

**PERFORACIÓN MULTIVASO
EN PACIENTE OCTOGENARIO.**

Antecedentes personales, exploración física y pruebas complementarias

Varón de 84 años sin alergias conocidas, hipertenso y dislipémico.

Antecedentes cardiolovasculares: En 2015 fue estudiado en consulta por BRI diagnosticándose de cardiopatía hipertensiva y función biventricular normal. Estenosis de arteria carotídea derecha intervenida mediante endarterectomía en el 98.

Tratamiento habitual: Simvastatina 10mg. Adiro 100. Indapamida.

Enfermedad actual: Acude a urgencias por presentar desde hace 10 días dolor en ambas extremidades superiores y en la parte alta del tórax que define como opresivo al inicio del esfuerzo sin cortejo vegetativo y que cede con el reposo. No clínica de ICC.

EF: TA 127/50 mmHg Fc: 80 lpm. AC: RsCsRs sin soplos. AP: mvc. EE: buena perfusión periférica, se palpan pulsos pedios, conservados y simétricos. No edemas

Pruebas complementarias:

ECG: Ritmo sinusal a 75 lpm . BCRIHH ya conocido

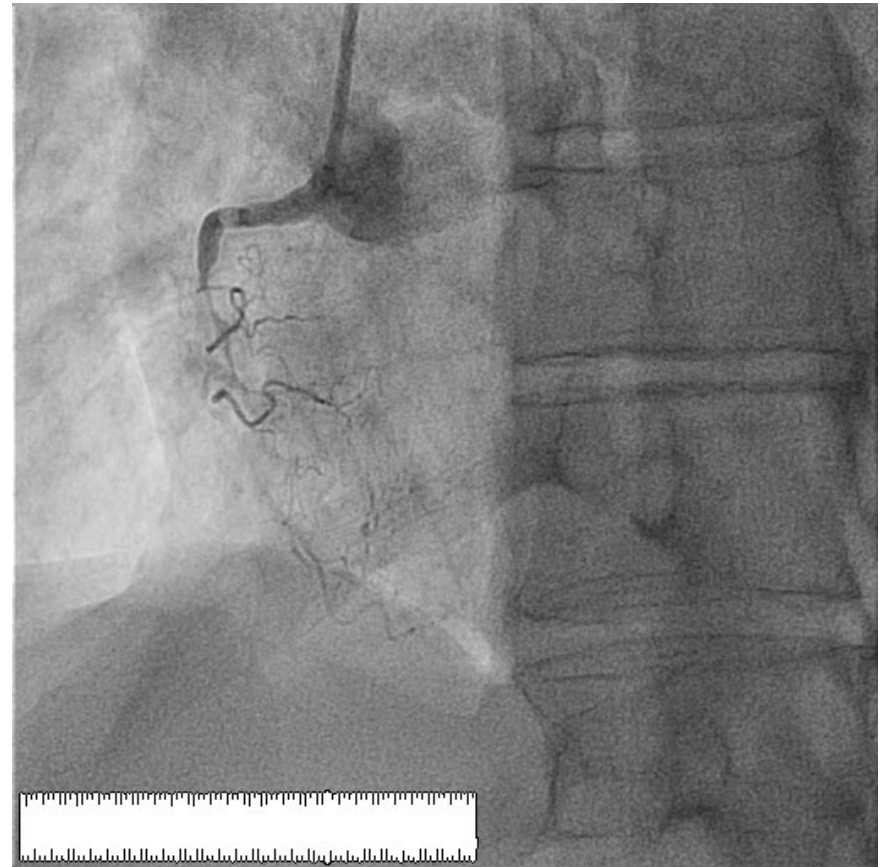
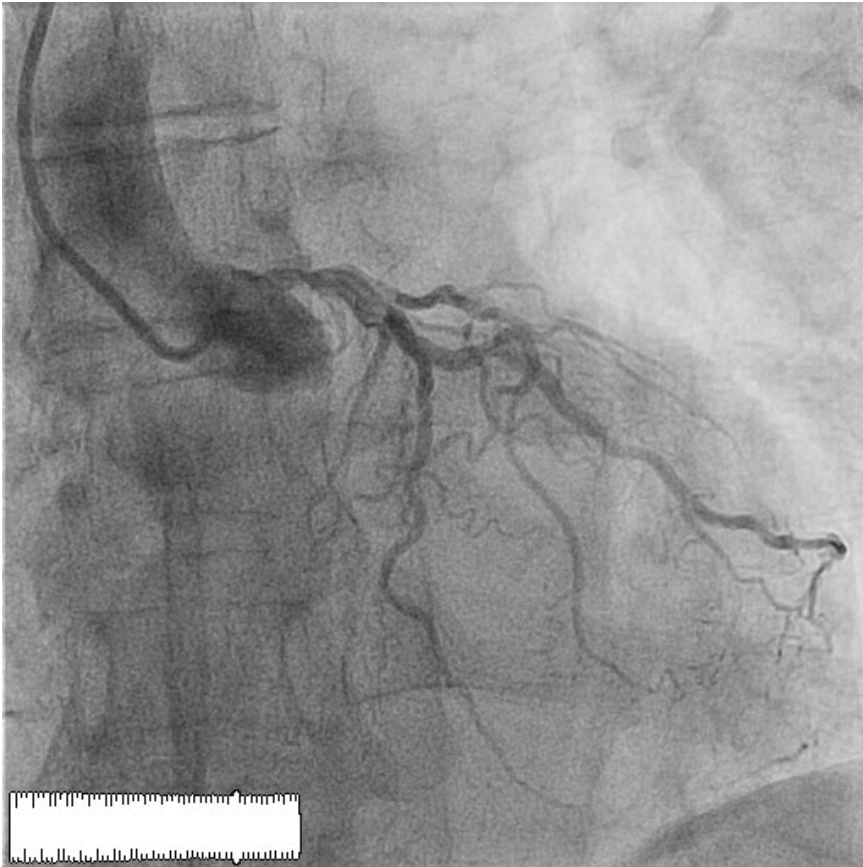
Radiografía de tórax: Sin alteraciones

