


INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO EN
OCLUSIÓN PRECOZ DE INJERTO VENOSO AORTOCORONARIO
COMBINADO CON DEGENERACIÓN PRECOZ DE PUENTE DE
MAMARIA DERECHA

Manuel Guzmán Herrera
Complejo Hospitalario de Jaén



CASO CLÍNICO

Paciente de 57 años con antecedentes de Tabaquismo e HTA. Cardiopatía isquémica con cateterismo cardíaco realizado en Boston (USA) en Agosto de 2022 por clínica de angor mixto, que mostró enfermedad coronaria de tres vasos , realizándose injerto de Mamaria izquierda a Descendente anterior , Injerto de mamaria derecha a Ramo Marginal e Injerto de Safena a Coronaria Derecha.

ENFERMEDAD ACTUAL

En Enero de 2023 , encontrándose desplazado en España,acude a Urgencias de Hospital Comarcal por disnea que se inició después de una caminata y qe se ha incrementado en el transcurso de los días. Finalmente y tras objetivar elevaciones troponina I > 600, T s negativas en derivaciones inferiores es ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Comarcal y trasladado a nuestro Centro es referencia para realización de cateterismo Cardíaco

CORONARIOGRAFIA ACTUAL

Tronco

Corto y sin lesiones

Descendente anterior:

Difusamente enferma y calcificada, con estenosis suboclusiva (95 %) desde el tercio medio. Dicho segmento medio y distal se visualiza por circulación de injerto de mamaria izquierda, que está permeable, sin lesiones.**Fotos 1-2**

Arteria Circunfleja:

Dominante de gran desarrollo, presenta una oclusión de aspecto crónico (100%) larga desde el tercio medio. La safena a la descendente posterior (vaso distal de Circunfleja) se encuentra ocluida , con restos de trombo desde el segmento proximal El injerto de mamaria derecha a ramo marginal se encuentra degenerado de forma difusa.

Fotos 3-4-5-6

Coronaria derecha:

Hipopásica, de poco desarrollo y de fino calibre. Presenta una estenosis severa (95%) en su segmento medio distal (ya descrito en cateterismo previo) **Fotos 7-8**



FOTO 1.



FOTO 2.

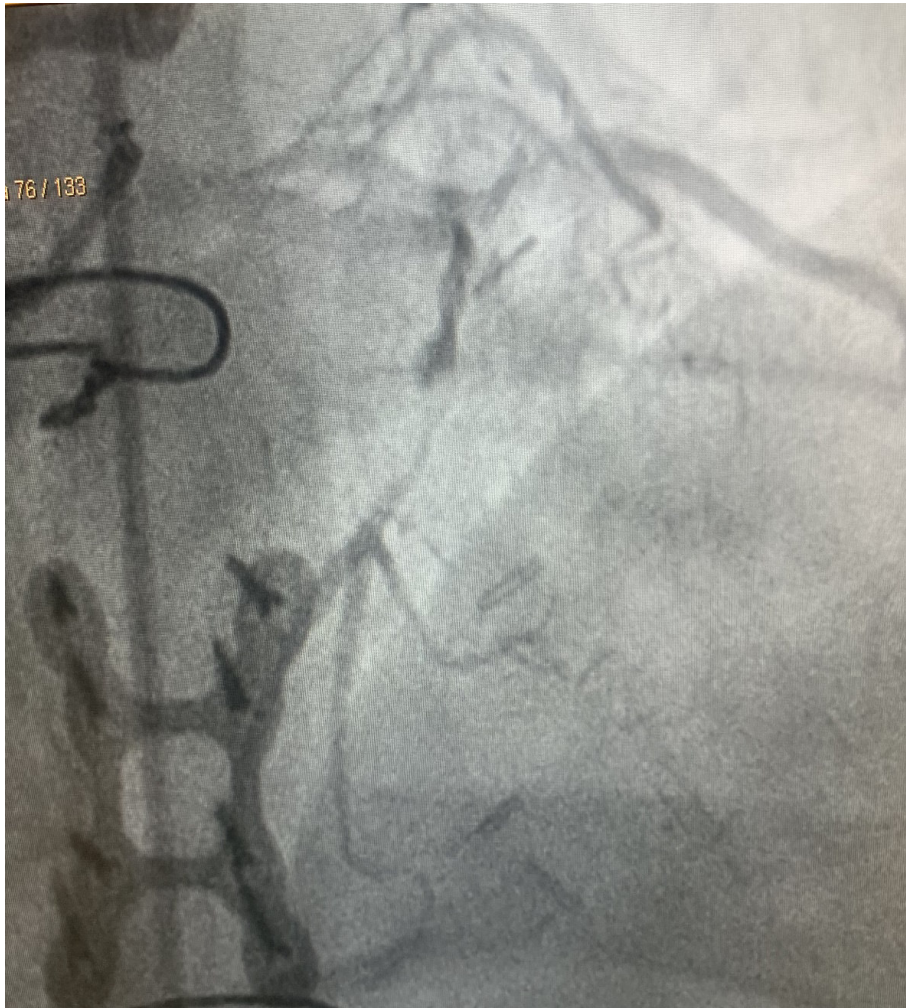


FOTO 3.

