

REVASCULARIZACIÓN DE UNA OCLUSIÓN TOTAL CRÓNICA Y TRATAMIENTO DE LA BIFURCACIÓN CON TÉCNICA DE DOS STENTS.

Dr. Juan Francisco Muñoz Camacho
Unidad de Hemodinámica cardíaca. Servicio de Cardiología.
Hospital Universitario Mútua Terrassa

Paciente varón de 53 años de edad.

Sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

Dislipemia.

HISTORIA CARDIOLÓGICA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

Derivada a cardiología por clínica de angor de esfuerzo de unos 6 meses de evolución.

Ambulatoriamente se había realizado una ergometría que resultó clínicamente positiva y electrocardiográficamente no concluyente.

Se realizó un TC coronario que se informó como sugestivo de lesión en la Descendente anterior.

Para completar el estudio se solicita cateterismo cardíaco e ICP si procede.

Ingresa de forma programada en Febrero del 2019 para realización de cateterismo cardíaco. Previamente se inicia tratamiento antiagregante plaquetario con AAS y clopidogrel.

CORONARIOGRAFÍA DIAGNÓSTICA :

- Tronco común de buen calibre, con lesión del 30% a nivel distal que se extiende a los ostia de la Descendente anterior y Ramo intermedio.
- Descendente anterior (DA) larga y de buen calibre, con lesión del 50% desde el ostium que se sigue de una oclusión total crónica (CTO) con imagen de microcanal discontinuo hasta la bifurcación con la D1. DA media y distal se rellena por circulación colateral heterocoronaria desde septales de la CD y no presenta lesiones angiográficas significativas. Primera Diagonal (D1) larga y se rellena por circulación colateral heterocoronaria desde la Cx, sin lesiones angiográficas.
- Ramo intermedio (RI) de mediano calibre, con lesión moderada desde el ostium que se extiende hasta el final del tercio proximal, con dos puntos de máxima severidad del 90%. Vaso distal sin lesiones angiográficas.

CORONARIOGRAFÍA DIAGNÓSTICA :

- Circunfleja (Cx) no dominante, desarrollada y de buen calibre, sin lesiones angiográficas en el vaso principal. Ramas Marginales de fino calibre y sin lesiones angiográficas. Oblícuca Marginal (Omx) larga y desarrollada, de buen calibre, con lesión del 30% en segmento medio. Cx propia distal sin lesiones angiográficas, que se resume en una Posterolateral (PL) de fino.
- Coronaria derecha (CD) dominante, de buen calibre, con lesión del 70% segmento distal del tercio distal. IVP de buen calibre y sin lesiones angiográficas que aporta circulación colateral heterocoronaria mediante septales a la DA, y la rellena hasta el tercio medio. Posterolateral larga y sin lesiones angiográficas significativas.