Analítica al ingreso: Cr 1,52, K 4,4 CK 98 Tus 25. Resto normal.

Juicio clínico: Angor de primo esfuerzo

Evolución

Se realiza cateterismo en las primeras 24h por vía radial derecha que muestra: TCI: Lesión severa a nivel medio. CD: Lesión crítica en segmento medio. Resto sin estenosis significativas. (Ver figuras 1 y 2)



Figuras 1 y 2: Se muestran las imágenes del cateterismo diagnóstico.

Procedimiento 1

Se realiza ICP a CD. Se cruza la lesión con una guía convencional consiguiendo flujo distal TIMI. Se predilata con balón de 2 y 3mm e implantamos dos stents farmacoactivos de sirolimus y zotarolimus respectivamente (3,15x19 y 4,5x18).

Tras el implante del stent más proximal se produce perforación coronaria tipo III con fuga activa. (Ver figura 3)

Se realizan inflados prolongados con el balón del stent y se administra 50 mg de protamina persistiendo la fuga. (figura 4)

Ayudándonos de un extensor de catéter, implantamos dos stents intrastent recubiertos de pericardio de 3mm que se postdilatan con balón NC de 4mm a altas atmósferas. (figura 5)

Se implanta otro stent liberador zotarolimus más proximal cubriendo el ostium

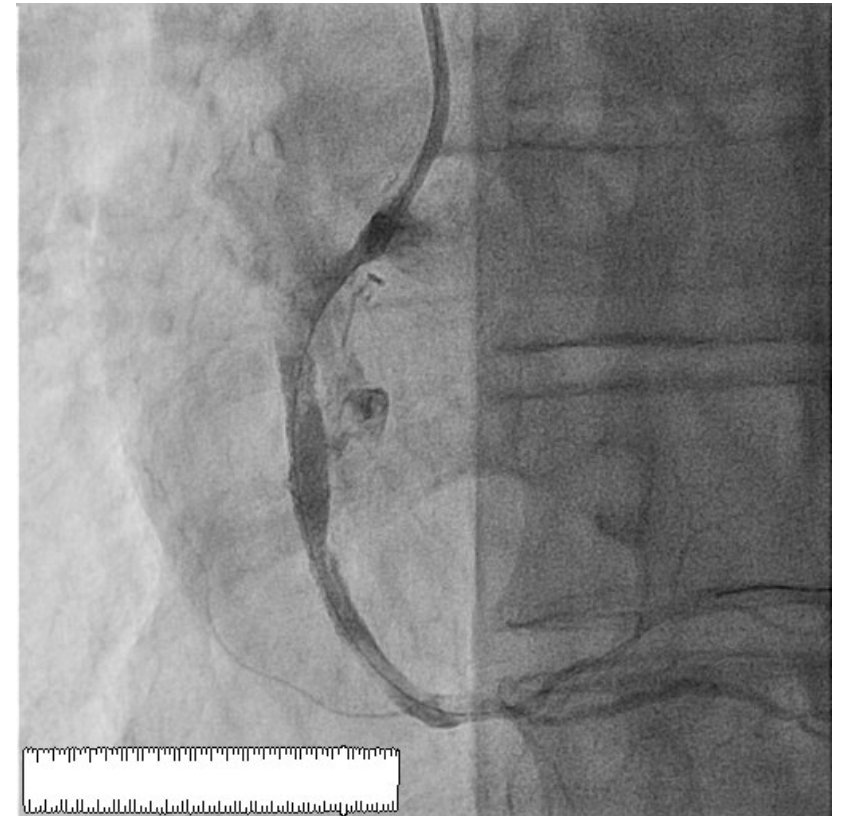
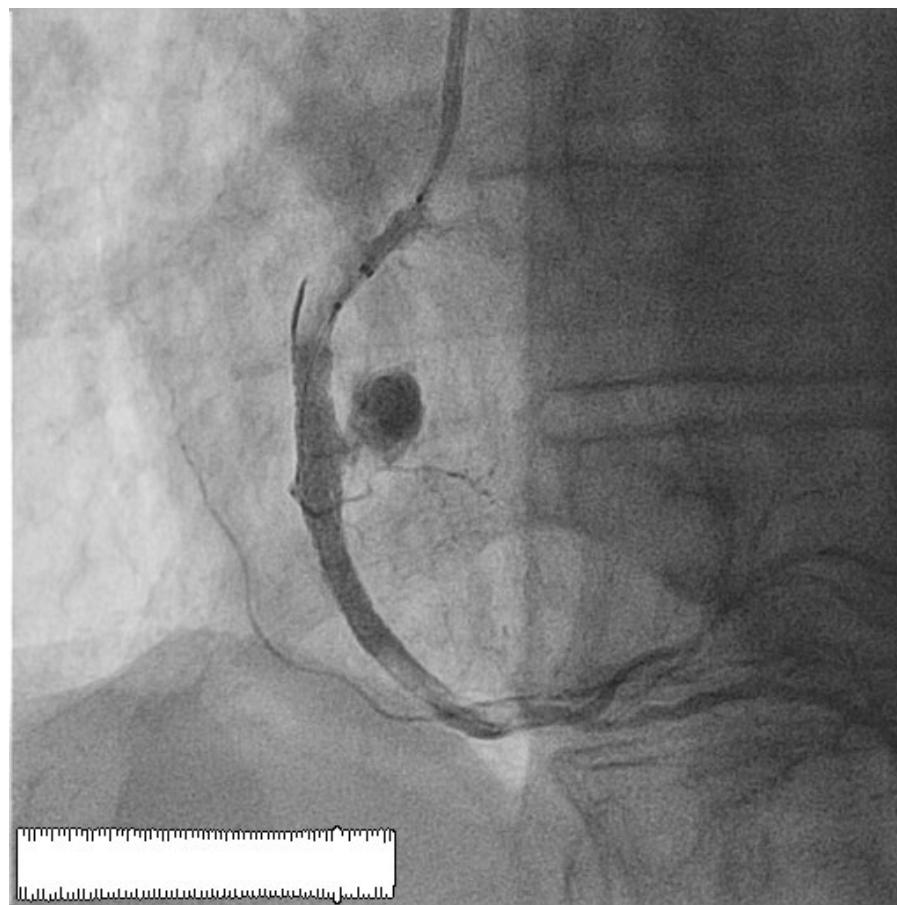
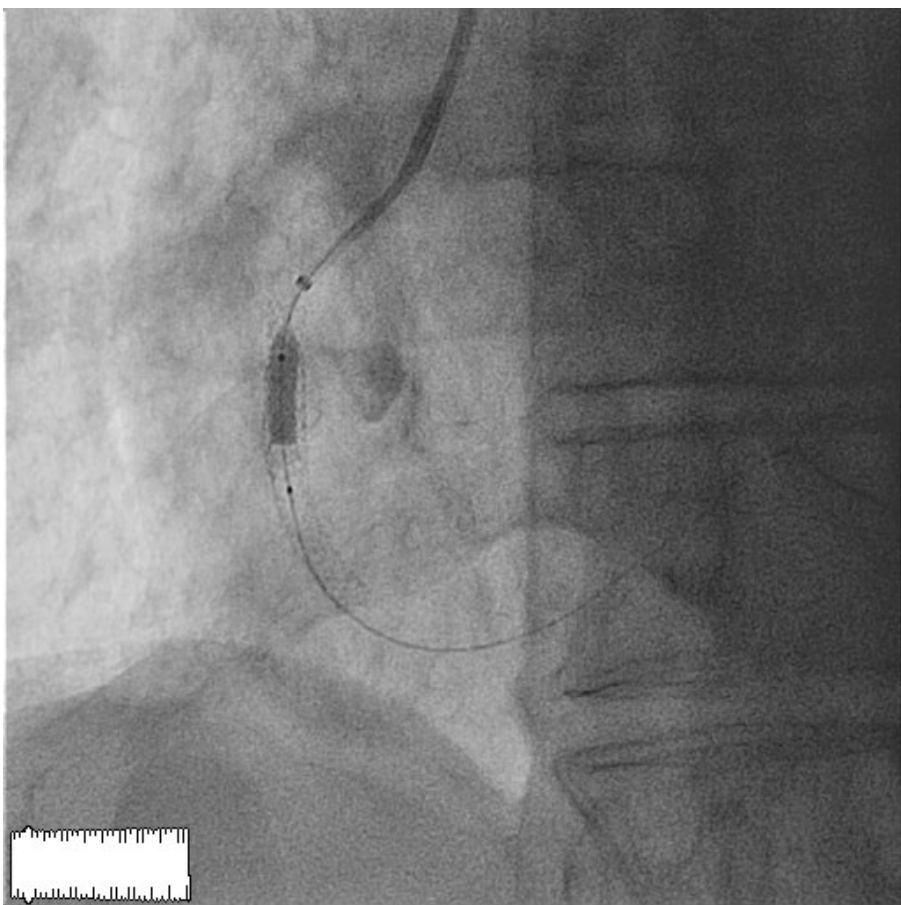