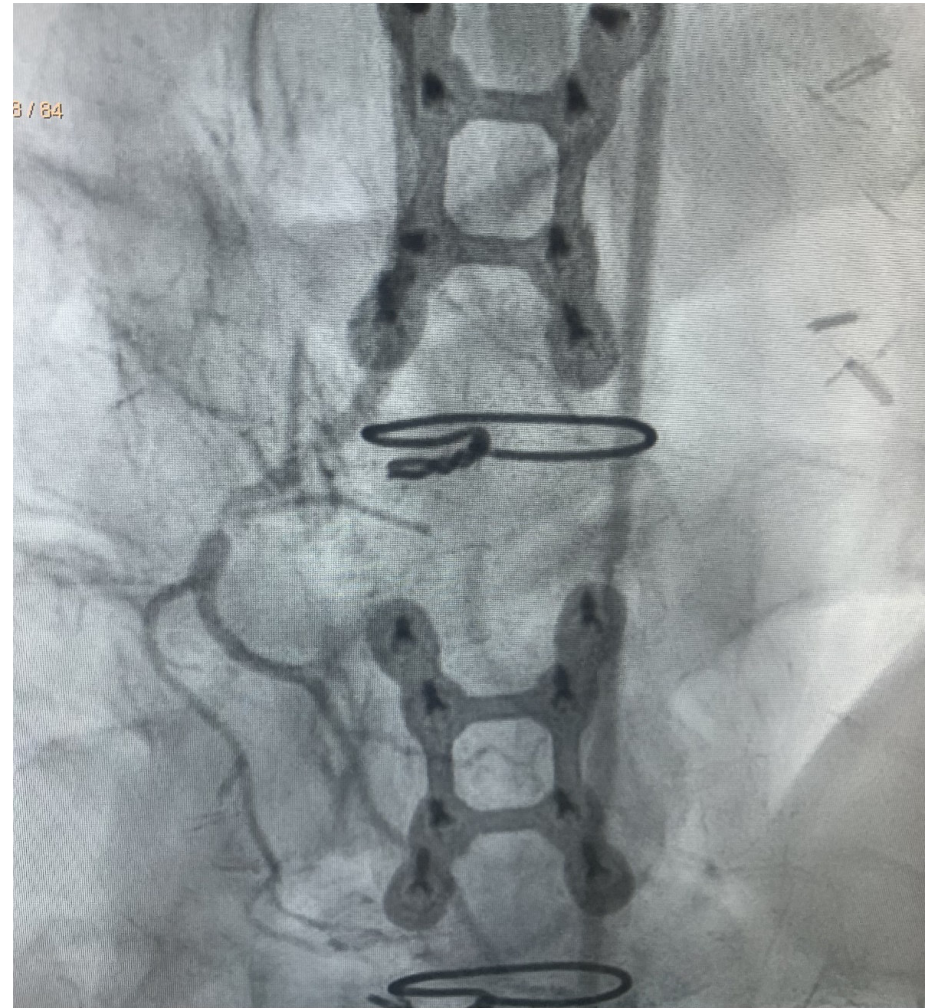


FOTO 4.