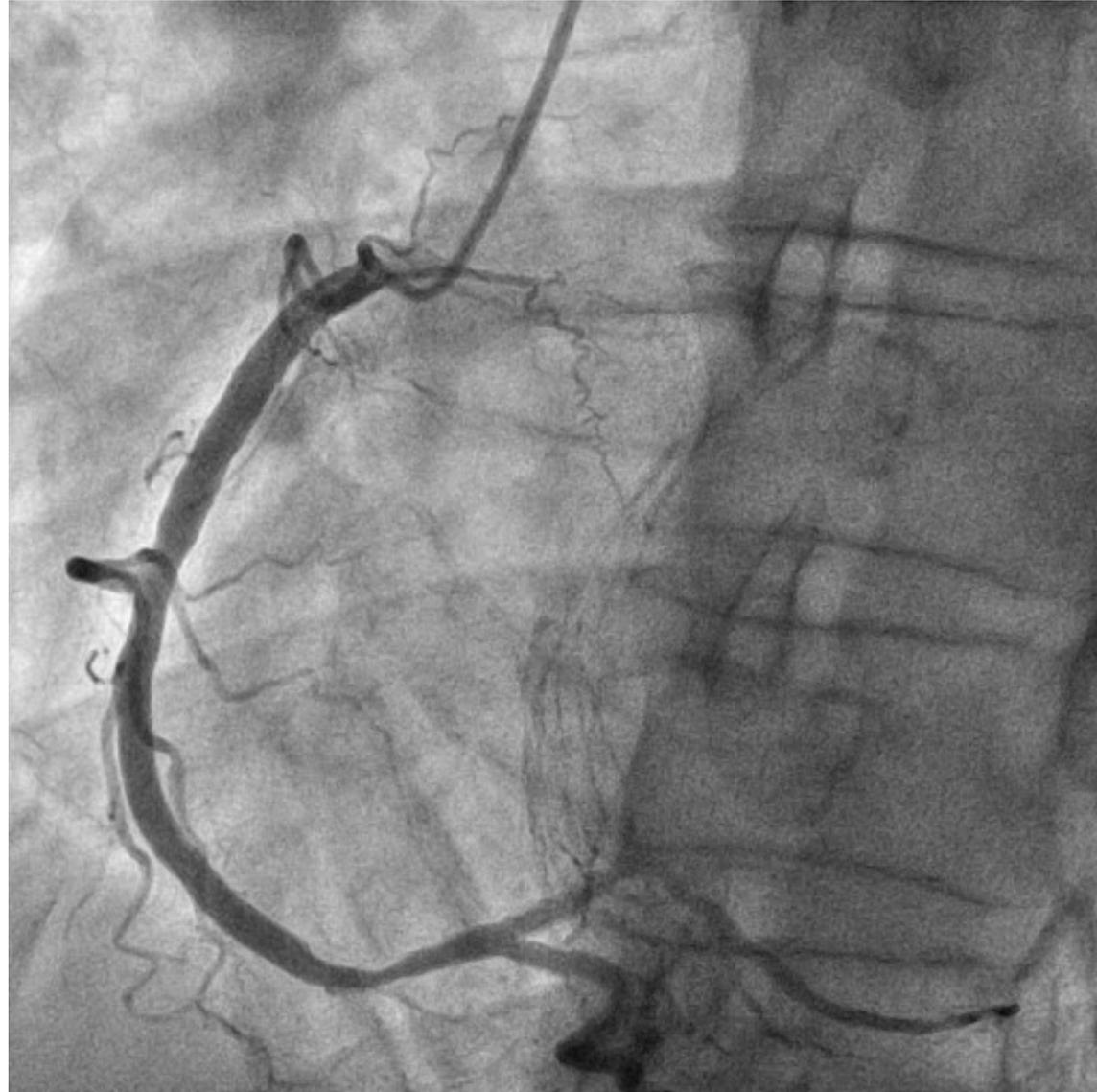


Figura 1. Coronaria derecha

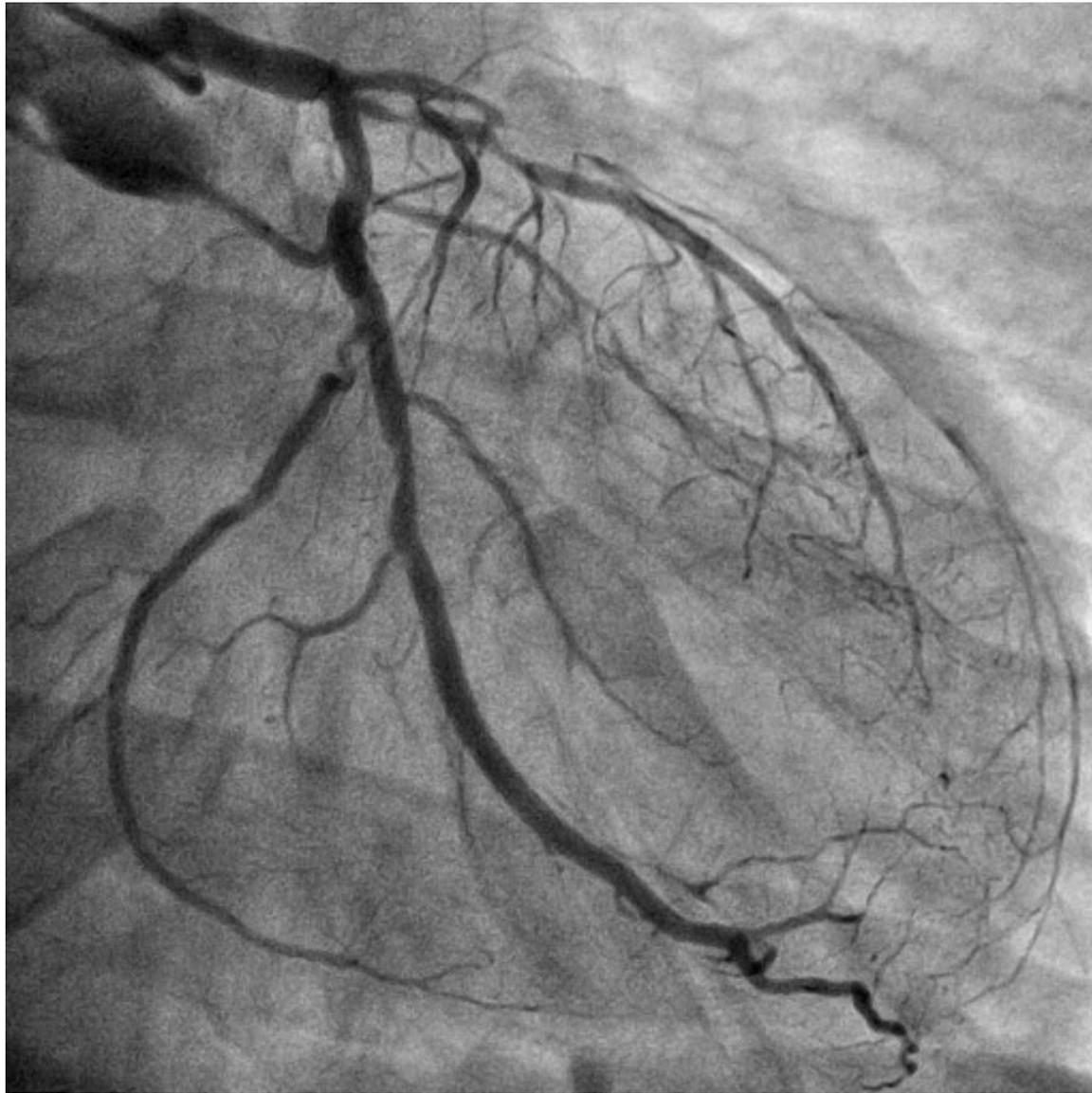


Figura 2. Árbol coronario izquierdo en proyección caudal - OAD



Figura 3. Árbol coronario izquierdo en proyección craneal - OAI

EVOLUCIÓN CLÍNICA:

Se presenta el caso en sesión conjunta del “heart team” y se acepta para ICP (intervencionismo coronario percutáneo) sobre la oclusión total crónica de la Descendente anterior.