Figura 3: Extravasación de contraste a través del stent en segmento medio.



Figuras 4 y 5: Se observa fuga activa a pesar de inflado con balón a la izquierda y a la derecha fuga persistente tras el inflado del balón NC y tras el implante del primer stent recubierto de 3mm.

Resultado 1

Finalmente se produce trombosis del stent en segmento medio con contención de la fuga. Sin derrame pericárdico al final del cateterismo.

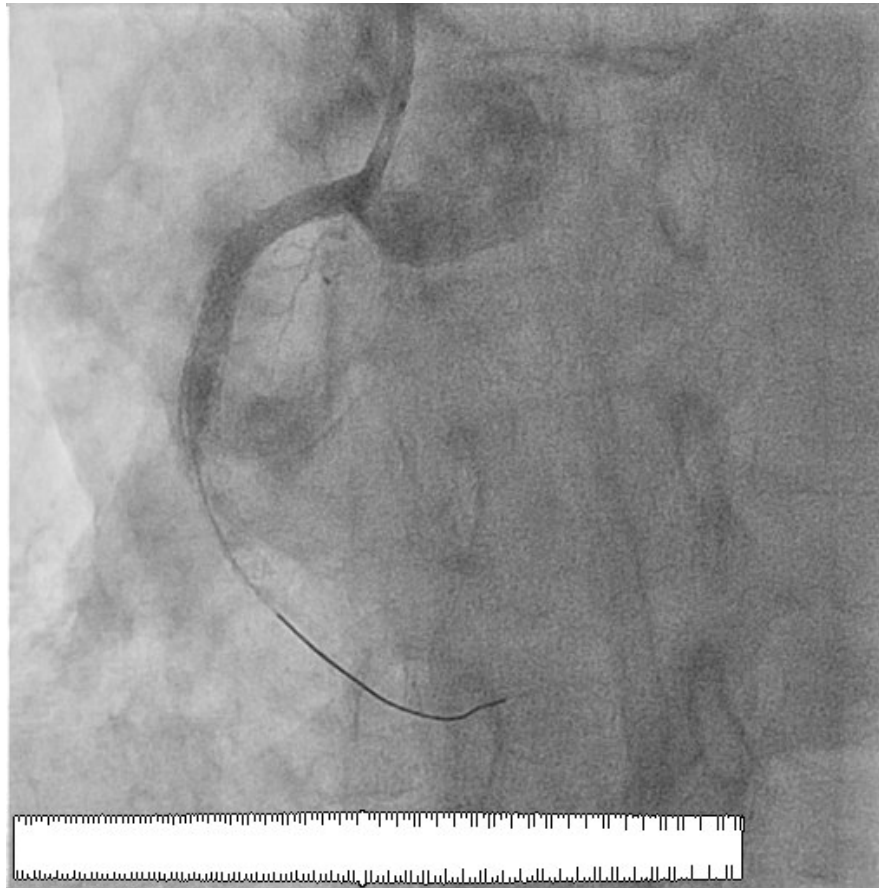
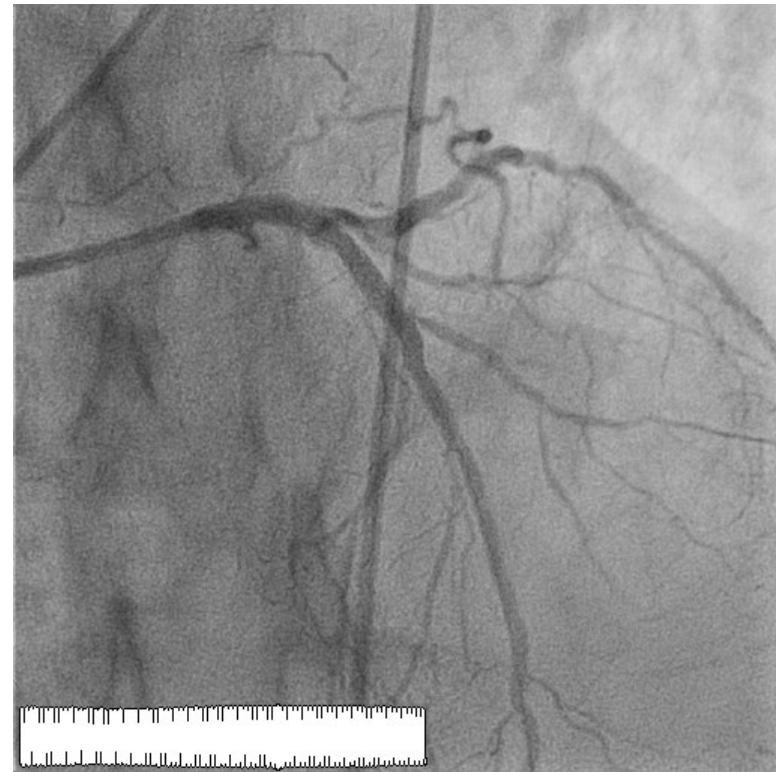
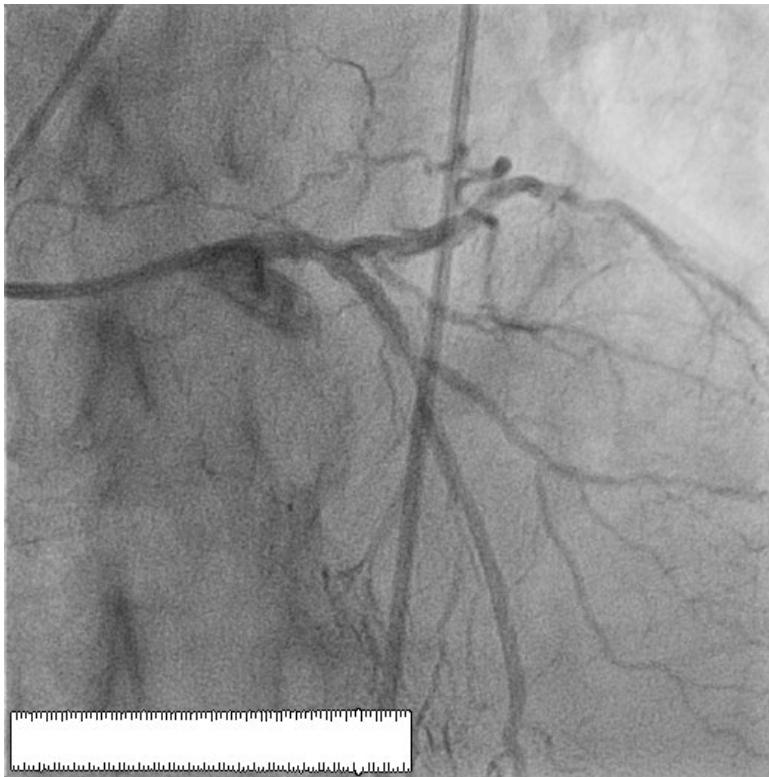


