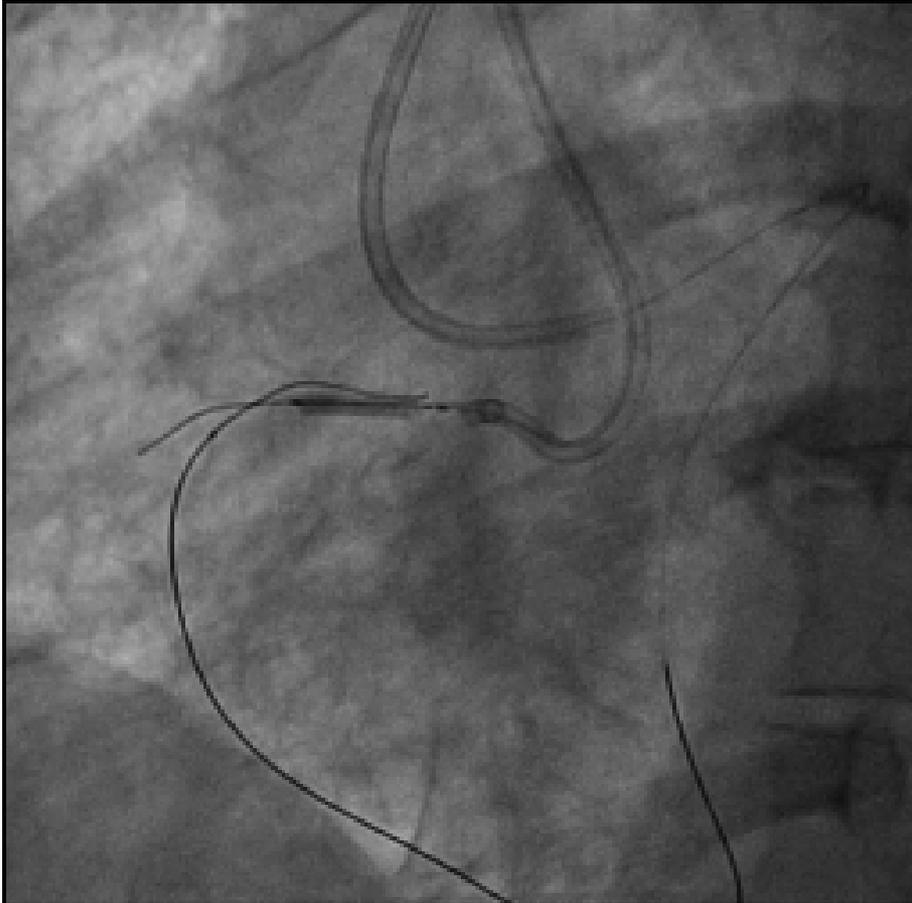


VÍDEO 4

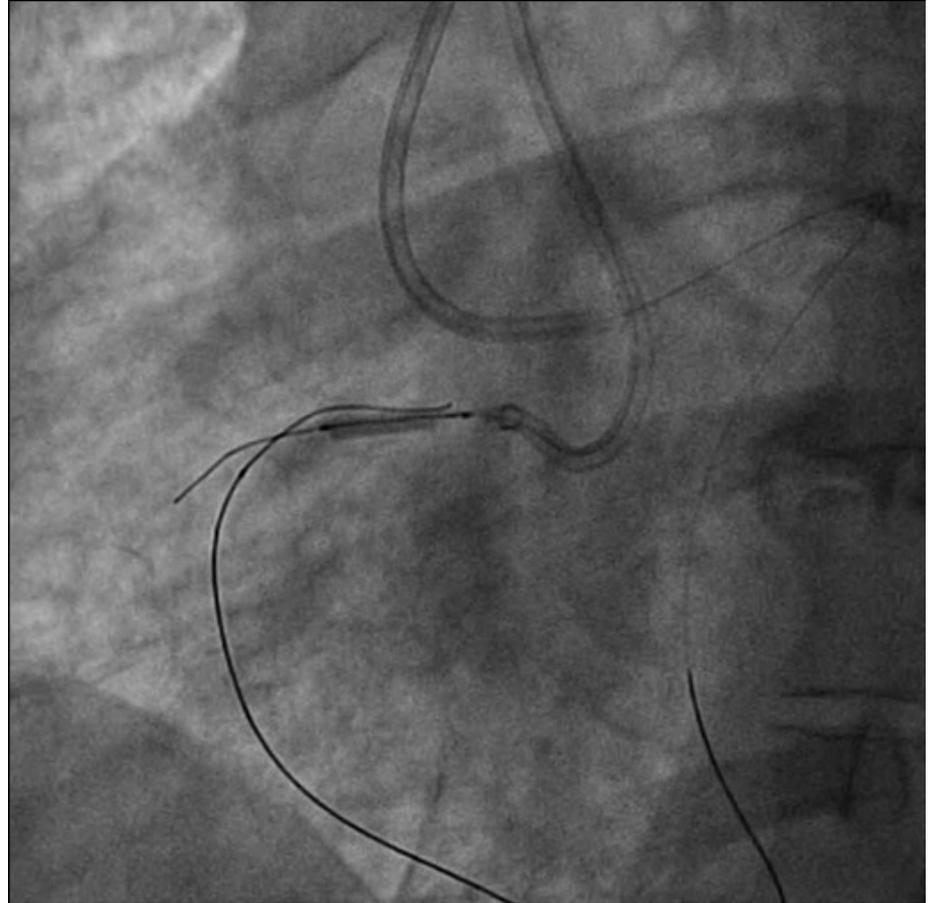


Vídeos 3 y 4: Mediante guía Sion y microcatéter FineCross se accede retrógradamente a ACD a través de rama septal. guía Gaia 2nd que se avanza hasta ACD proximal.