El paciente ingresa de forma programada para dicho ICP.

ICP sobre CTO de DA y D1 (técnica de “mini-crush”):

Acceso arterial birradial con introductor 7F.

Por acceso anterógrado (arteria radial derecha): Cateterización del Tronco común con catéter-guía de alto soporte EBU 4 7F con regular coaxialidad y buen soporte.

Acceso retrógrado para control del vaso distal (arteria radial izquierda): Cateterización de la CD con catèter-guia AL 0,75 7F con buen soporte y poca coaxialidad.

Se posiciona anterógradamente guia Sion blue en RI distal.

Se intenta cruzar la CTO de DA con guías Fielder XT-R y seguidamente con guía Ultimatebros 3 sobre microcatéter Caravel , que lo consigue y se posiciona en DA distal.

Mediante microcatéter de doble luz Sasuke, se recanaliza la D1 con guía Gaia2.

Se posicionan en DA distal y D1 distal, dos guías Sion blue.



Figura 4. Doble inyección inicial para delimitar el segmento de oclusión de DA y la afectación de D1.

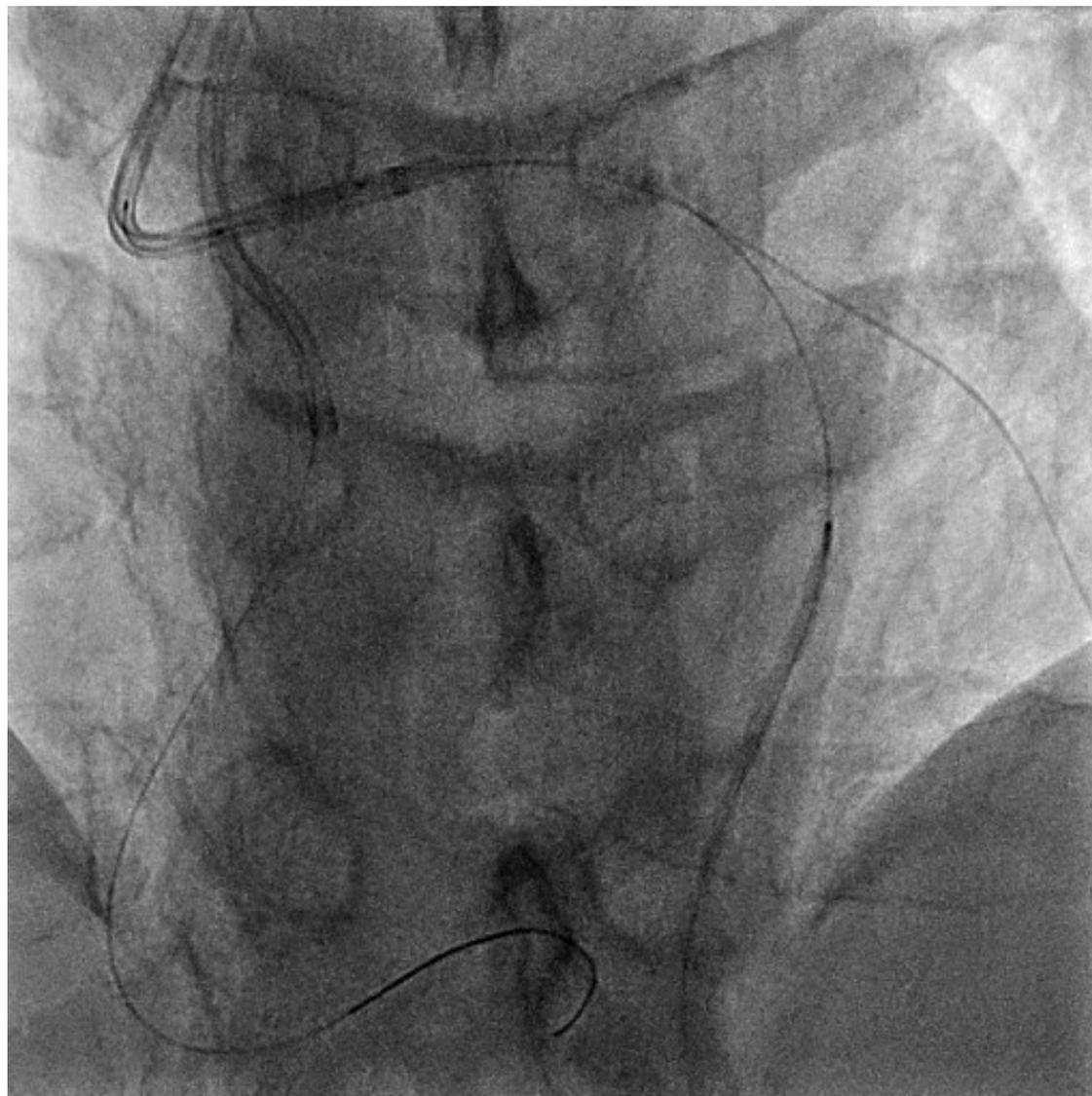


Figura 5. Paso de guía anterógrada y comprobación mediante inyección por microcatéter.

