



**RECONSTRUCCIÓN COMPLEJA DE  
ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR EN  
UN CASO DE OCLUSIÓN CRÓNICA Y MAL  
LECHO DISTAL**

**Dr. LUIS M<sup>a</sup> ANDRÉS LALAGUNA**

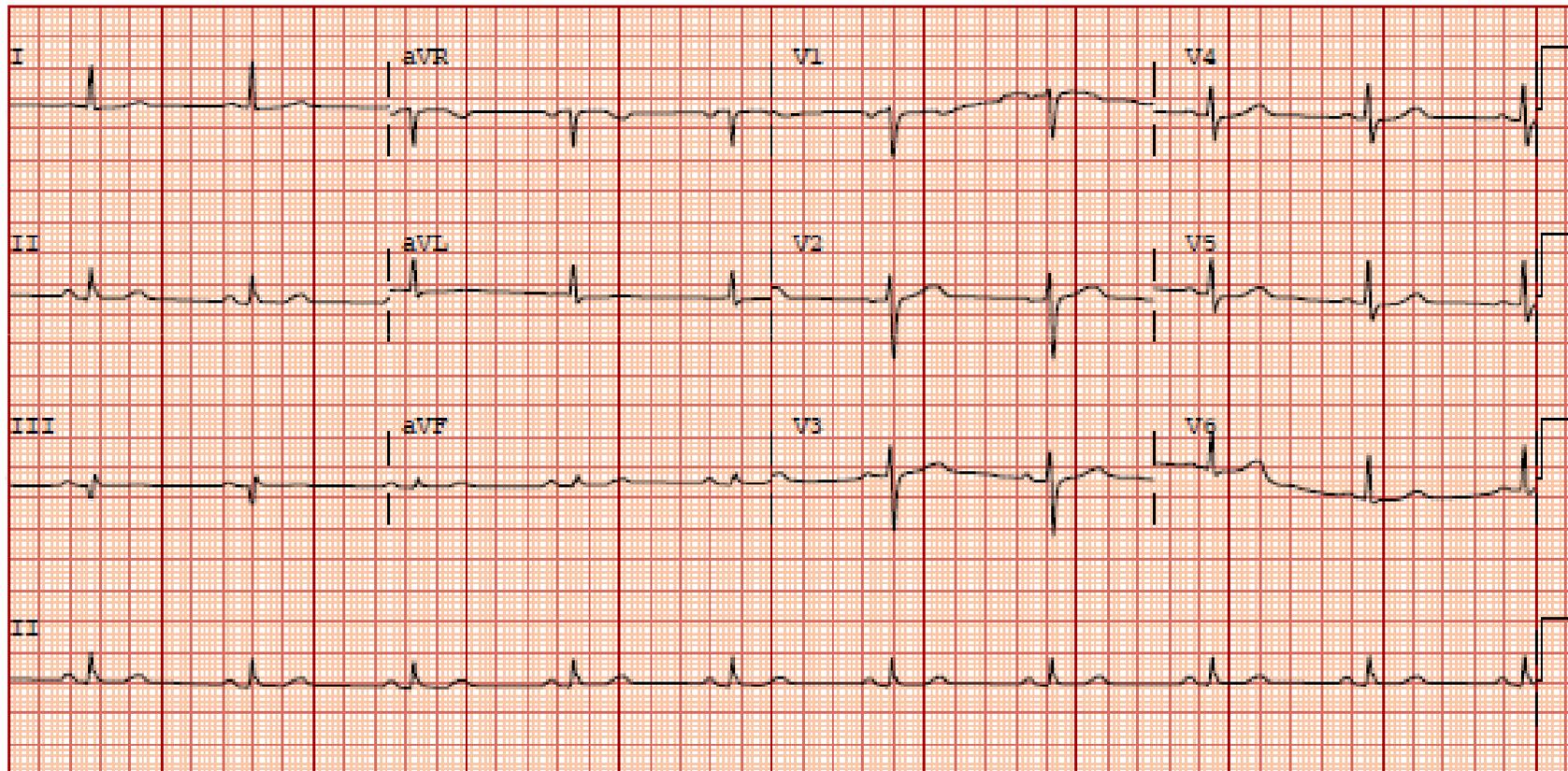
# Historia Clínica



---

- Hombre de 52 años de edad.
  - - HTA, exfumador y antecedentes familiares de cardiopatía isquémica.
  - - Cardiopatía isquémica crónica: Angina estable CCS II a pesar de medicación antiagregadora optimizada.
  - - Enf. de 1 vaso diagnosticada 2 años antes, con oclusión crónica y larga de la DA-1 y 2, con aparente regular lecho distal, que se rellena por circulación colateral desde la CD.
  - - Tratamiento habitual: AAS, BETABLOQUEANTES, ESTATINAS, CALCIOANTAGONISTAS, RANOLAZINA.
- 

# ECG



## Historia Clínica 2

---

- Tras discutir el caso en sesión médico-quirúrgica y dado lo persistente de la clínica se decide intervencionismo.
- Isquemia severa en territorio de DA en la CRMN.
- Ecocardiografía normal.
- Se inicia doble antiagregación.

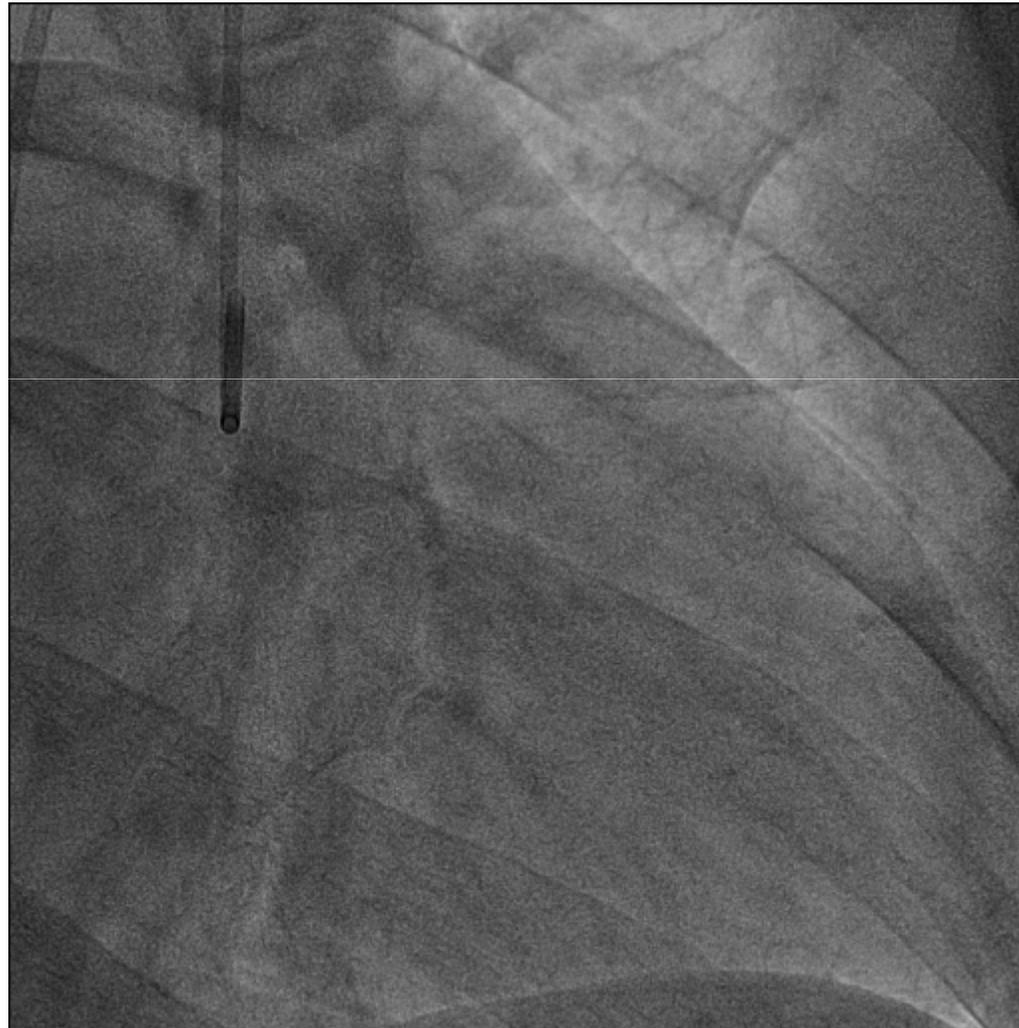
# Coronariografía

---

- Acceso femoral bilateral.
- Enf. de 1 vaso, con oclusión crónica y larga de la DA-1 y 2, con aparente regular lecho distal, que se rellena por circulación colateral desde la CD

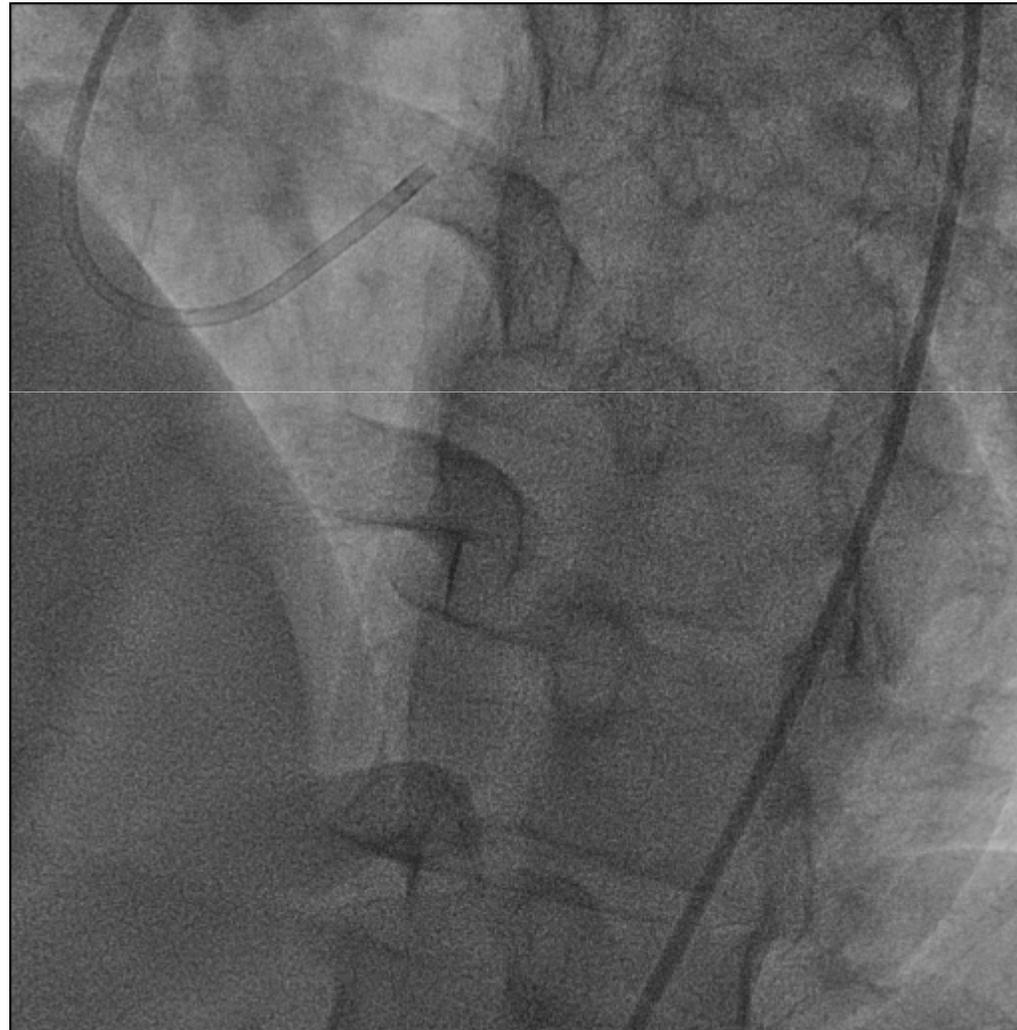
# Coronariografía diagnóstica

---



# Coronariografía diagnóstica 2

---



# MATERIAL INICIAL

---

- Catéter Guía EBU 3,75.
- GuíaS de Abbott Pilot 150 y BMW.
- Balón de angioplastia Sprinter Legend 2,5x25 mm.