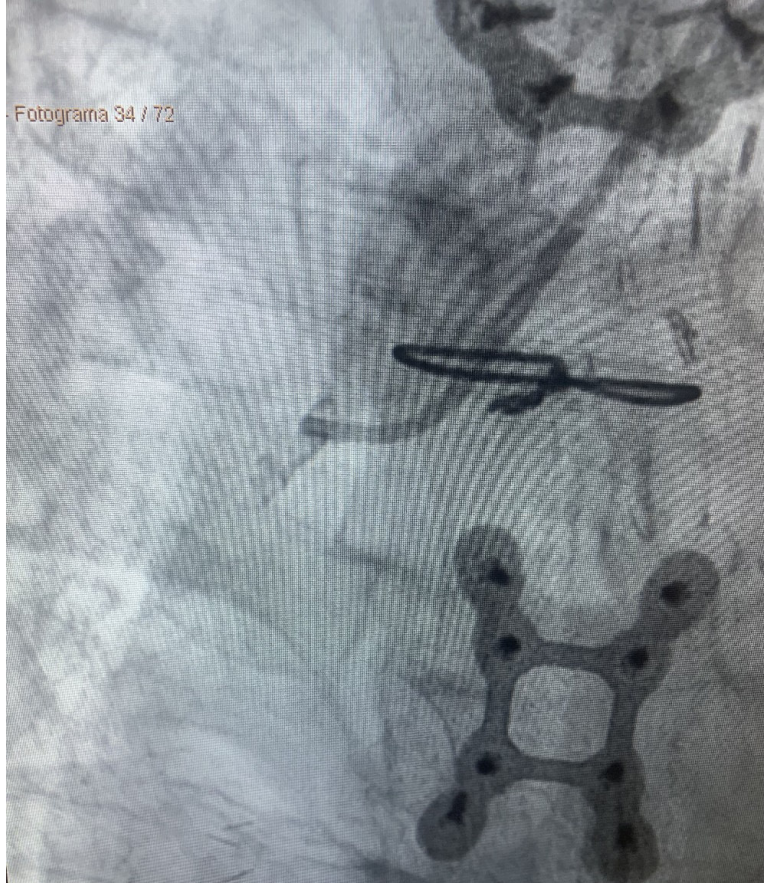


FOTO 5.

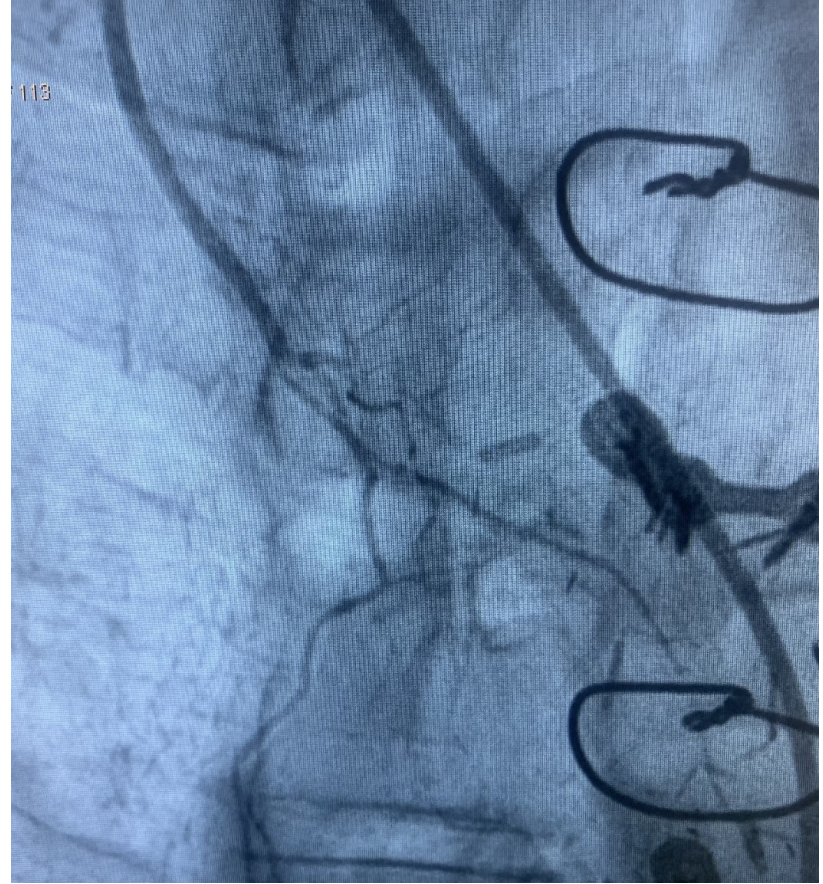


FOTO 6.