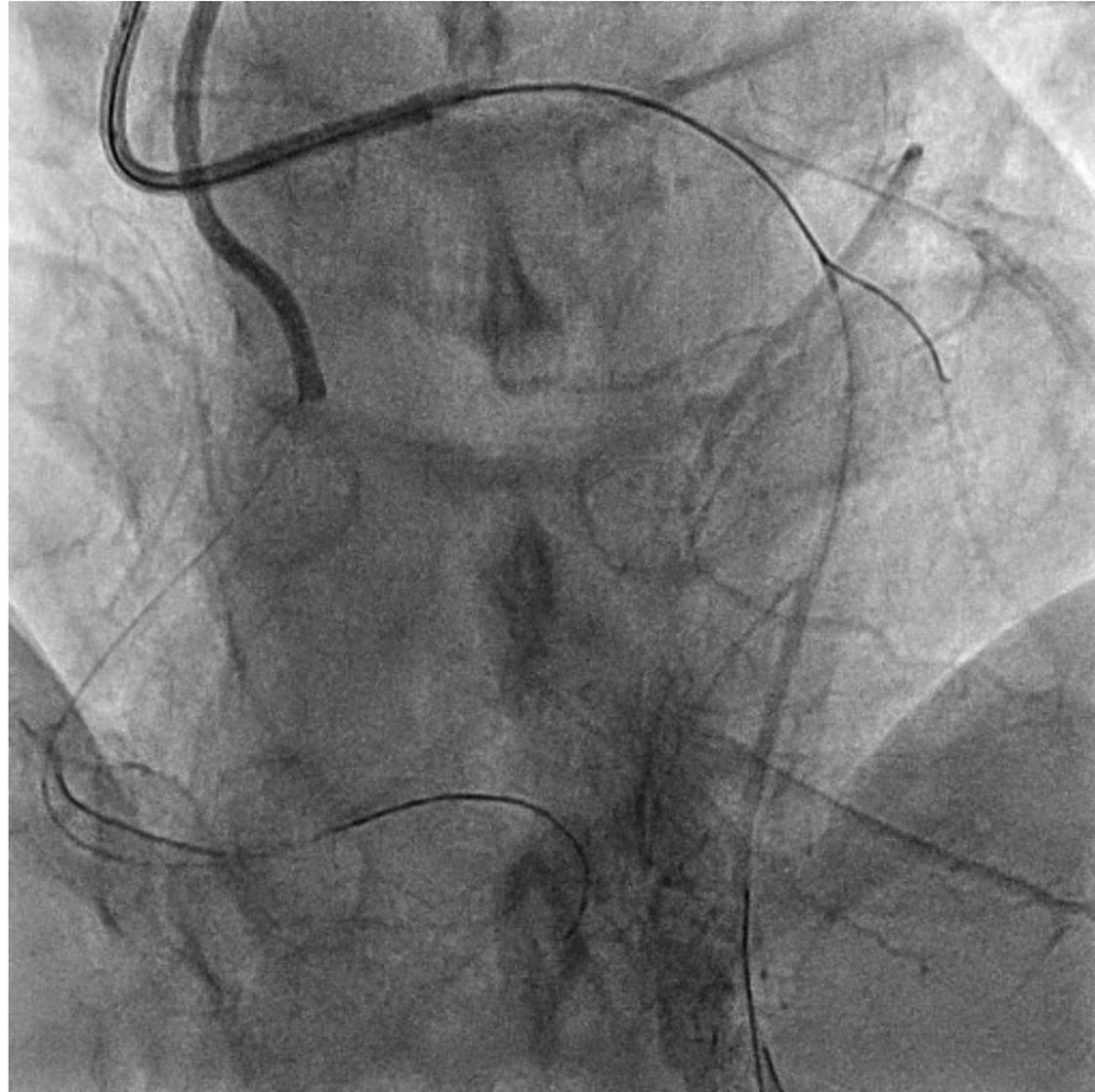


Figura 6. Paso a la luz verdadera de DI desde la DA.

ICP sobre CTO de DA y D1 (técnica de “mini-crush”):

Se predilata la lesión de DA proximal – media y D1 con balón semicomplaciente 2.5/15 mm a 10 atm y la D1 ostial-proximal con balón 2,0/15 mm a 8 atm (“kissing balón”).

Se predilata la DA proximal con balón 2,5/15 mm a 14 atm.

Se realiza técnica de “minicrush” con implante de un stent farmacoactivo Orsiro 2,5/35 mm en D1 con mínima protrusión en DA, a 8 atm, e implante de otro stent farmacoactivo Orsiro 3,0/35 mm a 14 atm, enrasado al ostium de DA.

Postdilatación en “kissing” con balón 2,0/15 mm en D1 a 18 atm y balón NC 3,0/15 mm en DA a 12 atm.