# Iniciando el intervencionismo

---



# Intervencionismo 2

---



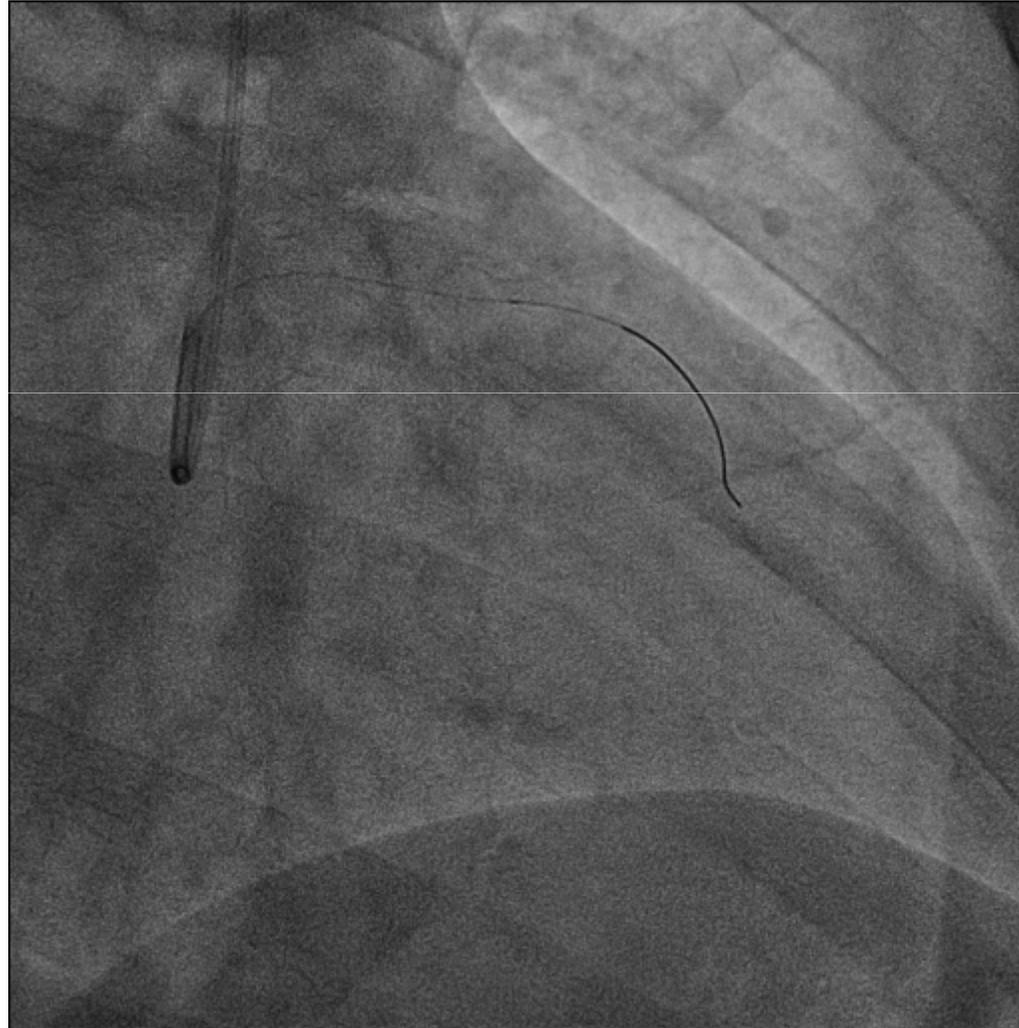
**10**

Document identifier



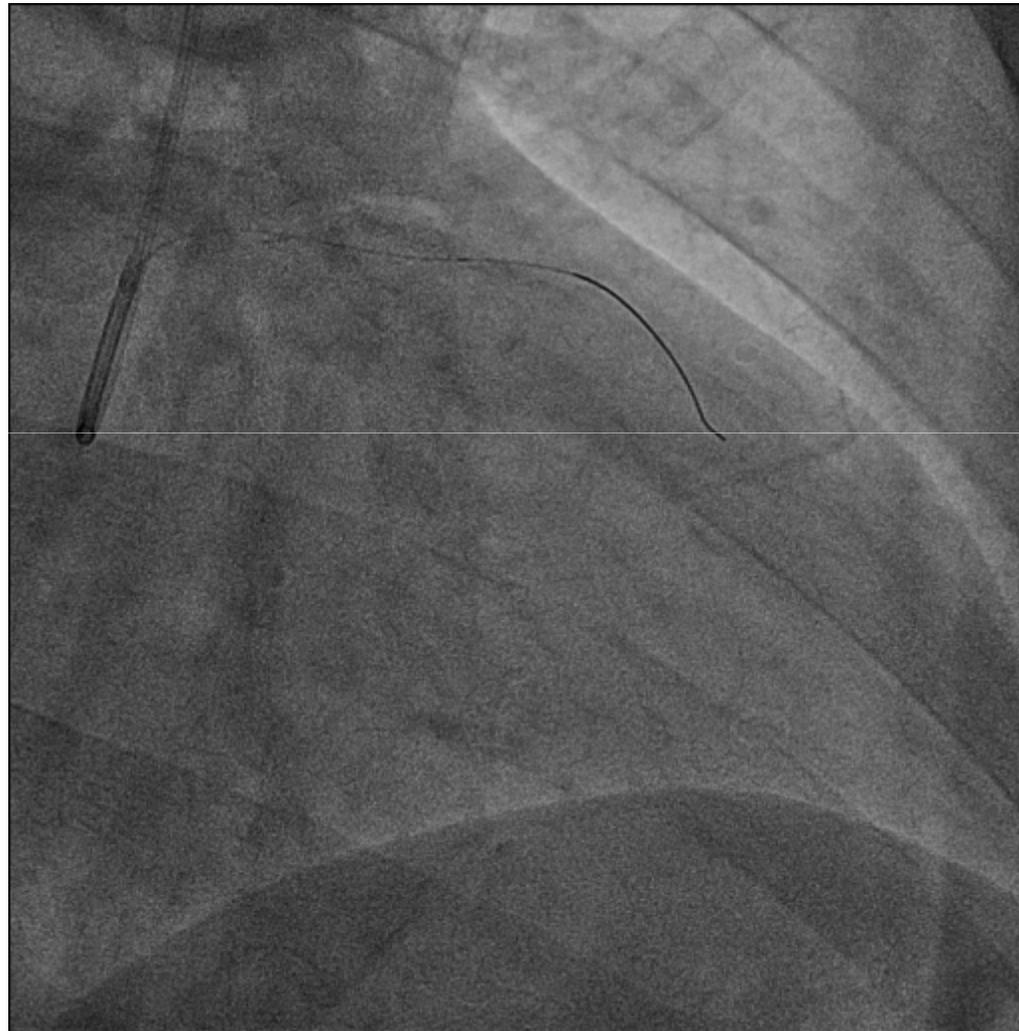
# Intervencionismo 3

---



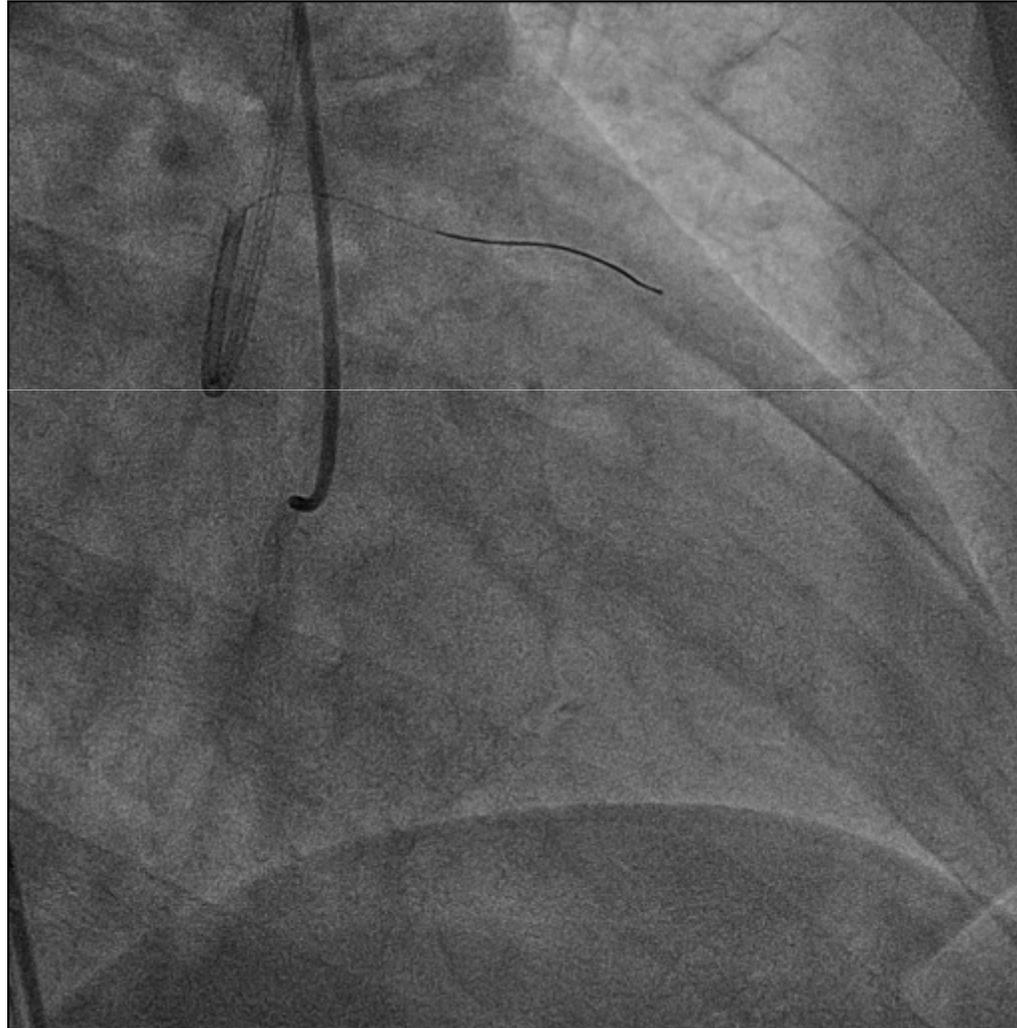
# Intervencionismo 4

---



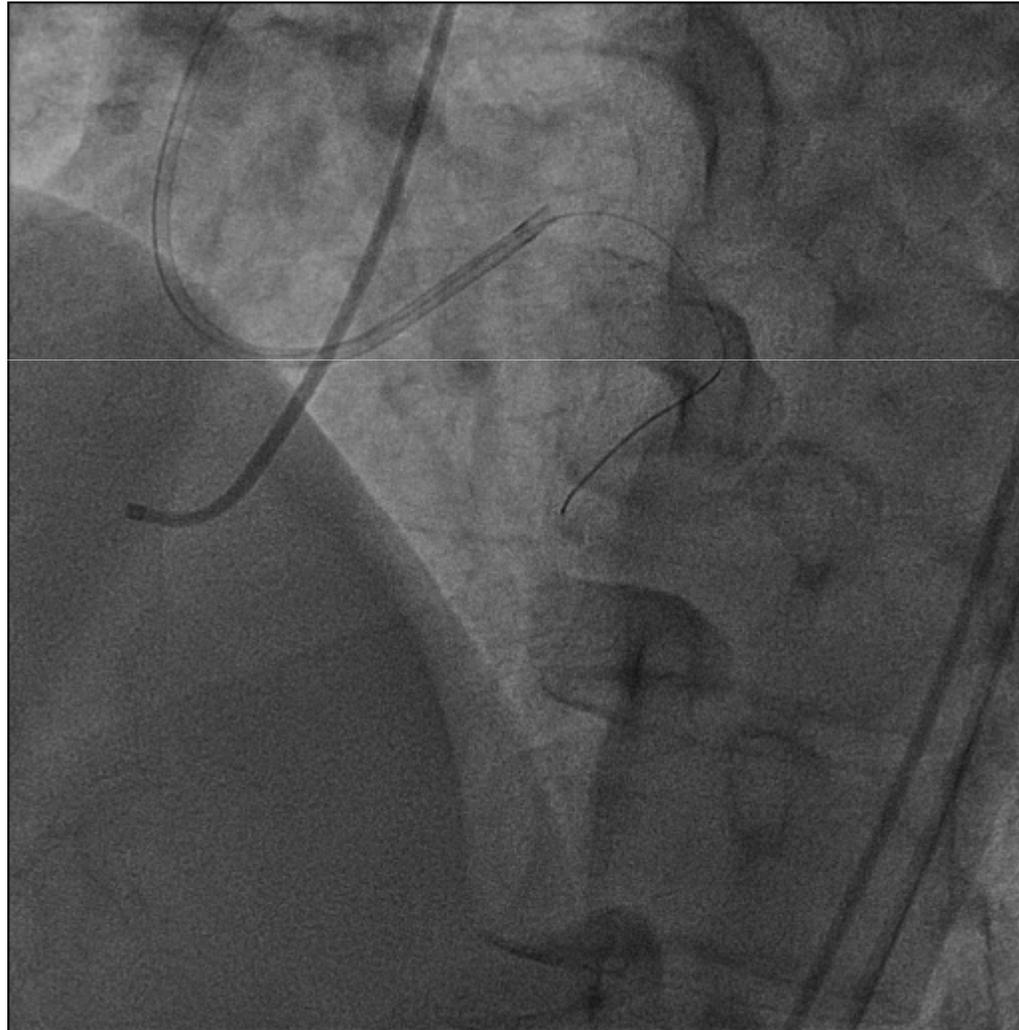