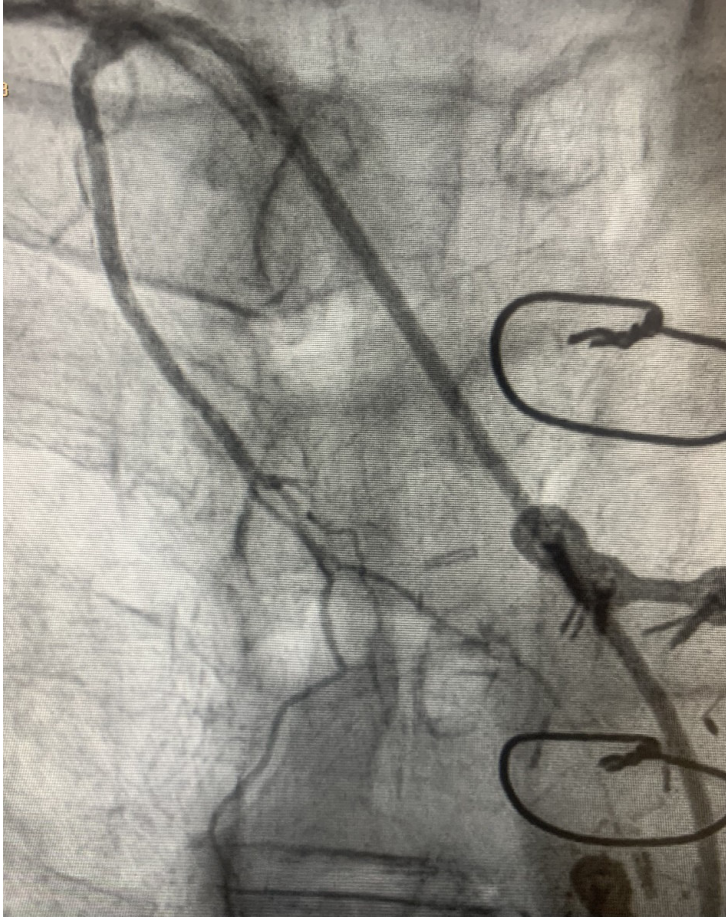


FOTO 7.

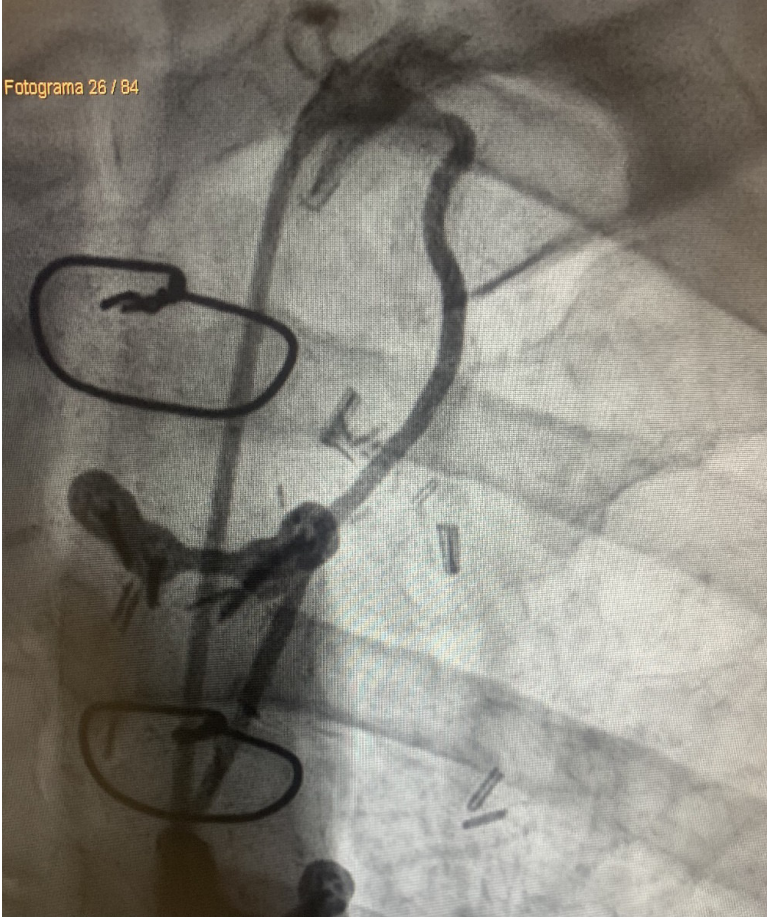


FOTO 8.