Figura 6: Resultado final de CD tras trombosis del stent, sin fuga coronaria.

Procedimiento 2

En las 24h siguientes se realiza, por vía femoral con un introductor de 7F, ICP sobre TCI-DAP y Dam utilizando una guía convencional. Previamente, se realiza IVUS objetivándose placa severa desde el ostium con diámetro de referencia de 5mm.. Se predilata con balón y cutting balón de 3mm, implantándose dos stents farmacoactivos solapados de 3.5 y 3mm. Se postdilata con balones de 4.5mm con buen resultado.



Figuras 7 y 8: Resultados tras el implante de stent de 3.5mm TCI-DAP y de 3.0mm en segmento medio de DA. .

En la última inyección se objetiva una fuga dependiente de Da distal (ver figura 9) . El paciente se inestabiliza objetivándose taponamiento clínico y derrame pericárdico severo. Se administra protamina 60mg iv. y se realiza pericardiocentesis urgente con extracción de 200cc de sangre.

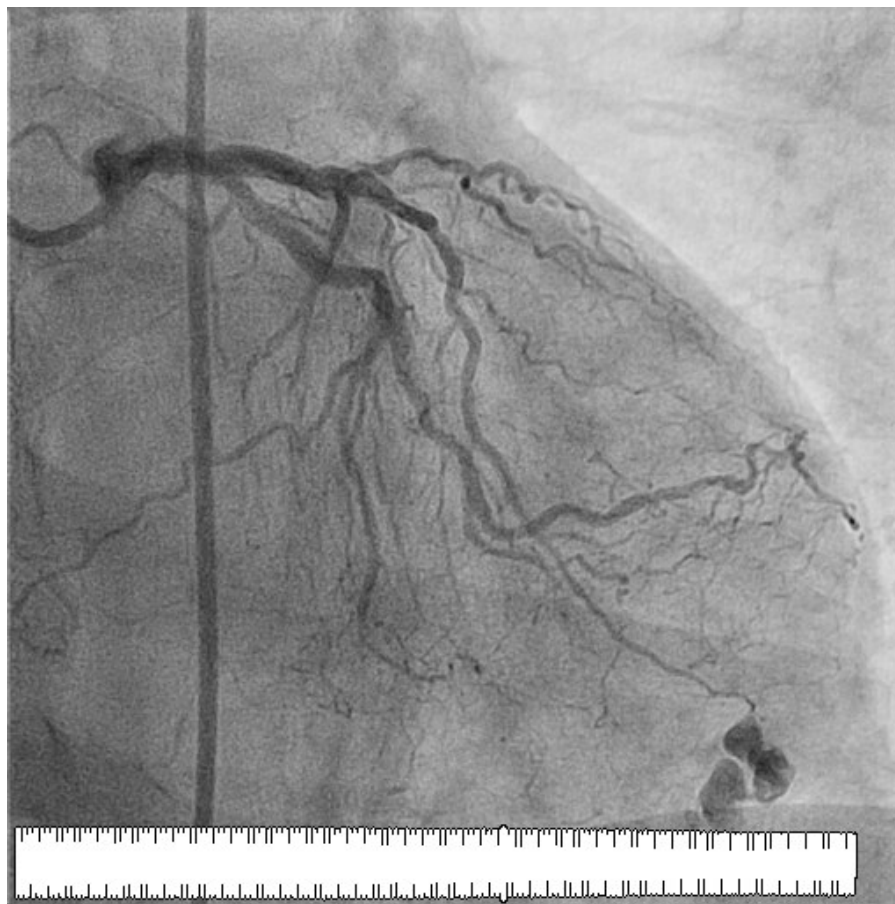


Figura 9: Se objetiva fuga a nivel de DA distal.

Resultado 2

En la siguiente inyección se objetiva trombosis de DA a nivel distal y desaparece la fuga. (Figura 10).

En el eco de control desaparece el derrame y el paciente sale de la sala estable hemodinámicamente.

El paciente es dado de alta a los pocos días sin complicaciones.



Figuras 10: Se objetiva trombosis a nivel de DA distal.

Conclusiones

La perforación coronaria es una complicación muy poco frecuente, pero que conlleva a una mortalidad considerable.

En nuestro caso, el paciente tenía varios factores de riesgo para ello: edad avanzada,, insuficiencia renal, hipertensión arterial, enfermedad arterial periférica...

En el primer cateterismo se produjo una perforación en la CD por rotura de la pared. Y a pesar de revertir la coagulación y realizar inflados prolongados con balón, tuvimos que implantar *stents* recubiertos, aunque, al no tener disponibilidad en la sala de un tamaño adecuado, utilizamos un tamaño menor, que probablemente no habría resuelto la fuga y finalmente, se produjo trombosis intrastent.

En el segundo caso y a pesar de utilizar una guía convencional, se perforó la DA distalmente y, centrando el campo de la escopia en el procedimiento del TCI no nos dimos cuenta hasta que el paciente comenzó a inestabilizarse. Además de la pericardiocentesis urgente –vital en ese momento- inyectamos protamina que, nuevamente terminó afortunadamente, con la trombosis de la arteria.

Como conclusiones de este caso queremos remarcar la importancia disponer del material suficiente previendo este tipo de complicaciones, así como vigilar en todo momento la punta de la guía aunque ésta no sea hidrofílica. Y por último, recordar, que aunque en nuestro caso fue muy favorable la trombosis, esto no es lo habitual y hemos de tener sumo cuidado con la reversión de la anticoagulación.