Nuevo “kissing” balón con balón 2,5/15 mm en D1 a 14 atm y balón NC 3,0/15 mm a 14 atm en DA.

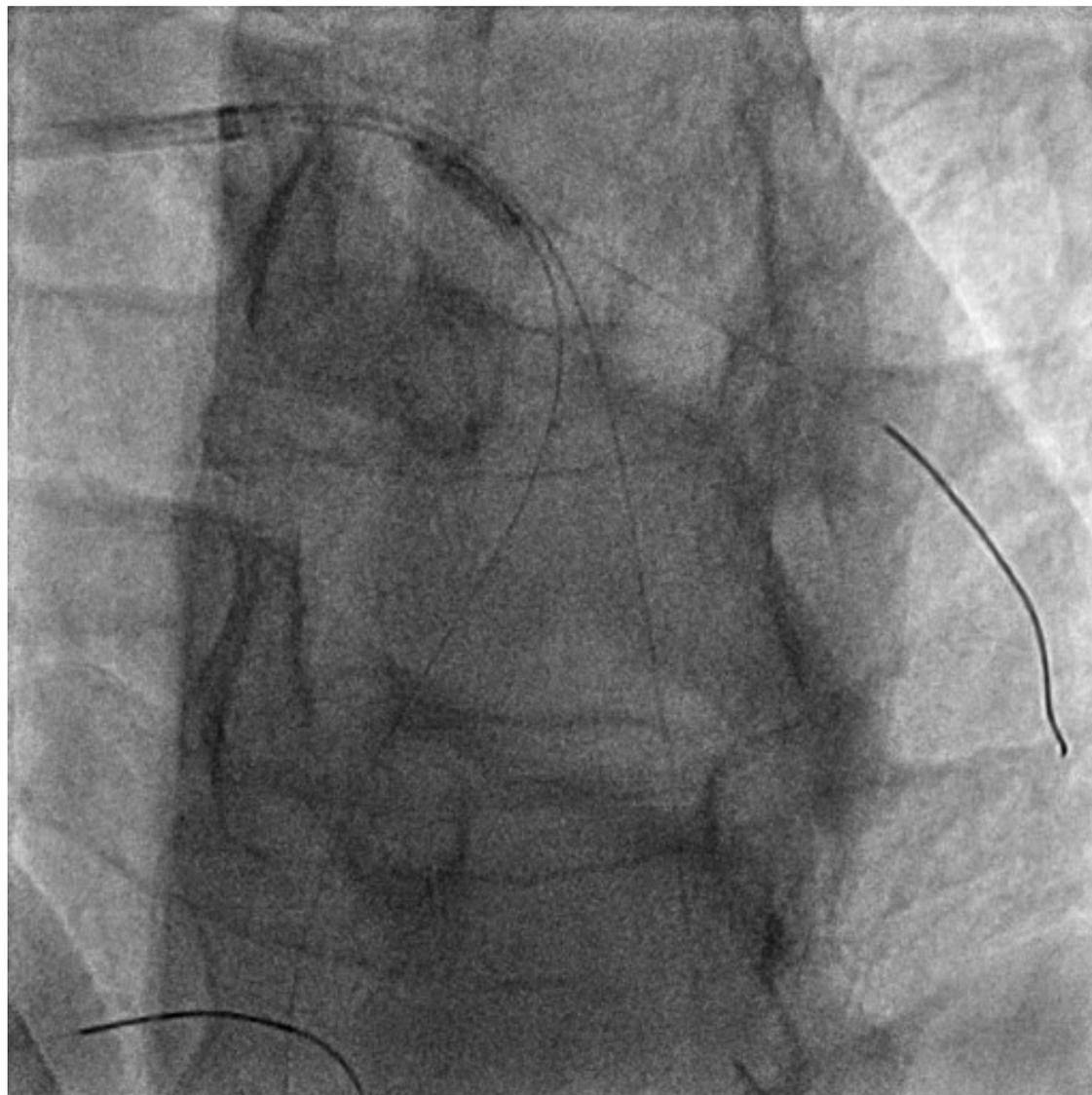


Figura 7. Predilatación de DA con balón semicompliante

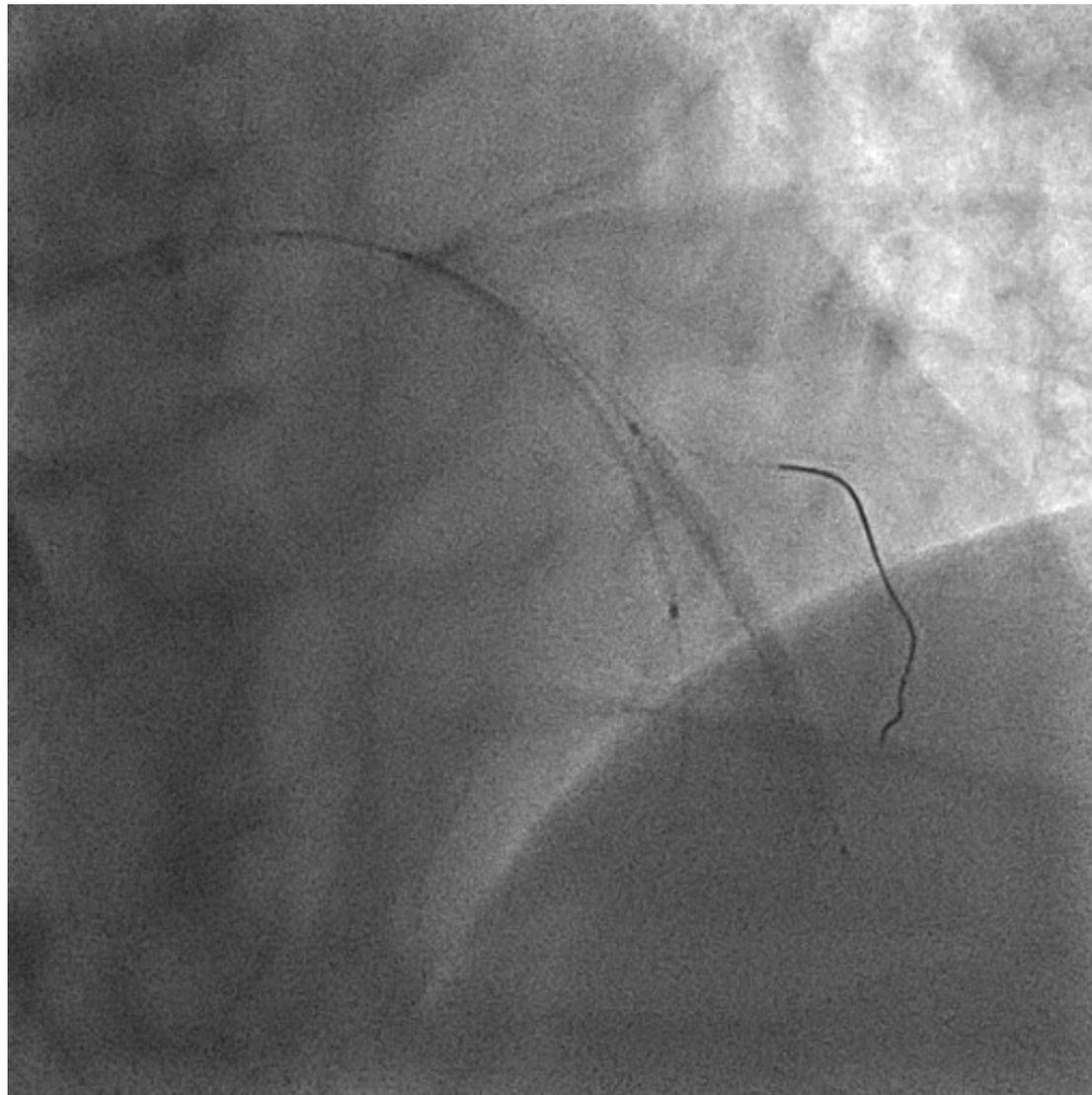


Figura 8. Implante del stent en D1 para técnica de “minicrush”, con stent de DA en posición para la liberación.