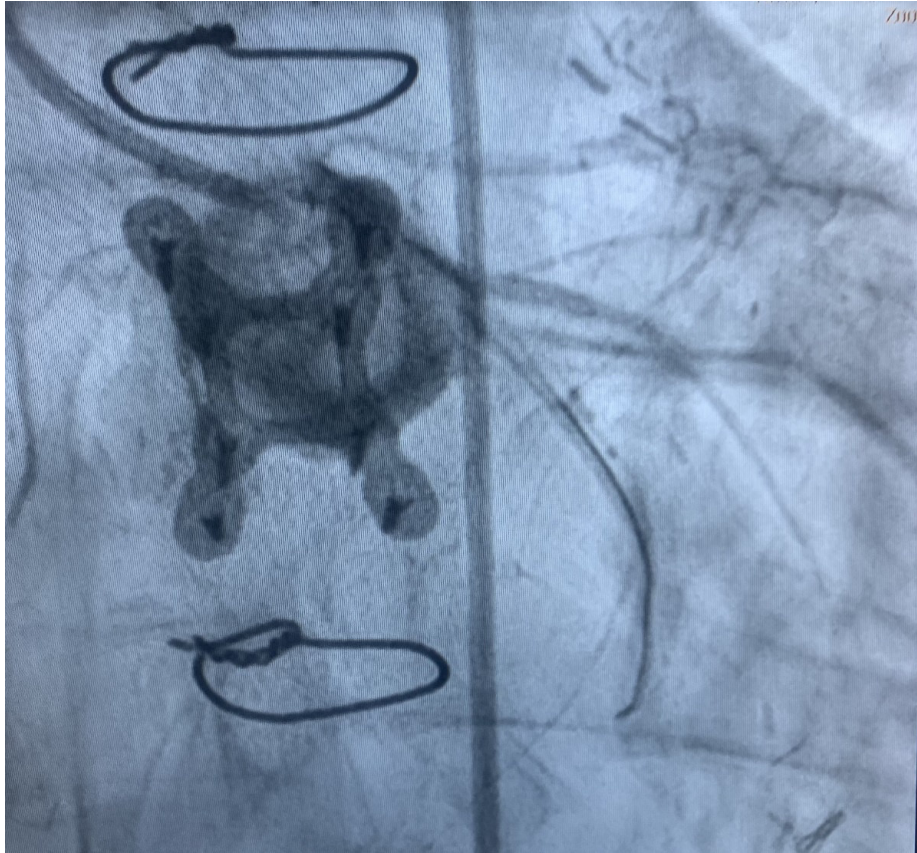


FOTO 9.



FOTO 10.

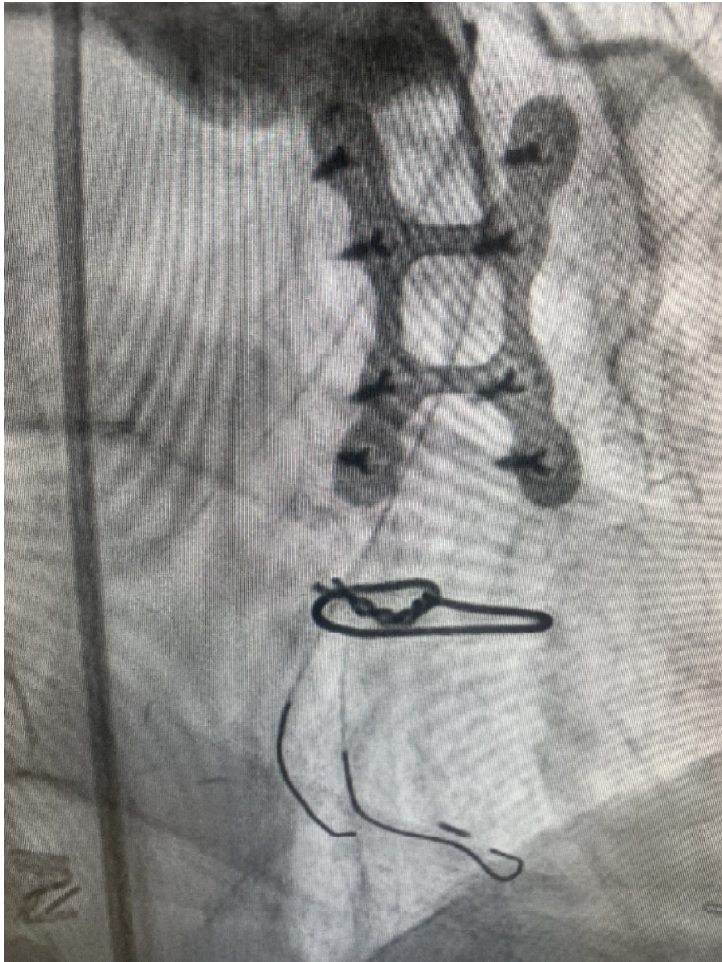


FOTO 11.