# Guiando el procedimiento desde CD

---



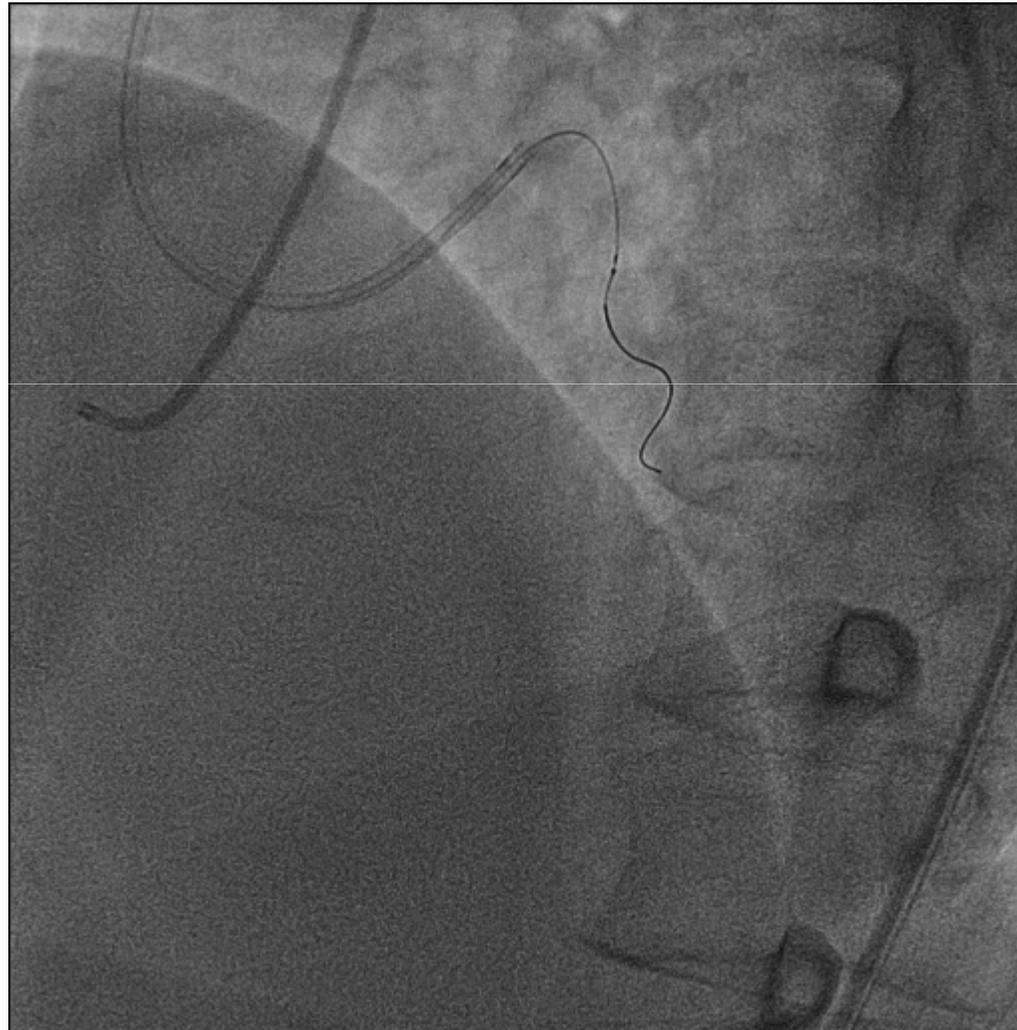
# Guiando el procedimiento desde CD (2)

---



# Intervencionismo (8)

---



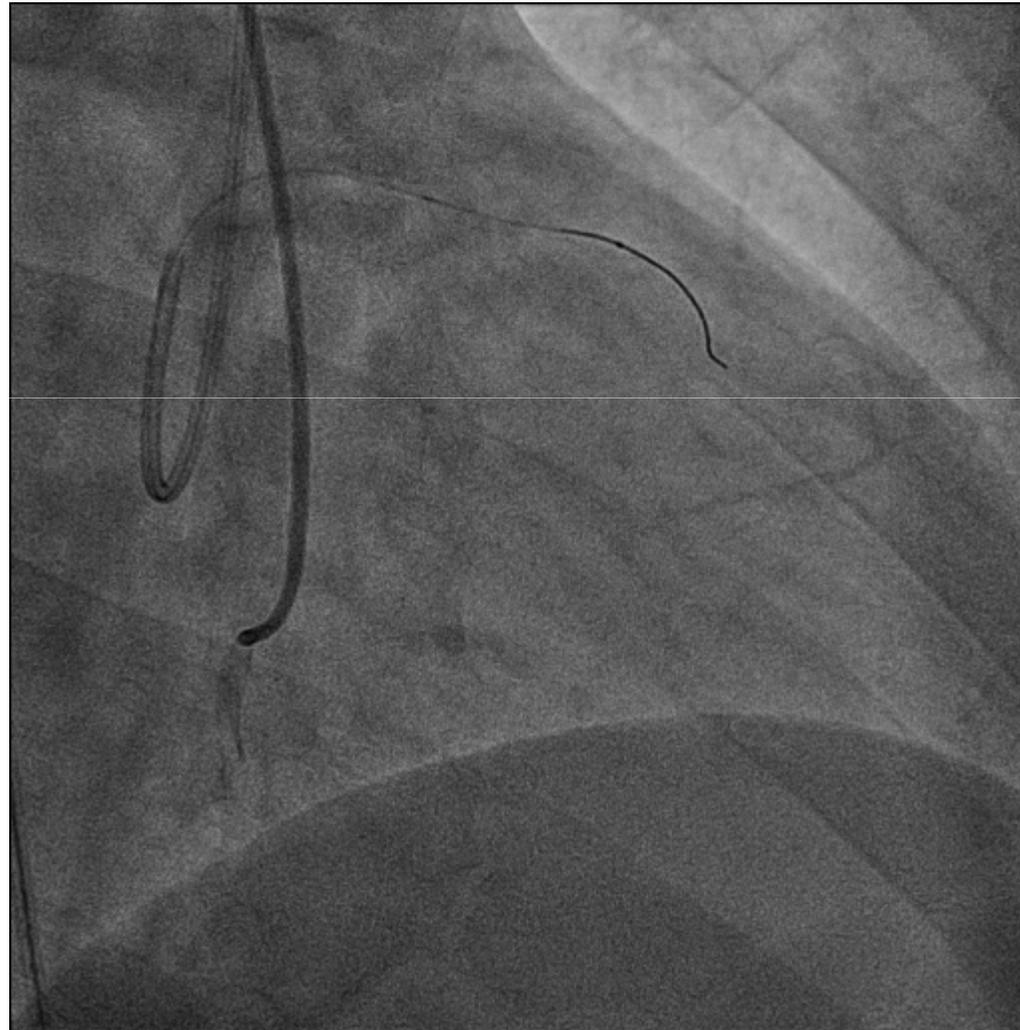
15

Document identifier



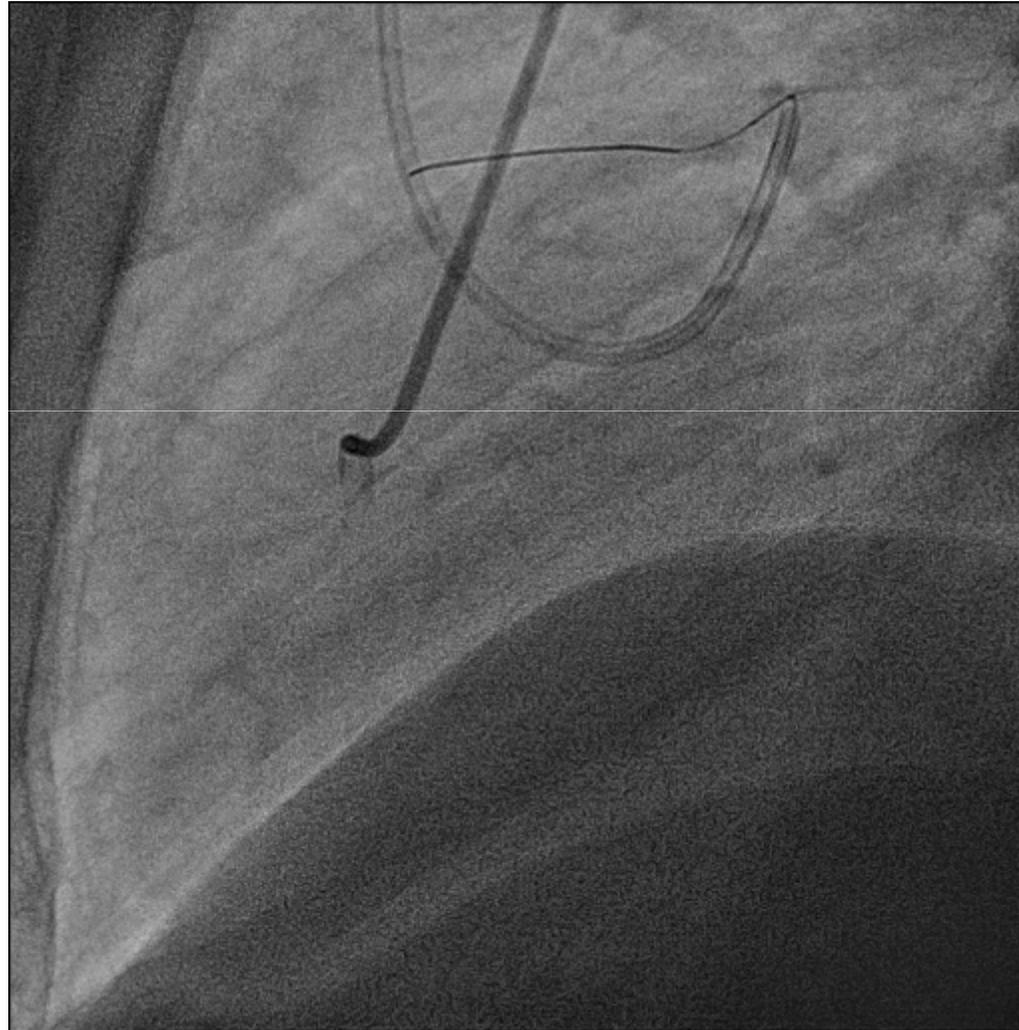
# Intervencionismo (9)