VÍDEO 5

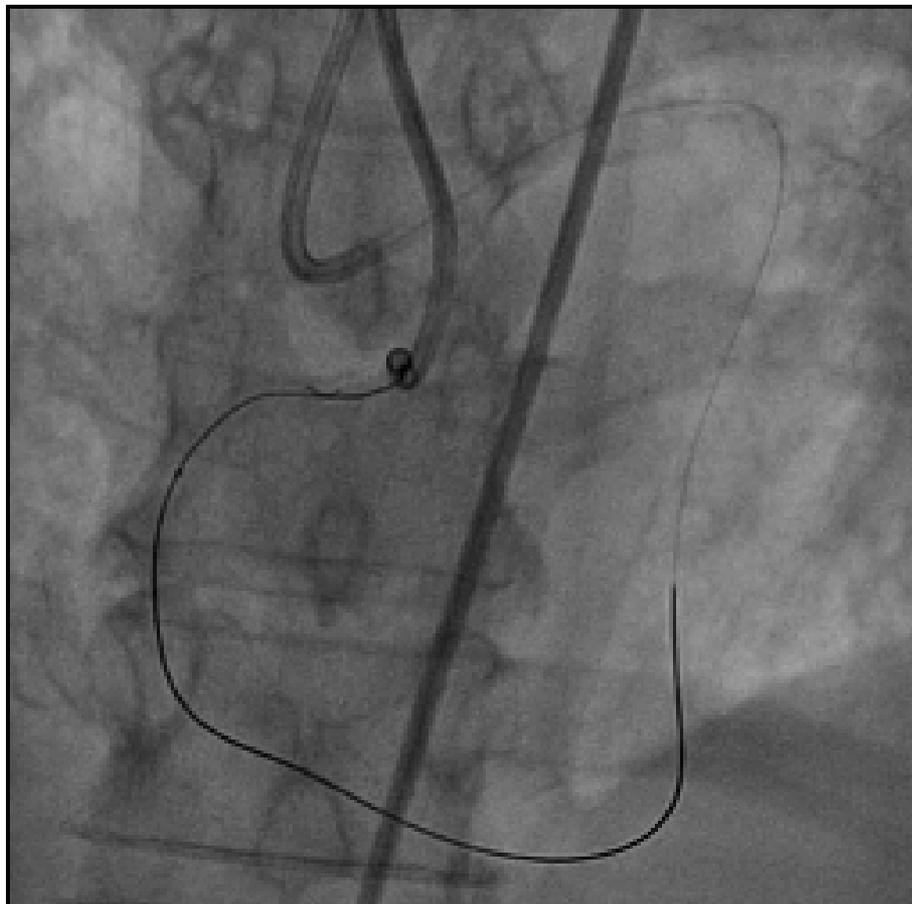


VÍDEO 6



Vídeos 5 y 6: Anterógradamente se avanza guía Sion Blue con apoyo de microcatéter Corsair y mediante técnica de CART reverso con balón Pantera 2.5 x 15 mm se consigue introducir la guía retrógrada en luz verdadera e introducirla en el catéter anterógrado.

VÍDEO 7