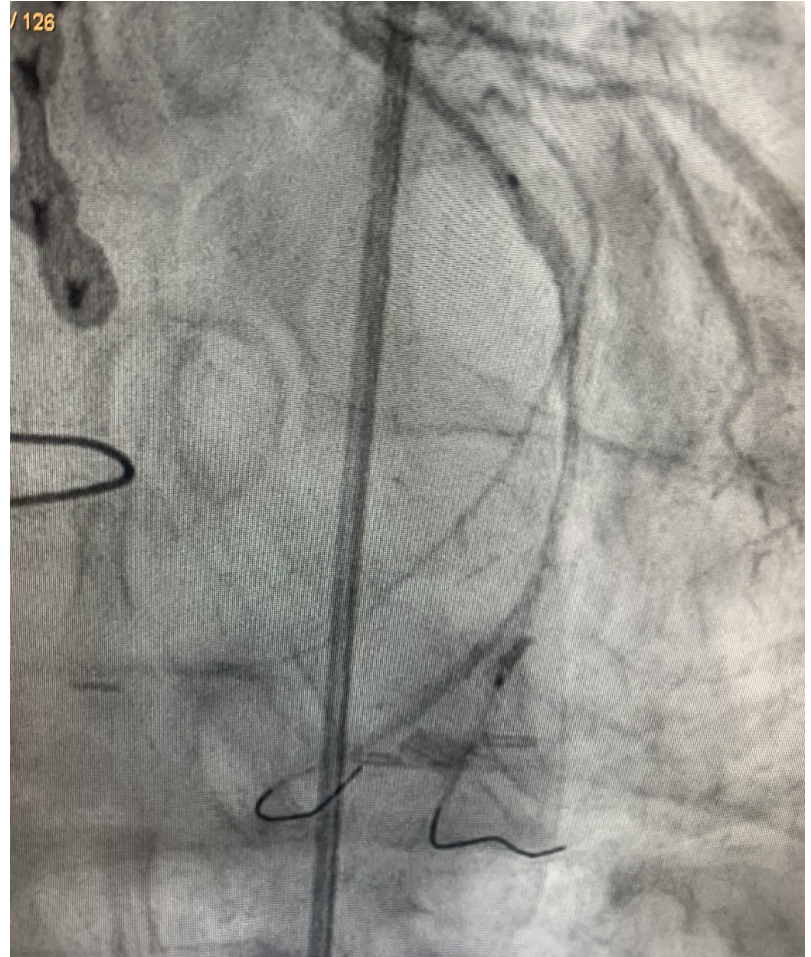


FOTO 12

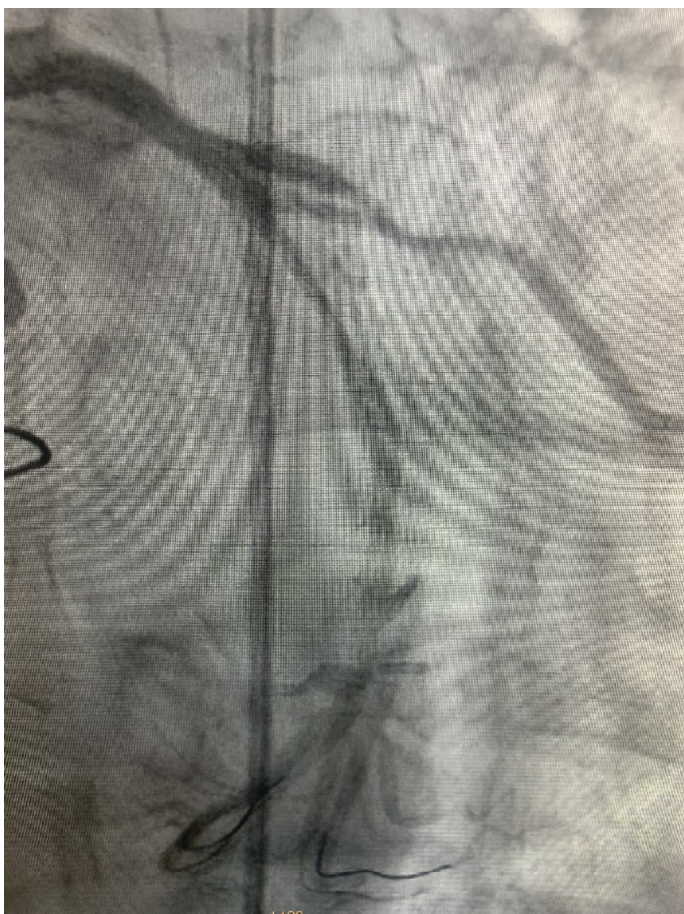


FOTO 13