---



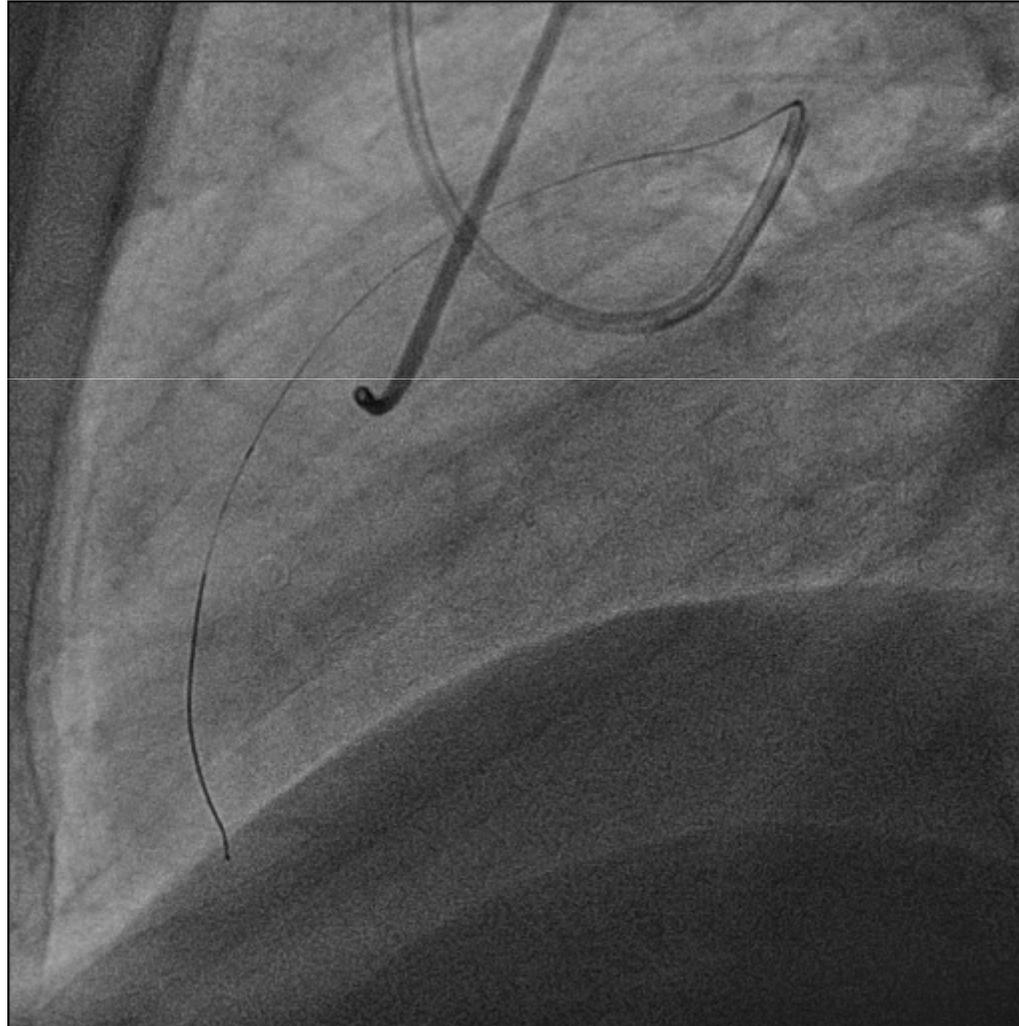
# Intervencionismo (10)

---



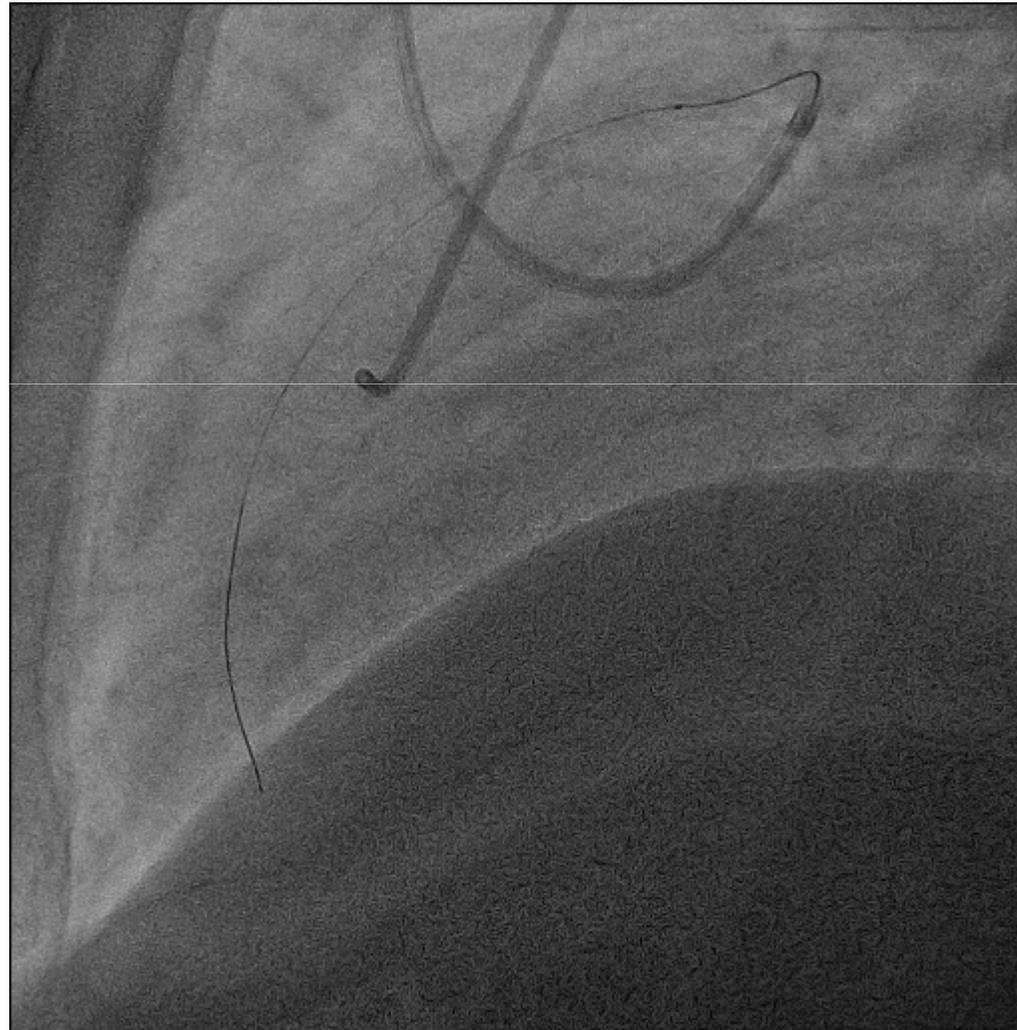
# Intervencionismo (11)

---



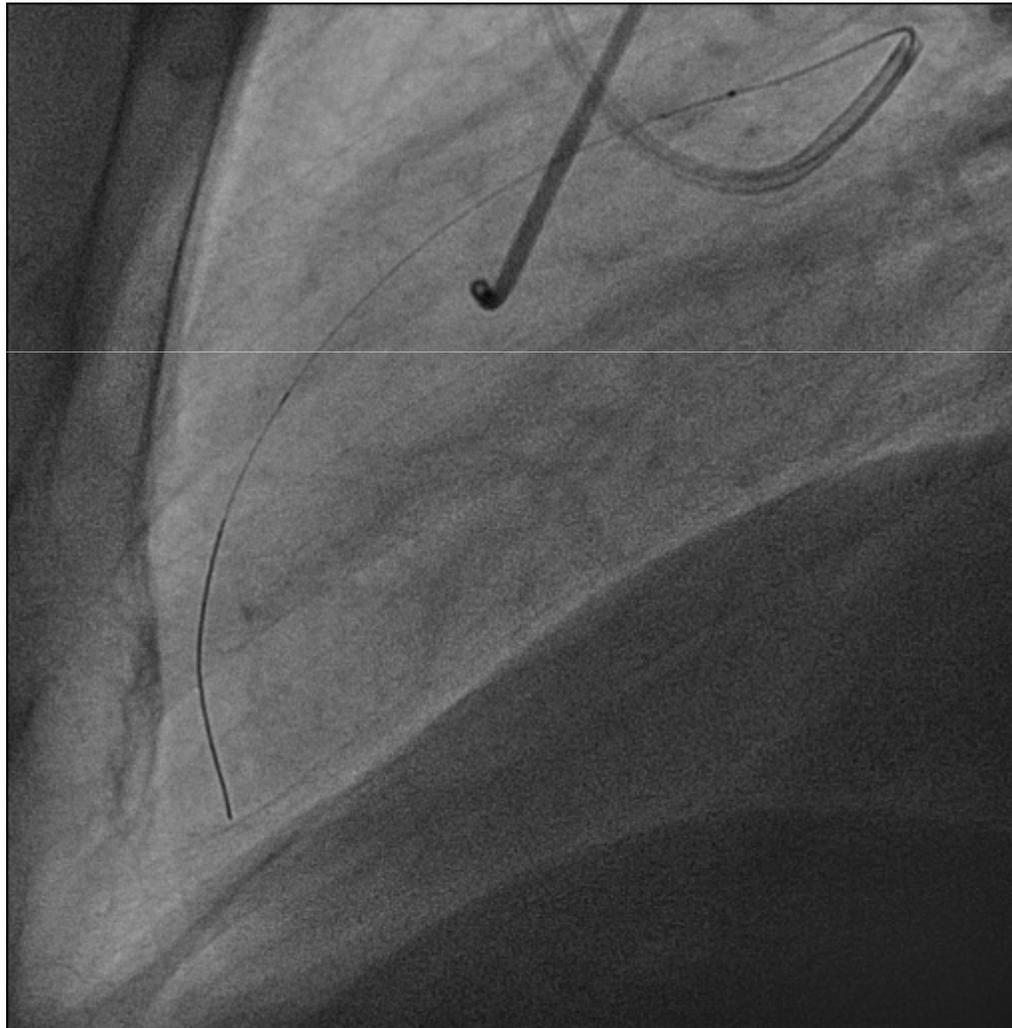
# Nos apoyamos en balón sprinter 1,25x10 y conseguimos atravesar toda la oclusión

---



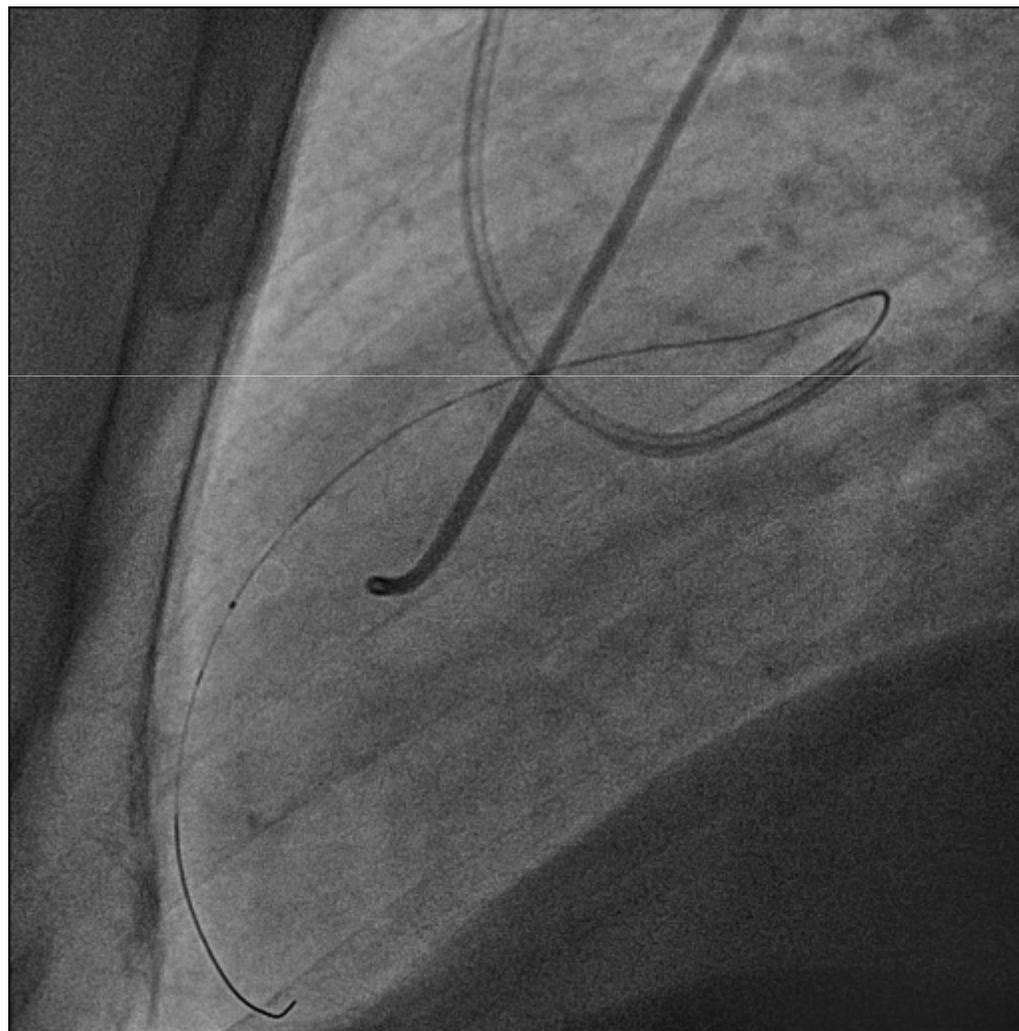
# Parece que estamos bien dentro del vaso