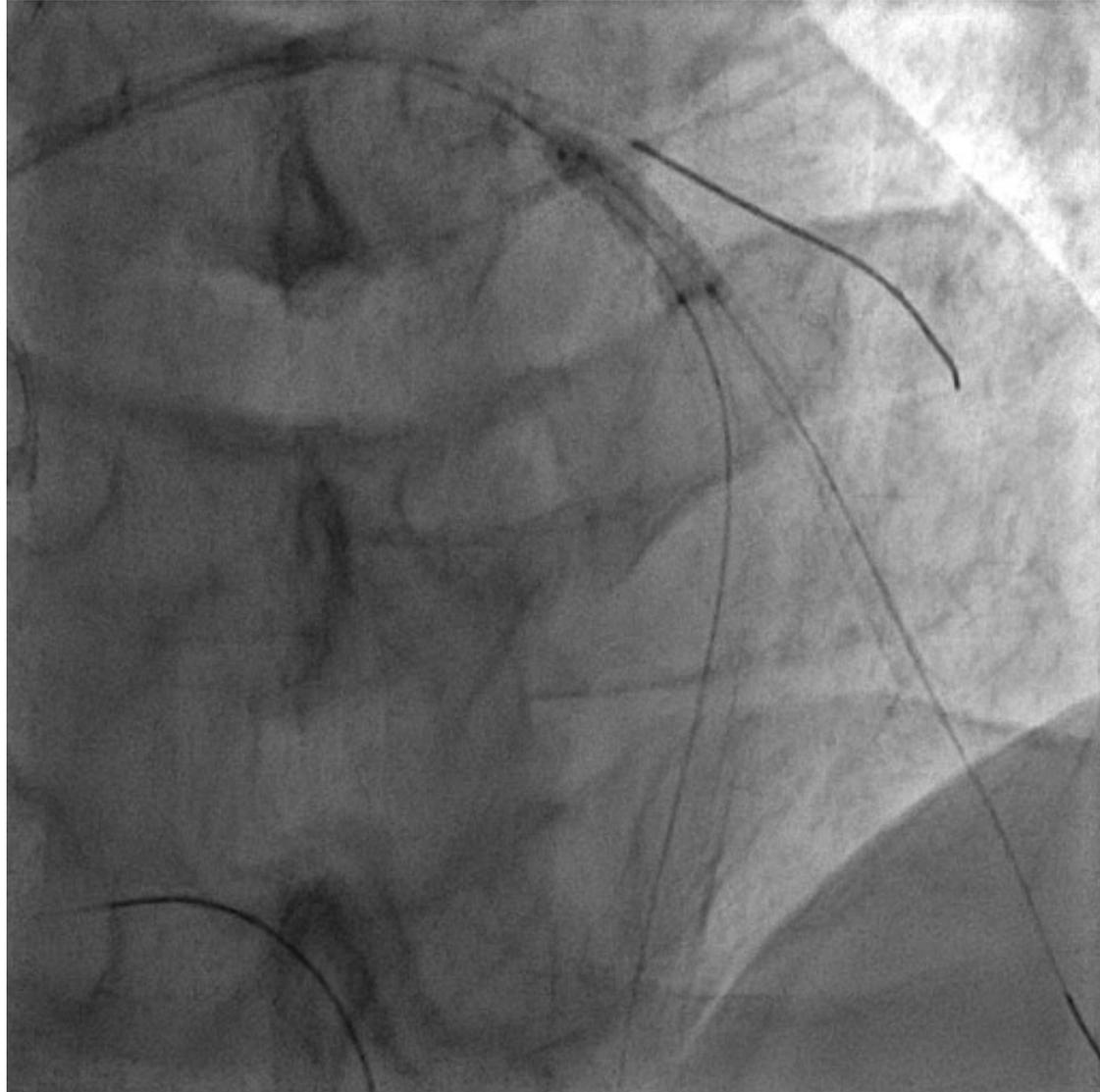


Figura 9. Postdilatación en "kissing" en DA – D1

ICP sobre CTO de DA y D1 (técnica de “mini-crush”):

Se postdilata la DA ostial-proximal con balón NC 3,0/15 mm hasta 22 atm.

Se observa lesión del 70% en borde distal del stent de DA, que se cubre solapando un tercer stent farmacoactivo Orsiro 2,75/13 mm a 10 atm; con postdilatación proximal a 16 atm.

Finaliza el procedimiento con buen resultado.