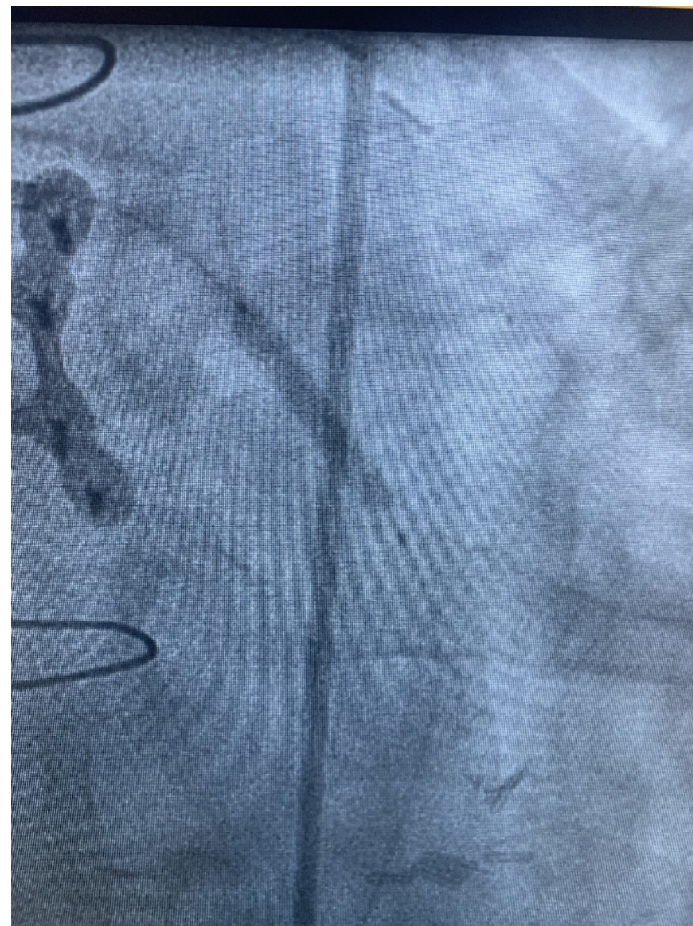


FOTO 14.

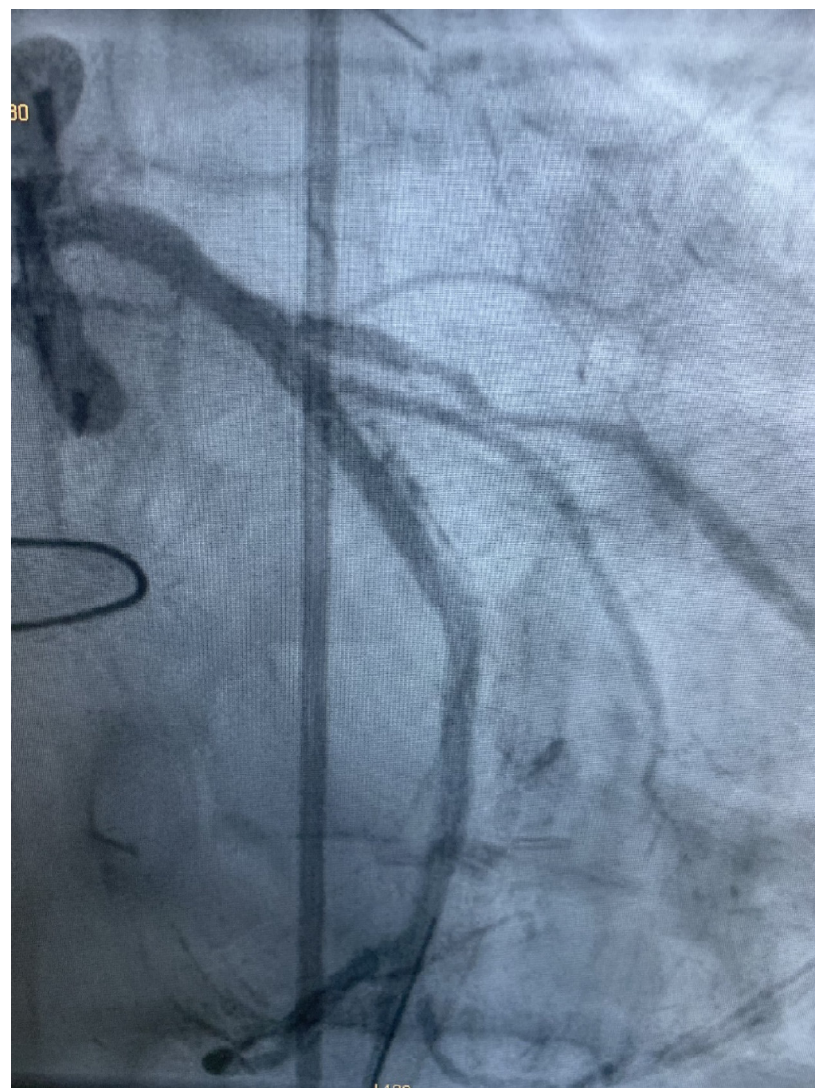


FOTO 15.