Vídeo 7: Se avanza microcatéter retrógrado y se sustituye la guía por RG3, que se externaliza, cerrando el circuito.

FIGURA 1

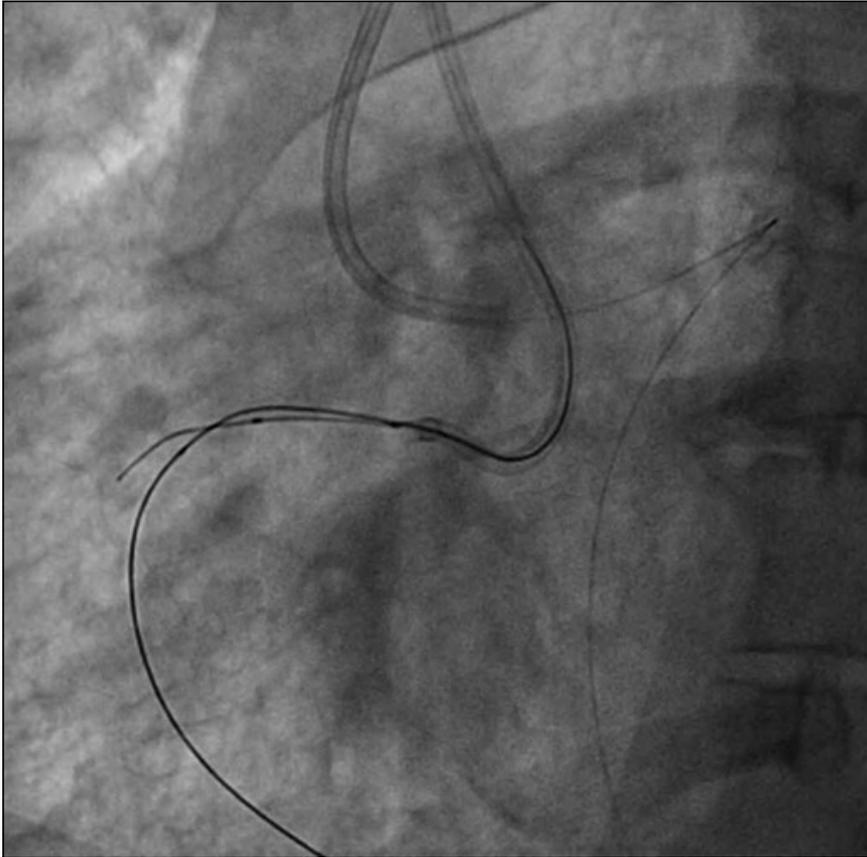


FIGURA 2



Figura 1. Introducción de la guía retrógrada en el catéter anterógrado.

Figura 2. Tras intercambio por guía RG3 y externalización, se retira el microcatéter hacia ACD distal.