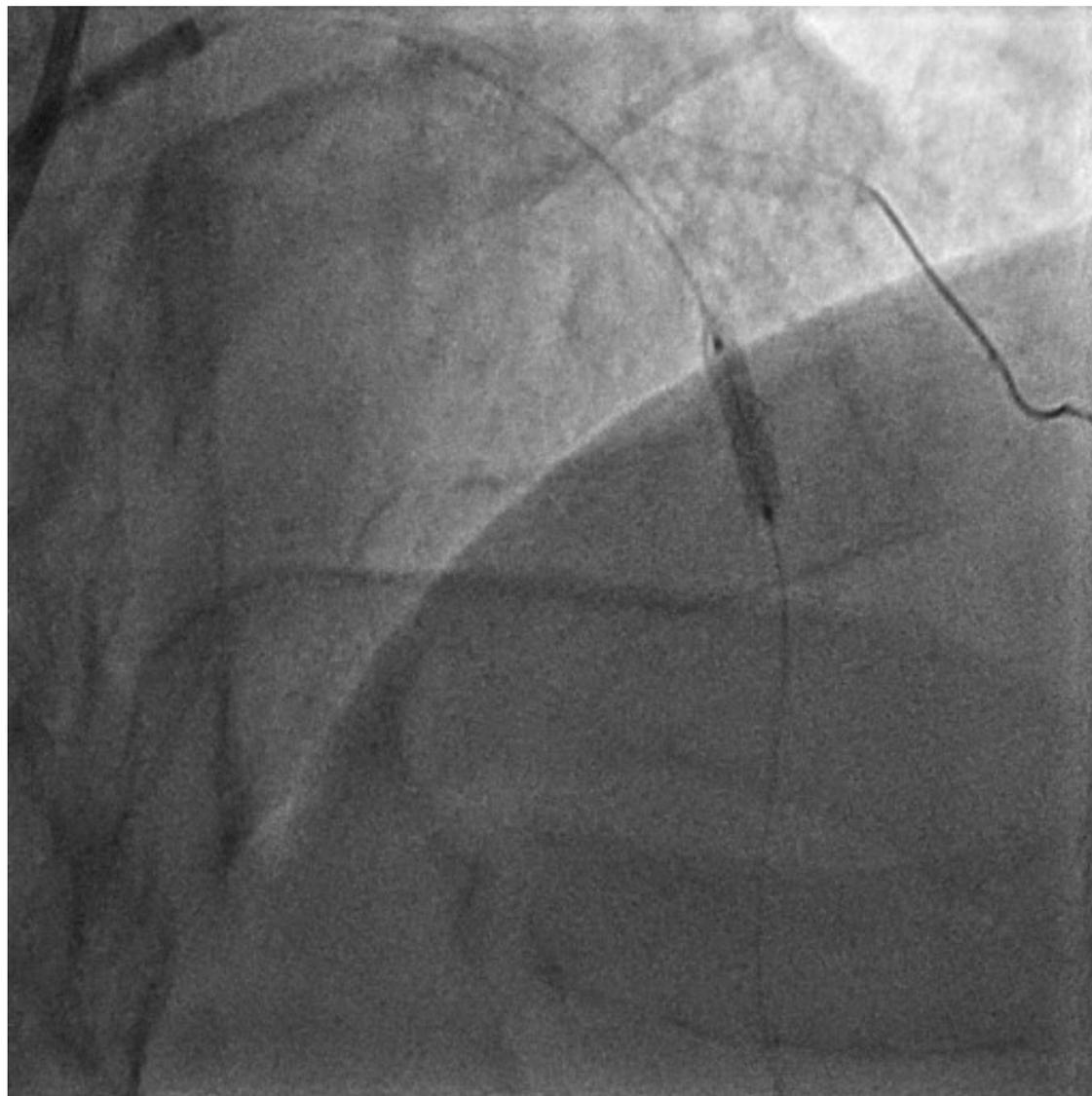


Figura 10. Implante de segundo stent en DA para cubrir la lesión de borde distal.

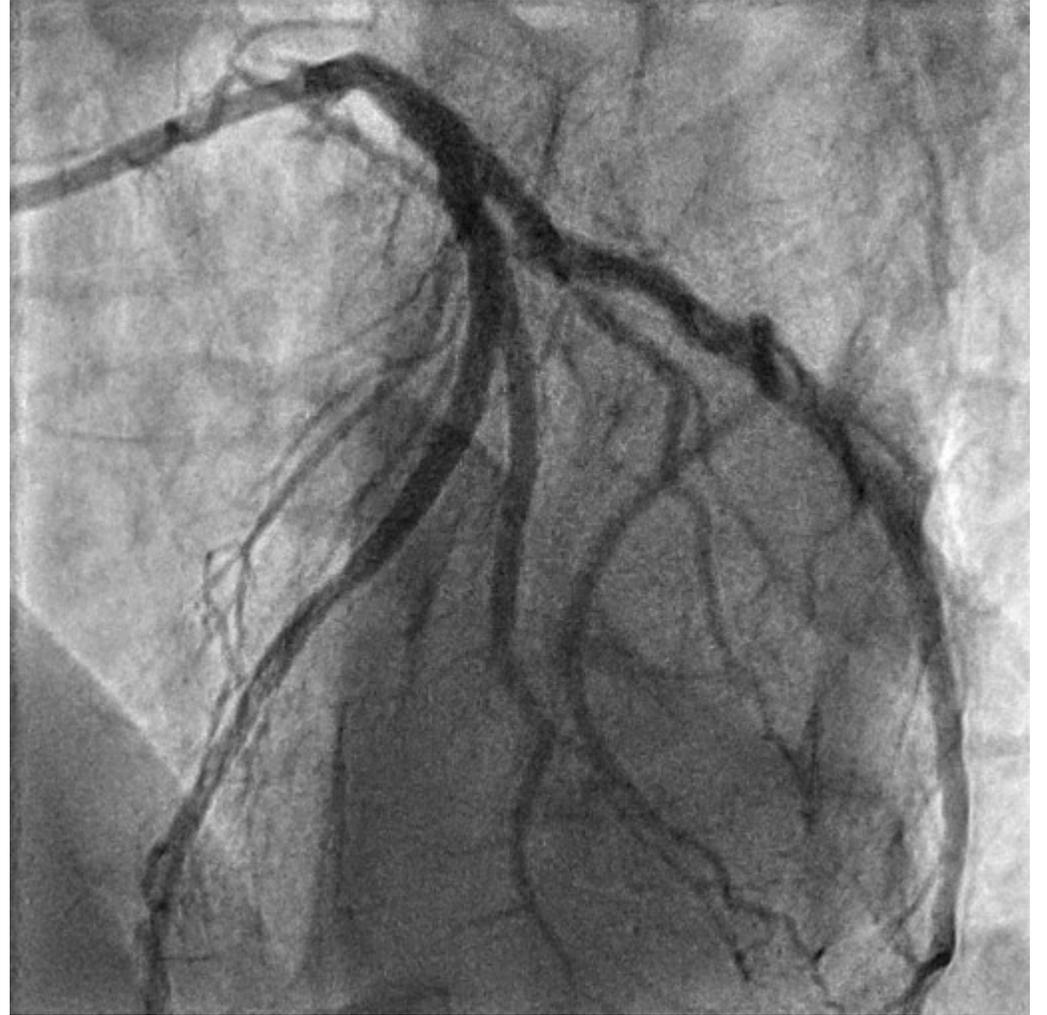


Figura 11 y 12. Resultado final.

EVOLUCIÓN CLÍNICA TRAS LA ICP:

Se indica doble antiagregación plaquetaria con AAS 100 mg/día y Ticagrelor 90 mg/12 horas ,durante 12 meses, por tratarse de un paciente diabético sometido a ICP compleja con implante de tres stents farmacoactivo con técnica de “mini-crush”.

El paciente es dado de alta en 24 horas, con doble antiagregación durante 12 meses, para seguimiento ambulatorio por cardiología.

Un mes después de la ICP sobre DA – D1, se revasculariza la lesión de la Coronaria derecha distal con implante de un stent farmacoactivo , y se realiza el control angiográfico de la DA – D1, que muestra un buen resultado.

Seguirá controles ambulatoriamente por cardiología.



Figura 13 y 14. Control angiográfico 1 mes después de la ICP.