ANGIOPLASTIA

Tras administración de 7000 UI de Heparina sódica. Introdutor femoral derecho 8 F y carga de 180mgs de Ticagrelor.

Se decide intento anterogrado e la oclusión de CX nativa.

Con ayuda de microcateter se consigue pasar la luz de la Descendente Posterior
Con guía Gaia Second.

Se realiza en segmento medio múltiples predilataciones con balón de 1,5 x1 y 2 x 15 mms, consiguiendo flujo distal.

Se implanta desde CX Proximal a Distal os stents solapados farmacoactivos

Orsiro de 3 x22 mms y 2,75 x 30 mms postilatandose con balón NC 3X 15 mms con buen resultado final

FOTOS 8 -15

DISCUSION

El presente caso se combina la precoz degeneración del puente arterial de mamaria derecha a aorta magna con una trombosis también precoz del puente de safena a DP.

La permeabilidad de los puentes venosos (PV) sigue siendo un problema no resuelto en la cirugía revascularización miocárdica. Numerosos estudios han demostrado que, a 10 años, sólo 40-50% están permeables. El mecanismo responsable es diferente según el momento en que aparece. Dentro del primer mes postoperatorio habitualmente se debe a trombosis secundaria al trauma quirúrgico o trastornos hemodinámicos que generan una gran disfunción endotelial del injerto; entre 1 y 24 meses, debido a hiperplasia neointimal principalmente en la línea de sutura y sobre los 2 años, la aterosclerosis) es el principal mecanismo de obstrucción de los PV. Al igual que en las arterias nativas, en los PV podemos encontrar placas ateroscleróticas en sus diferentes etapas, las que pueden romperse y promover la oclusión trombótica del mismo.

La revascularización percutánea con stents farmacoactivos sobre el árbol de CX nativa ha resultado eficaz para la obtención de un buen resultado angiográfico, que deberá ser complementado con un control exhaustivo de los factores de riesgo HTA y hábito tabaquico y una doble antiagregación por un tiempo superior al año.

REFERENCIAS

1 Harskamp RE, Lopes RD, Baisden CE, de Winter RJ, Alexander JH.

Saphenous vein graft failure after coronary artery bypass surgery: pathophysiology, management, and future directions. *Ann Surg.* 2013; 257: 824-33.

2 Motwani JG, Topol EJ. Aortocoronary Saphenous Vein Graft Disease:

Pathogenesis, Predisposition, and Prevention. *Circulation* 1998; 97: 916-31.

3 Mintz GS, Guagliumi G. Intravascular imaging in coronary artery disease. *Lancet* 2017; 390: 793-809.

4 Koskinas KC, Ughi GJ, Windecker S, Tearney GJ, Rauber L.

Intracoronary imaging of coronary atherosclerosis: validation for diagnosis, prognosis and treatment. *Eur Heart J* 2016; 37: 524-35.

5 FitzGibbon GM, Leach AJ, Keon WJ, Burton JR, Kafka HP.

Coronary bypass graft fate: angiographic study of 1,179 vein grafts early, one year, and five years after operation. J Thorac Cardiovasc Surg. 1986; 91: 773-8.

6. FitzGibbon GM, Kafka HP, Leach AJ, WJ Keon, GD Hooper, JR Burton.

Coronary bypass graft fate and patient outcome: angiographic follow-up of 5,056 grafts related to survival and reoperation in 1,388 patients during 25 years. J Am Coll Cardiol 1996; 28: 616-26.

7 Rioufol G, Finet G, Gino I, Andre'-Foue't X, Rossi R, Vialle E, et al.

Multiple athero- sclerotic plaque rupture in acute coronary syndrome: a three-vessel intravascular ultrasound study. Circulation 2002;106: 804-5

8. Burke AP, Farb A, Malcom GT, Liang YH, Smialek J, Virmani R.

Coronary risk factors and plaque morphology in men with coronary disease who died suddenly. N Engl J Med 1997; 336: 1276-82. eixeira R, Lourenço C, António

9.,N, Jorge E, Baptista R, Saraiva F, et al..

¿Podemos mejorar la evolución de los pacientes con antecedentes de cirugía de bypass coronario ingresados por un síndrome coronario agudo? Rev Esp Cardiol.. , 63 (2010), pp. 554-63

10. 6]Kleiman N, Anderson V, Rogers W, Theroux P, Thompson B, Stone P, for the TIMI IIIR Investigators..

Comparison of outcome of patients with unstable angina and non-Q-wave acute myocardial infarction with and without prior coronary artery bypass grafting thrombolysis in myocardial ischemia III registry)..

Am J Cardiol, 77 (1996), pp. 227-31