FIGURA 3

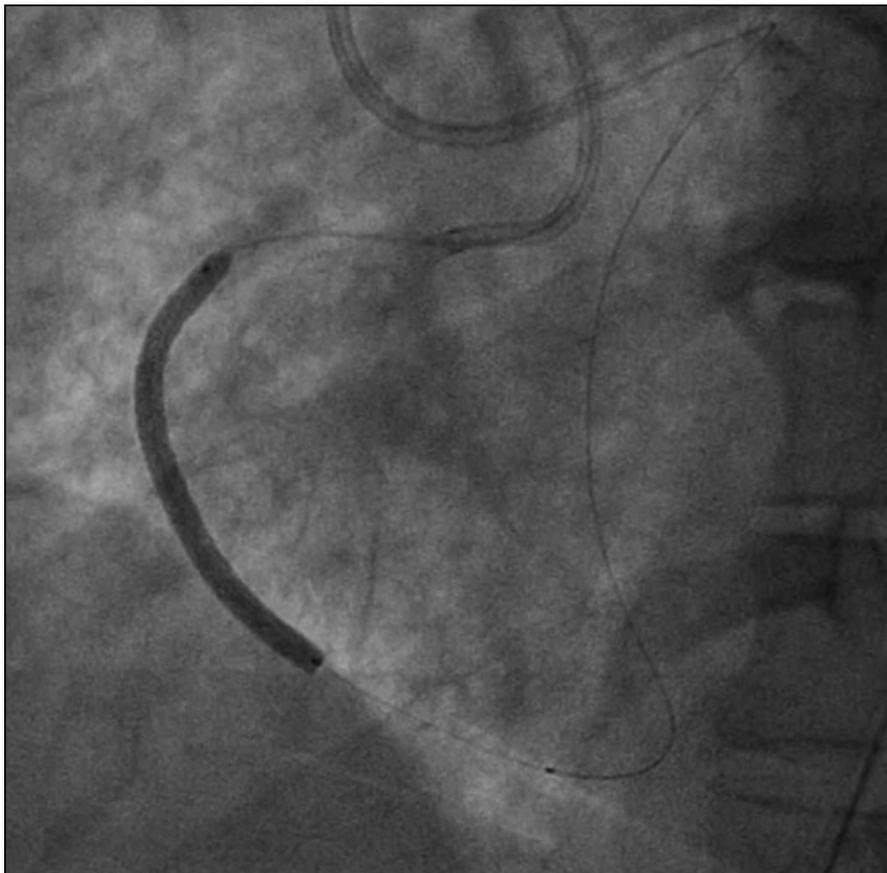


FIGURA 4

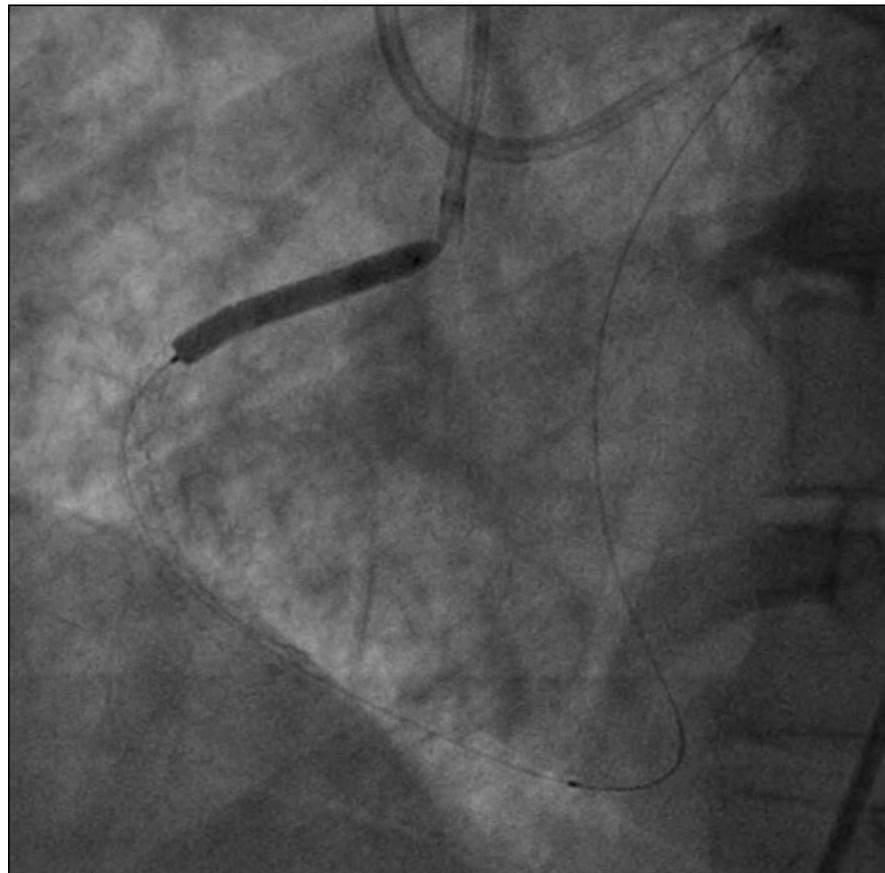


Figura 3. Implante de stent farmacoactivo 3.0 x 48 mm

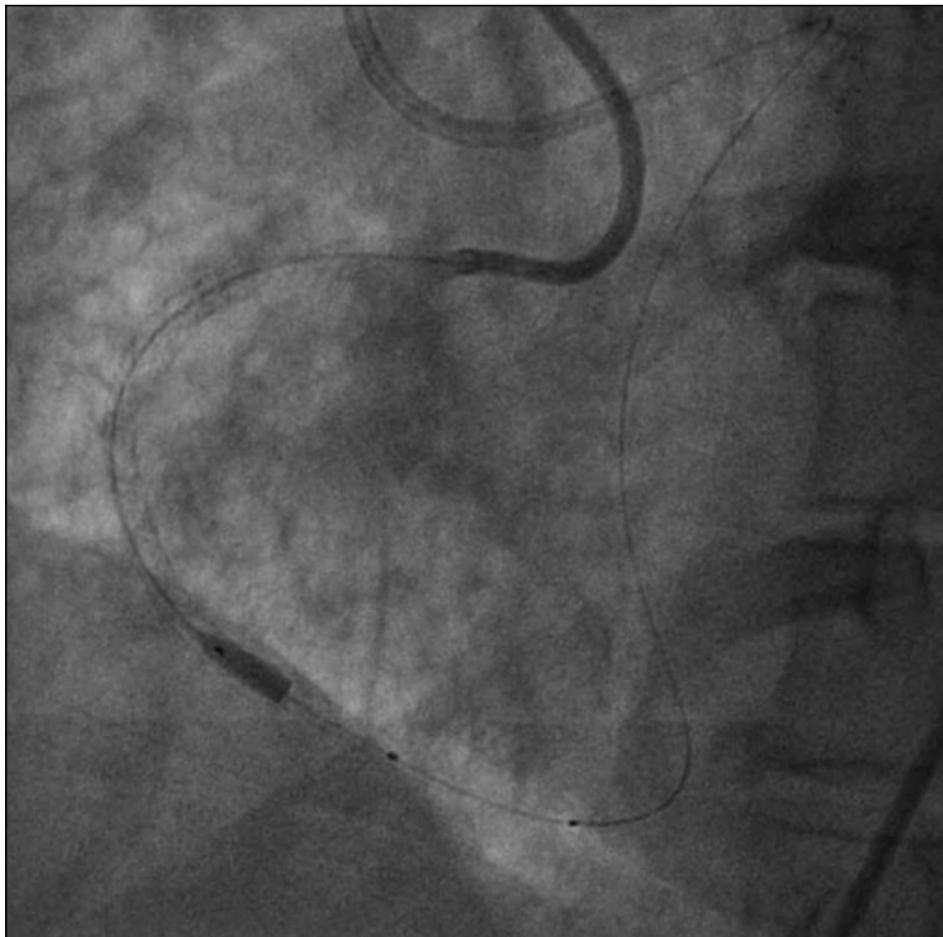
Figura 4. Implante proximal de stent farmacoactivo 3.0 x 26 mm

VÍDEO 8



Angiografía tras implante de los dos stents solapados que muestra enfermedad disección en el borde distal del stent y enfermedad residual distal.

FIGURA 5



Implante de stent farmacoactivo 2,5 x 18 mm solapado distalmente al stent previo

Resultado final

VÍDEO 9