---



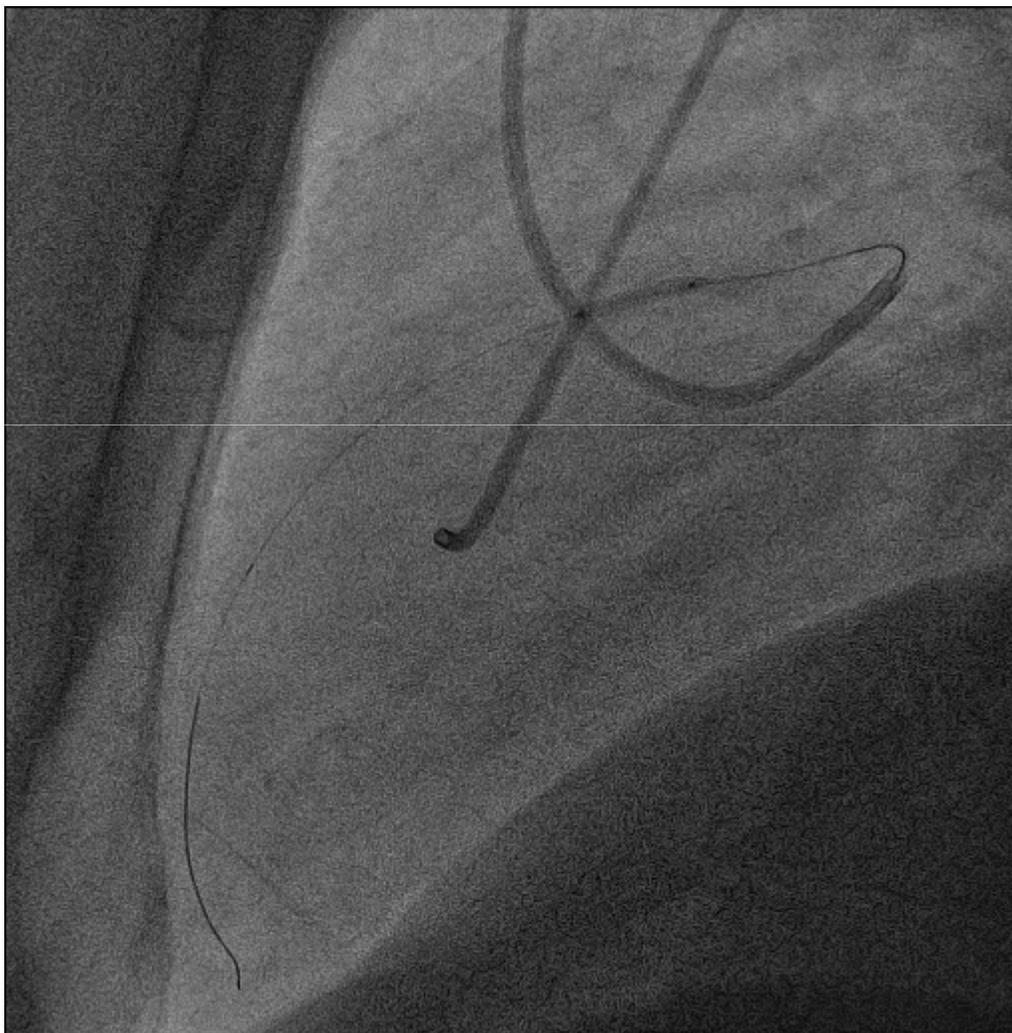
# Pasa el balón distalmente con facilidad

---



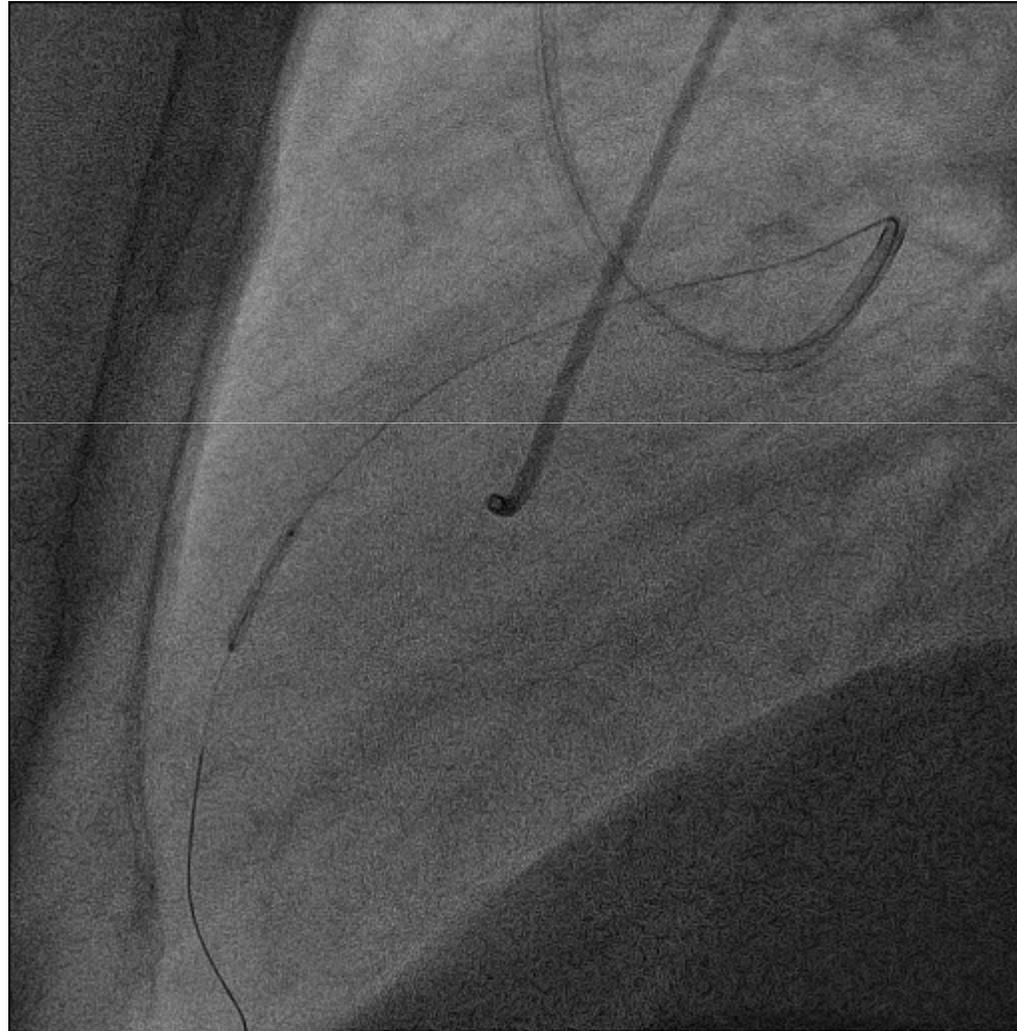
# Dilatamos la DA con el balón

---



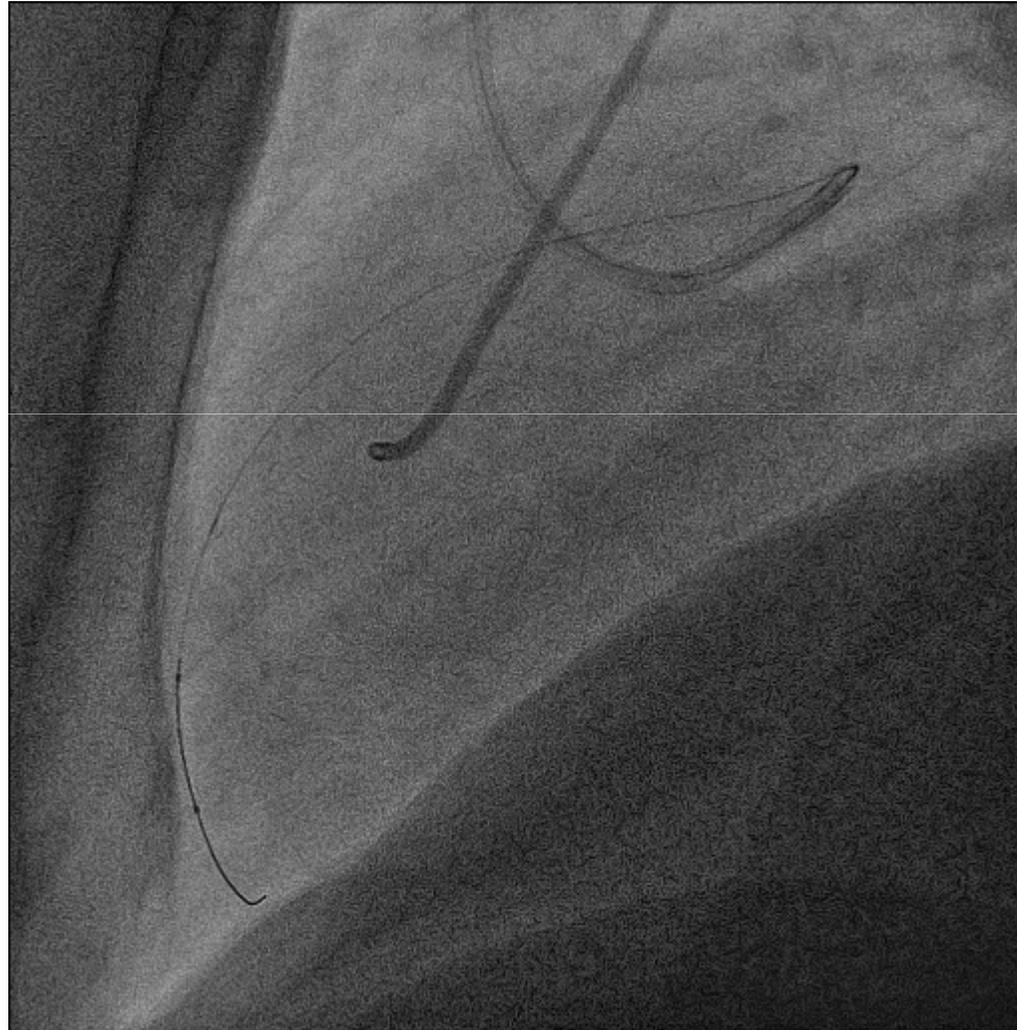
# Toda la DA

---



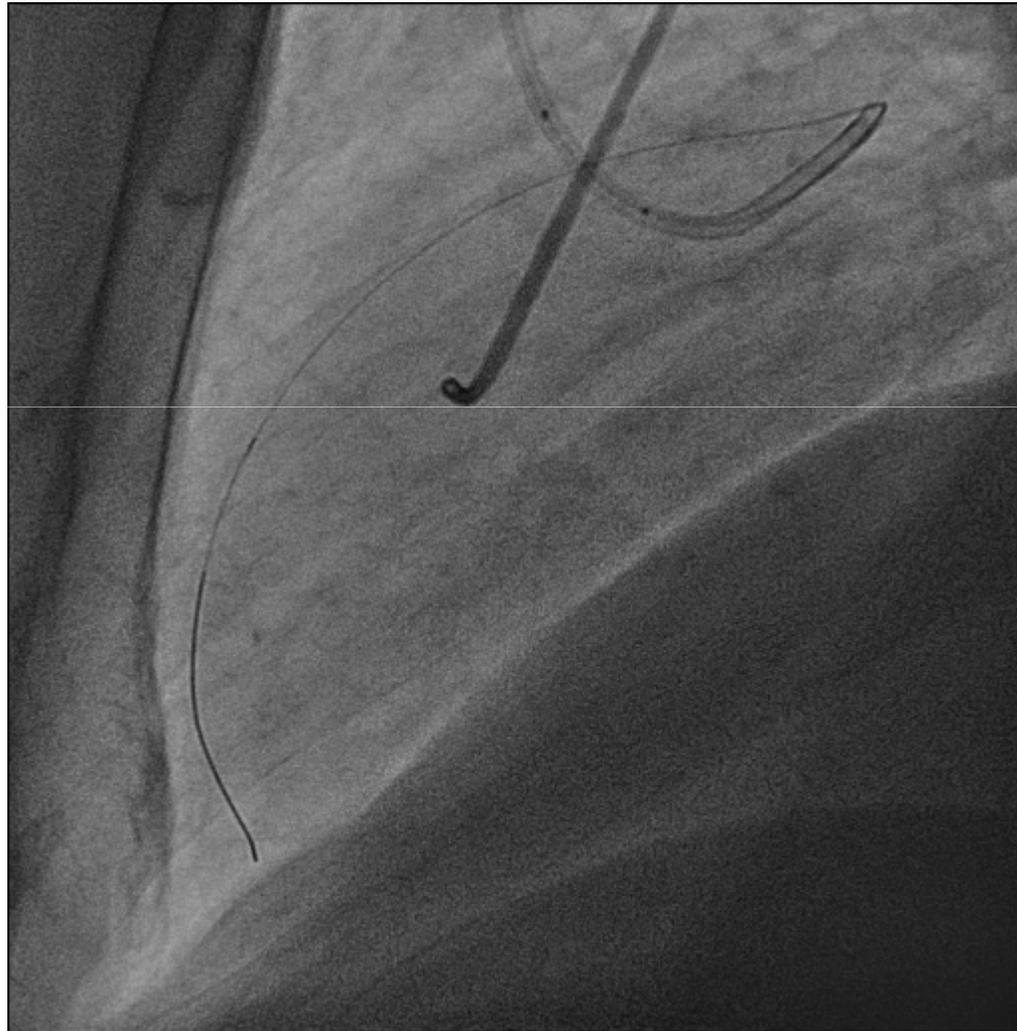
# Hasta la DA distal

---



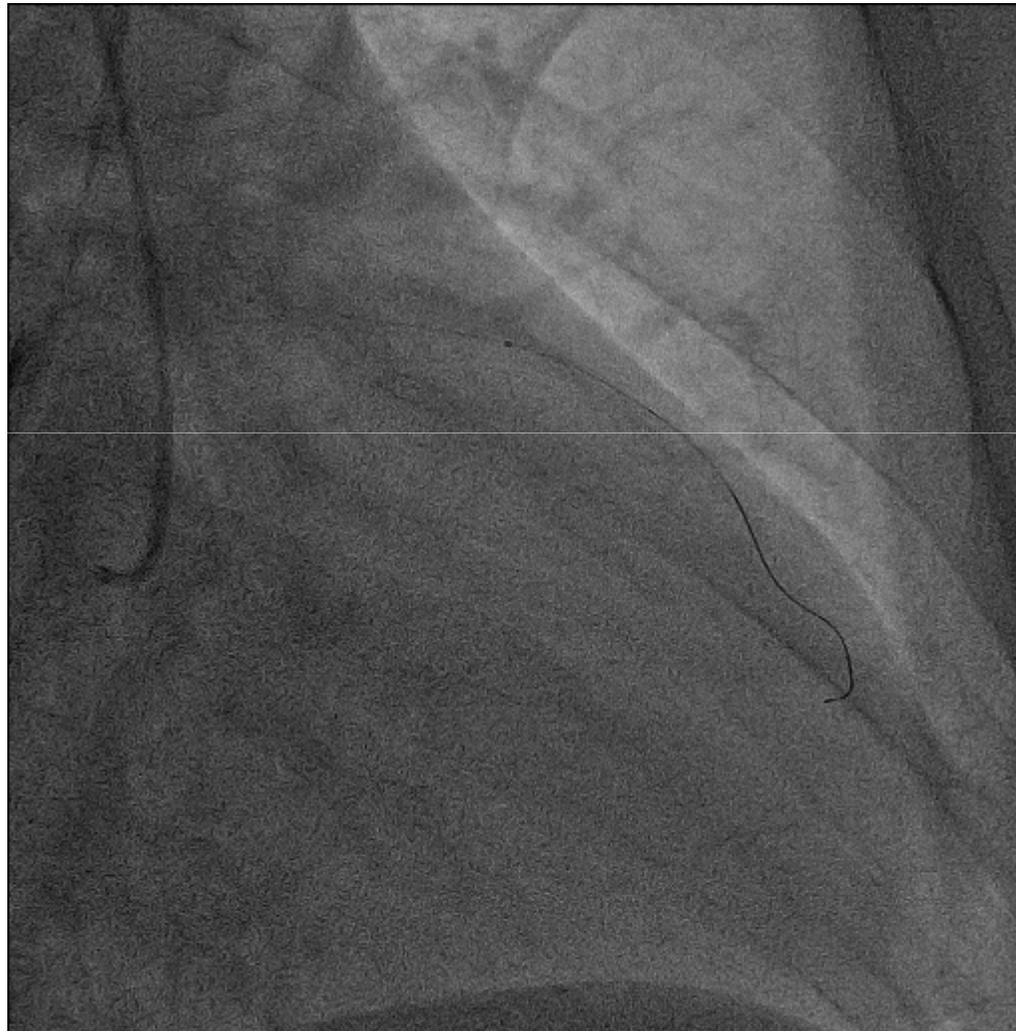
# Repermeabilización caso total de la DA

---



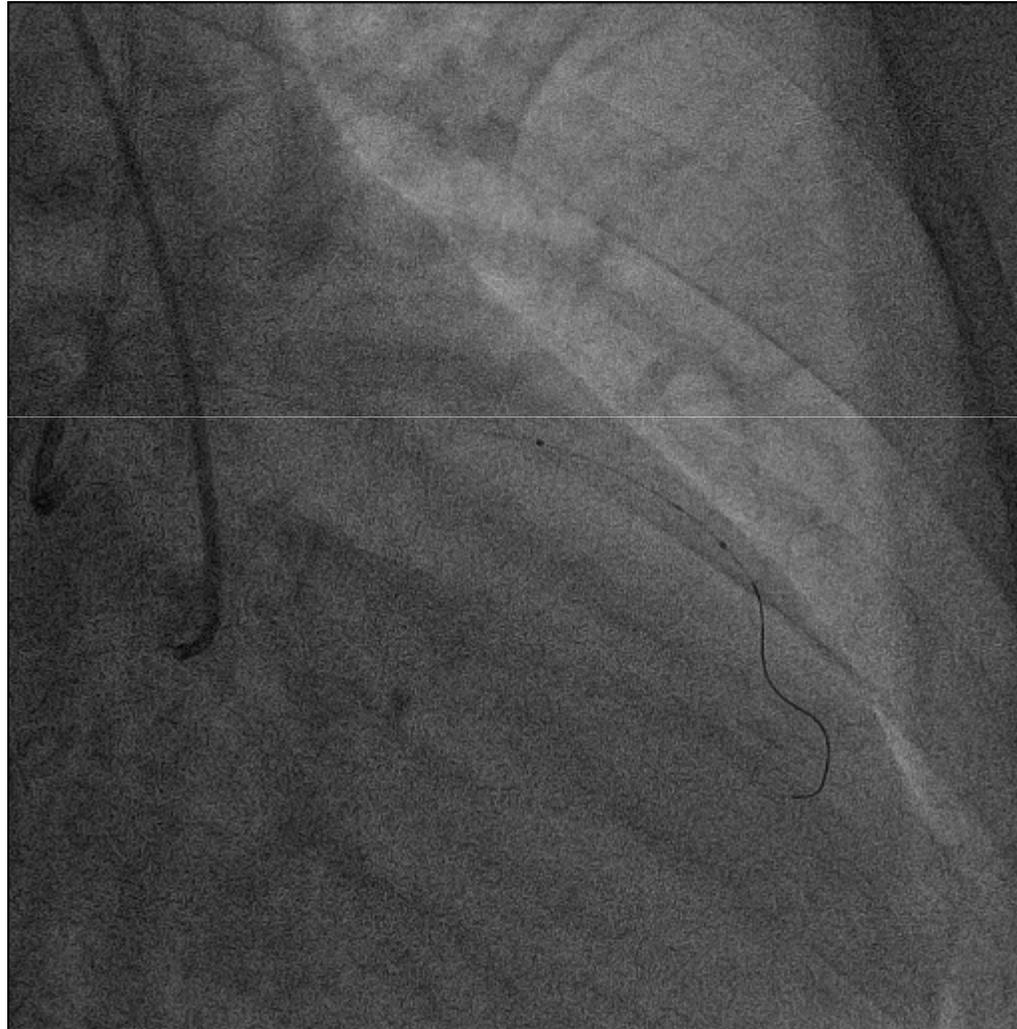
# BALÓN SPRINTER 2,5X30 MM

---



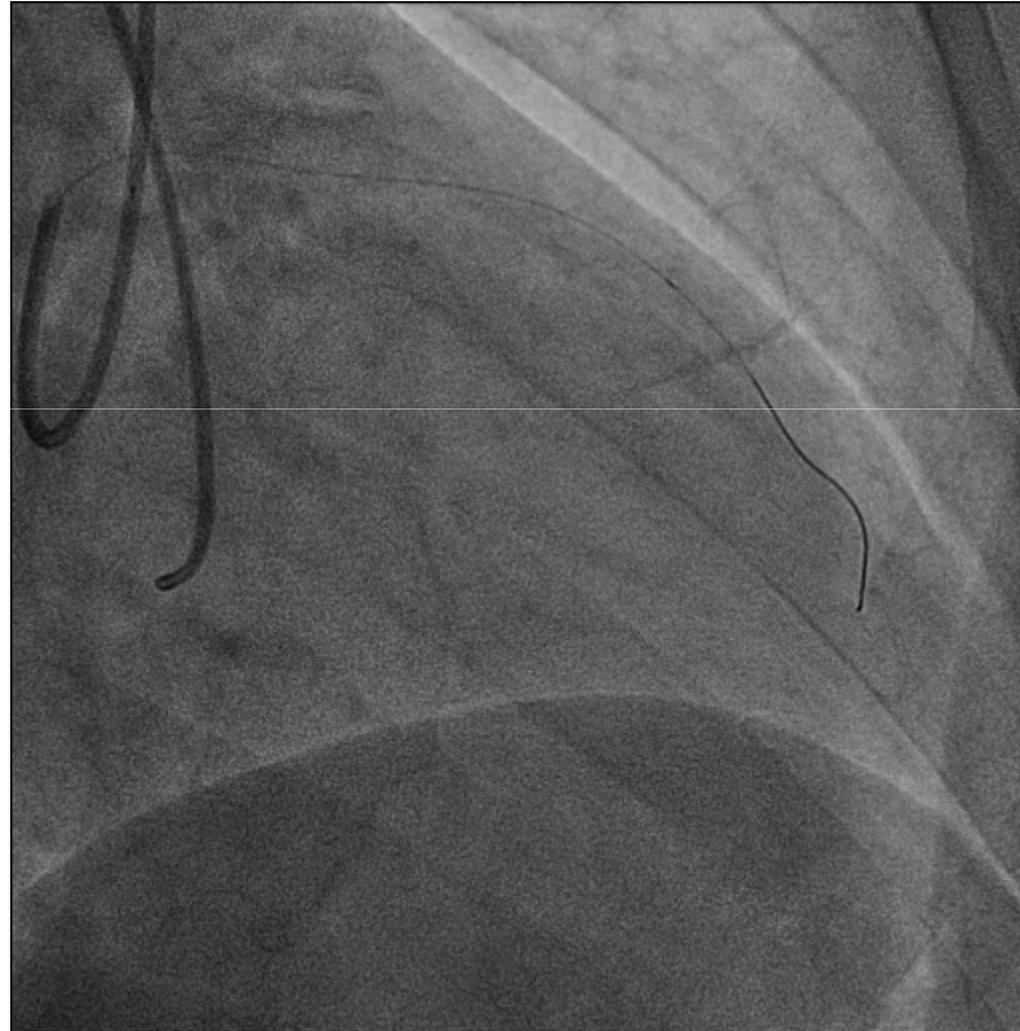
## Sprinter 2,5x30 mm (2)

---



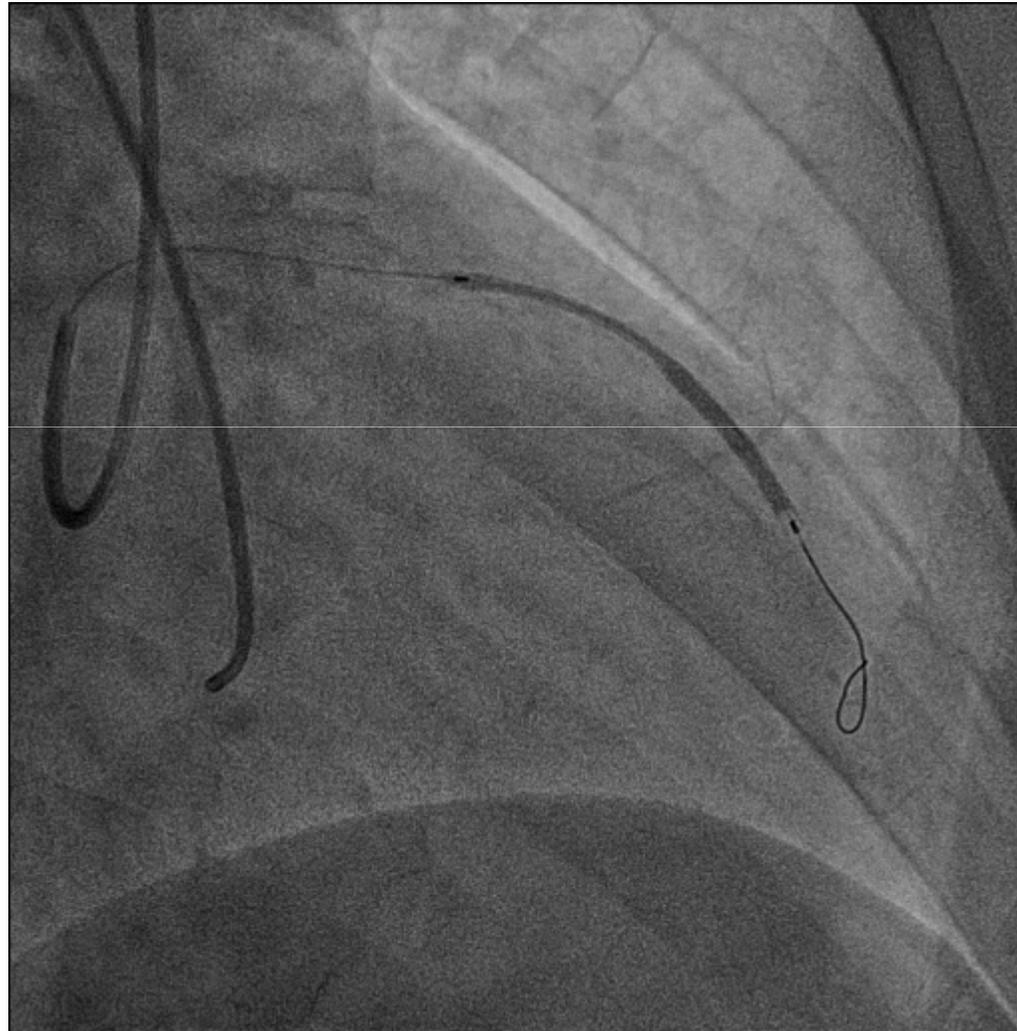
# Intervencionismo 21

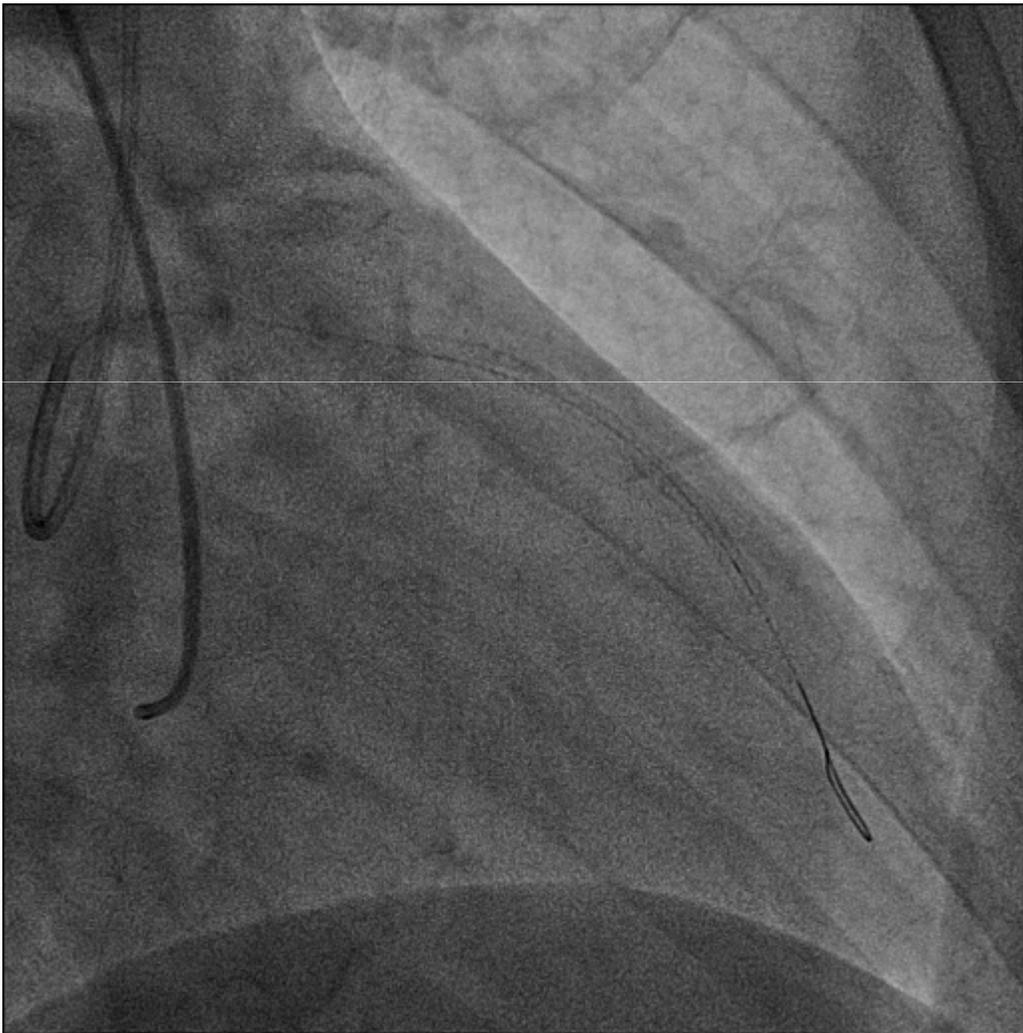
---



# Stent recubierto ORSIRO 2,5x 40 mm a 12 atm

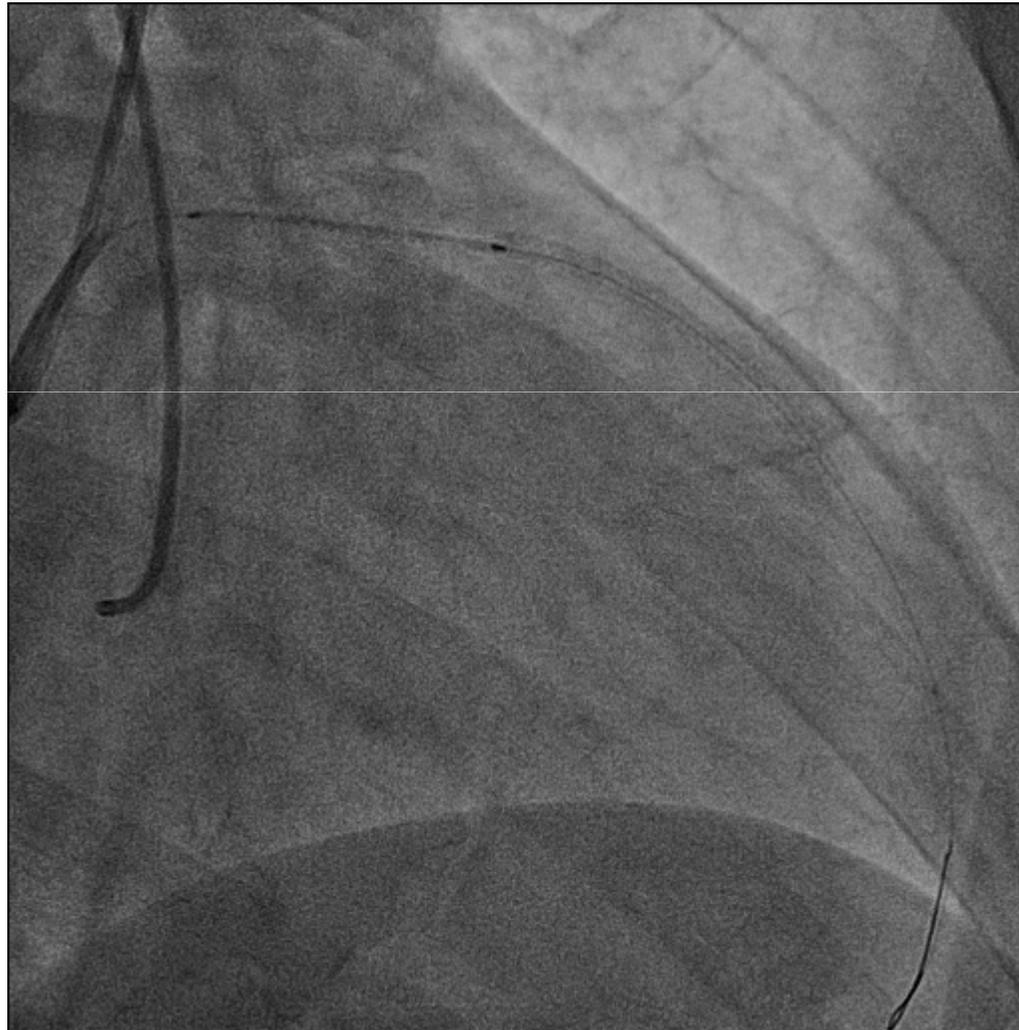
---





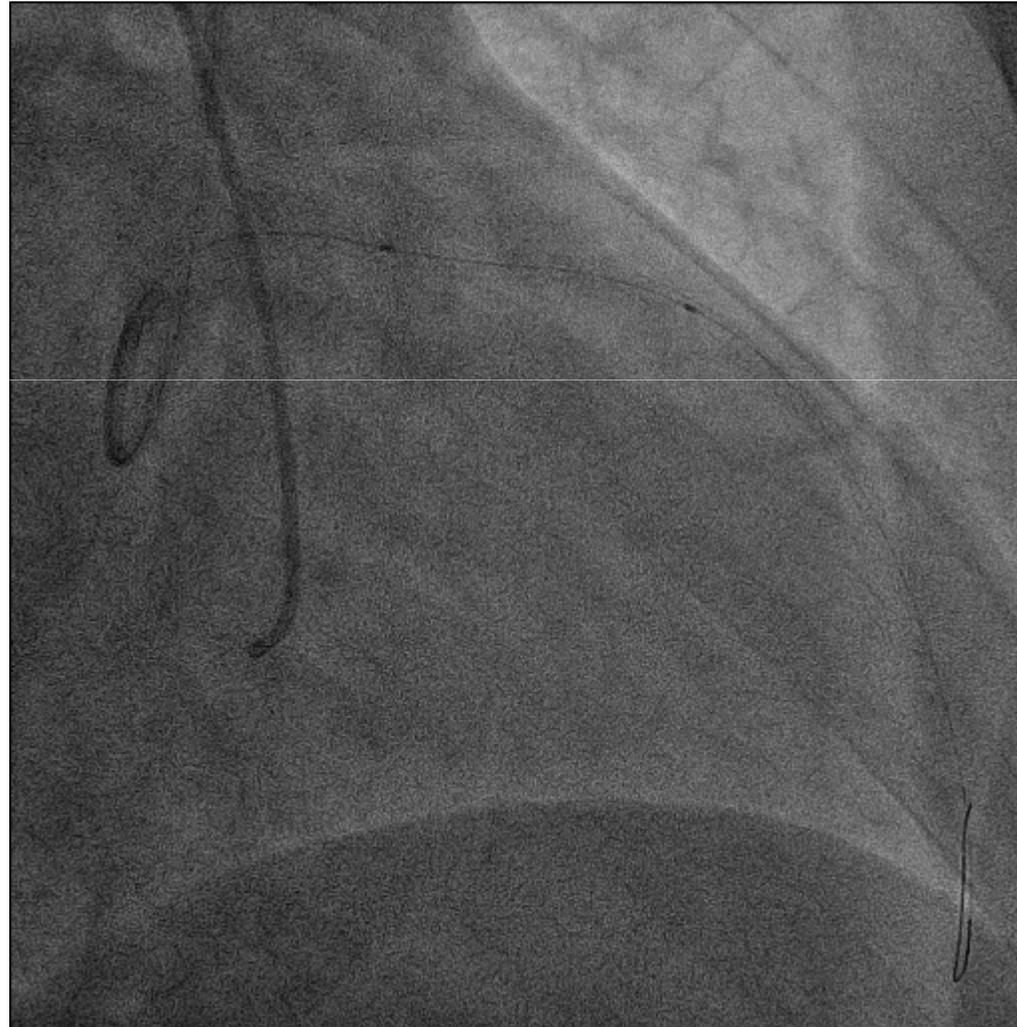
# ORSIRO 2,75 x 35 mm a 12 atm

---



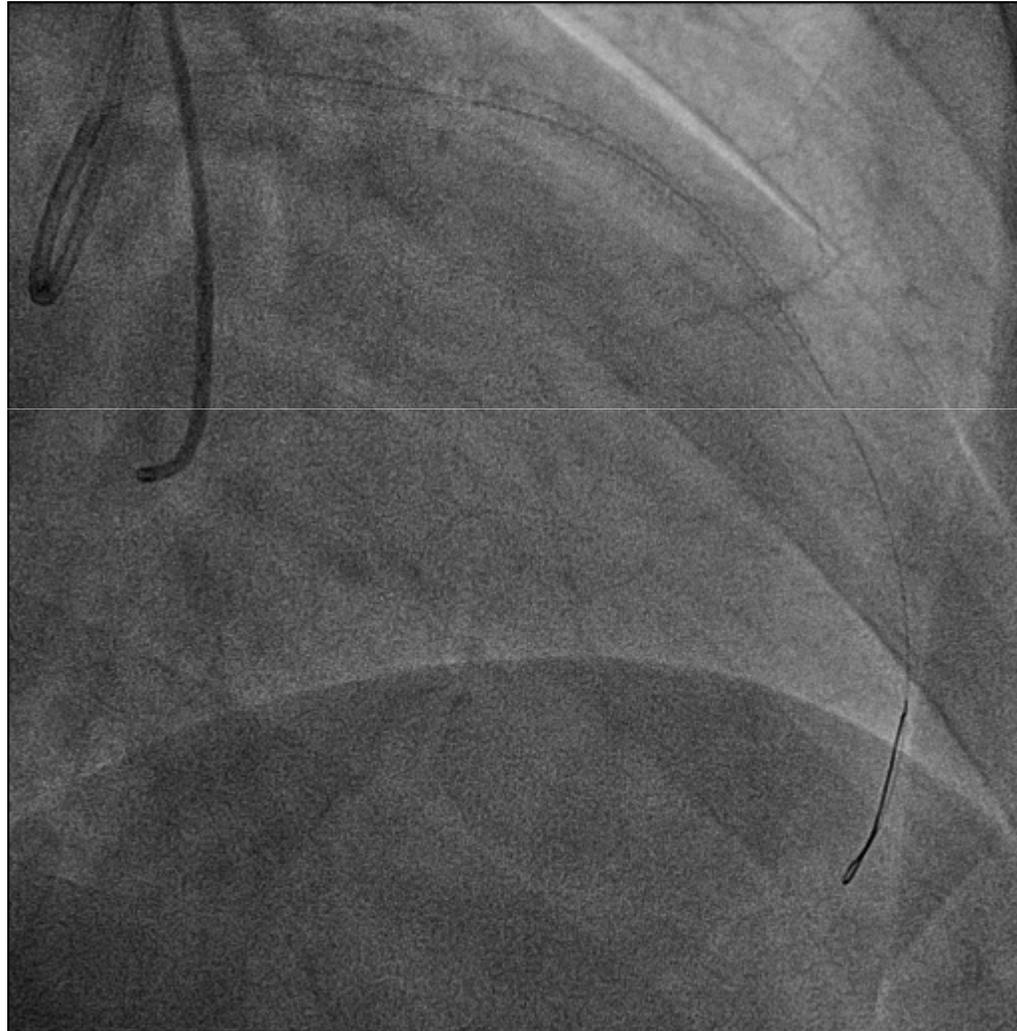
# Postdilatación

---



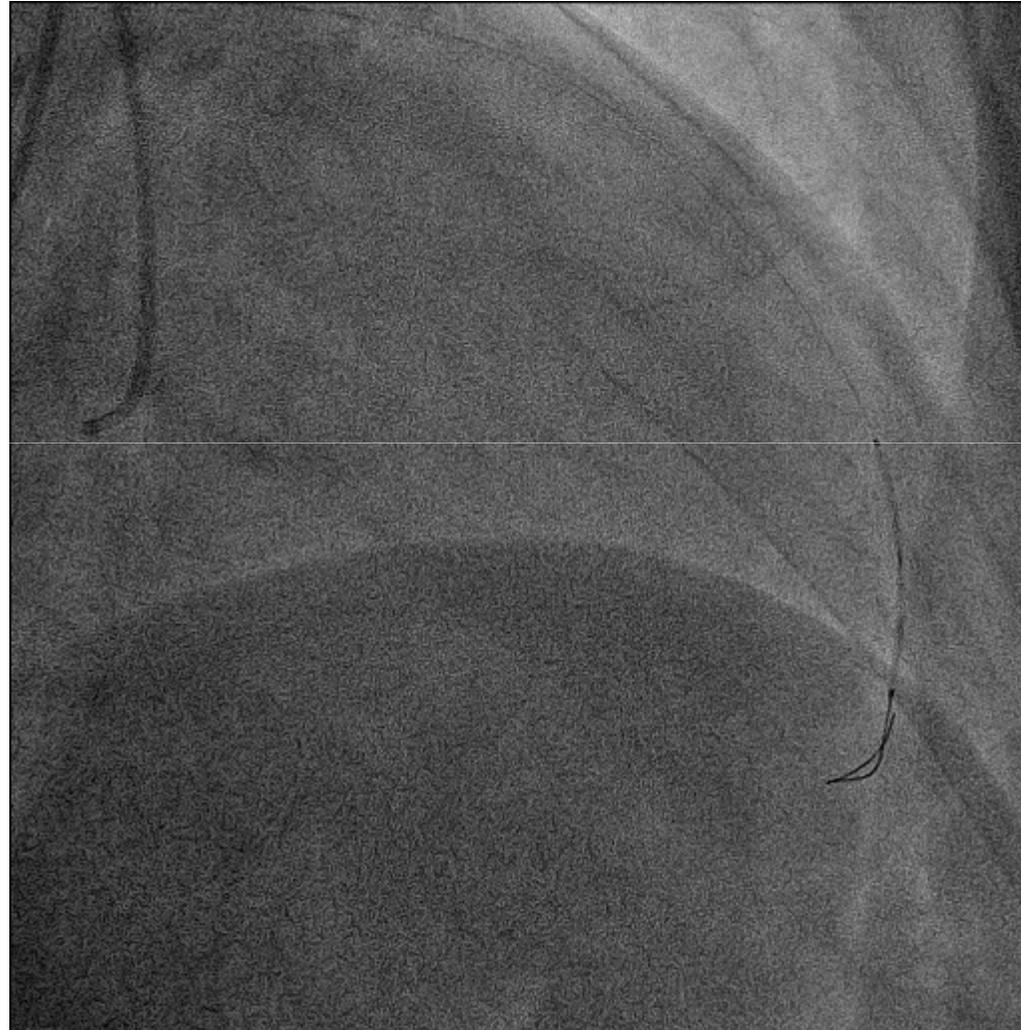
# Pérdida de DA más distal por disección

---



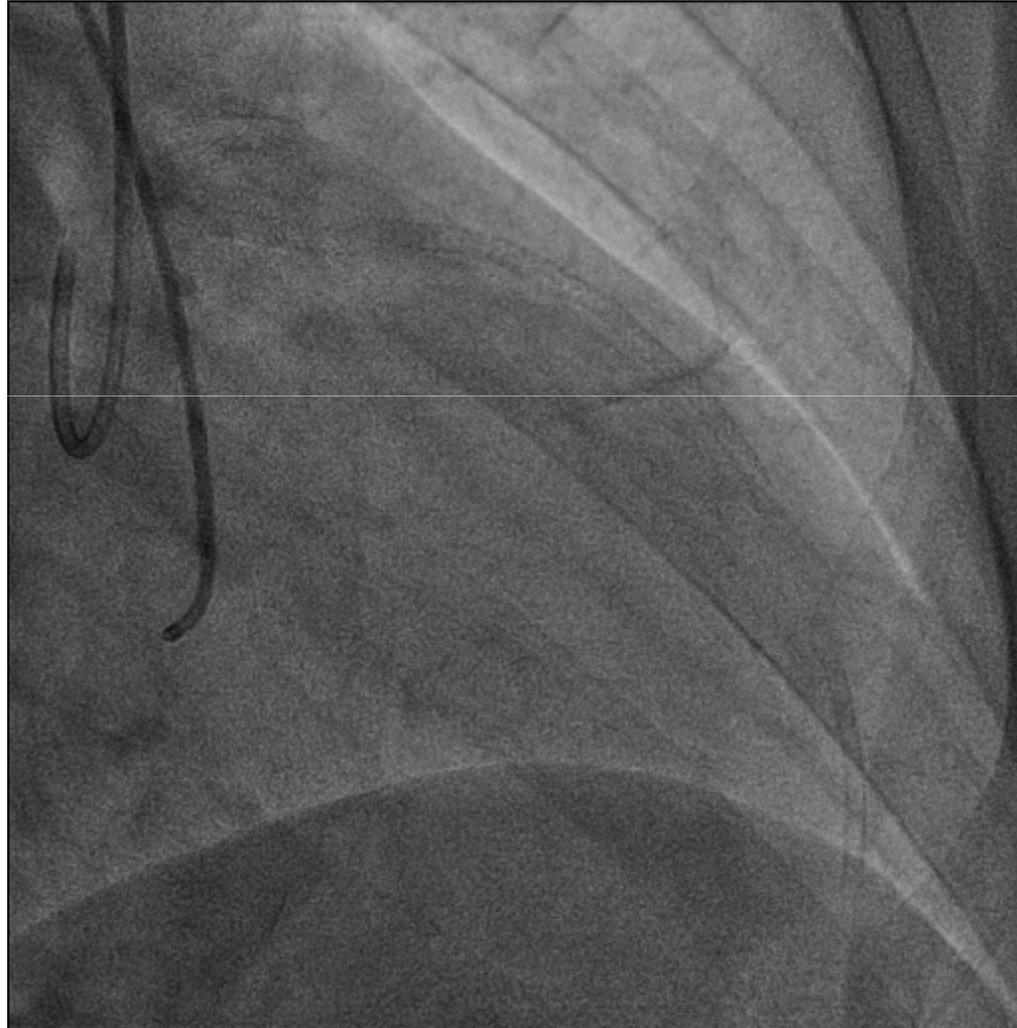
# Stent Alex 2x25 mm a 12 atm en la DA más distal

---



# Resultado final (1)

---



## Resultado final (2)

---



## Material utilizado

---

- Predilatamos a múltiples niveles
- Buen resultado angiográfico inicialmente.
- Stentamos de distal a proximal:
  - Orsiro 2,5x40 a 12 atm.
  - Orsiro 2,75x35 a 12 atm.
  - Alex 2x25 mm a 12 atm
- Comprobación por IVUS la ausencia de disección, trombosis residual y correcta aposición.

# Evolución tras el ICP

---

- Queda con doble antiagregación 1 año.
- Al año asintomático para la angina de pecho.
- Vida normal, incluyendo actividad deportiva diaria.