

REVASCULARIZACIÓN DE PACIENTE CON ENFERMEDAD CORONARIA DE 3 VASOS EN VARIOS TIEMPOS

HISTORIA CLÍNICA

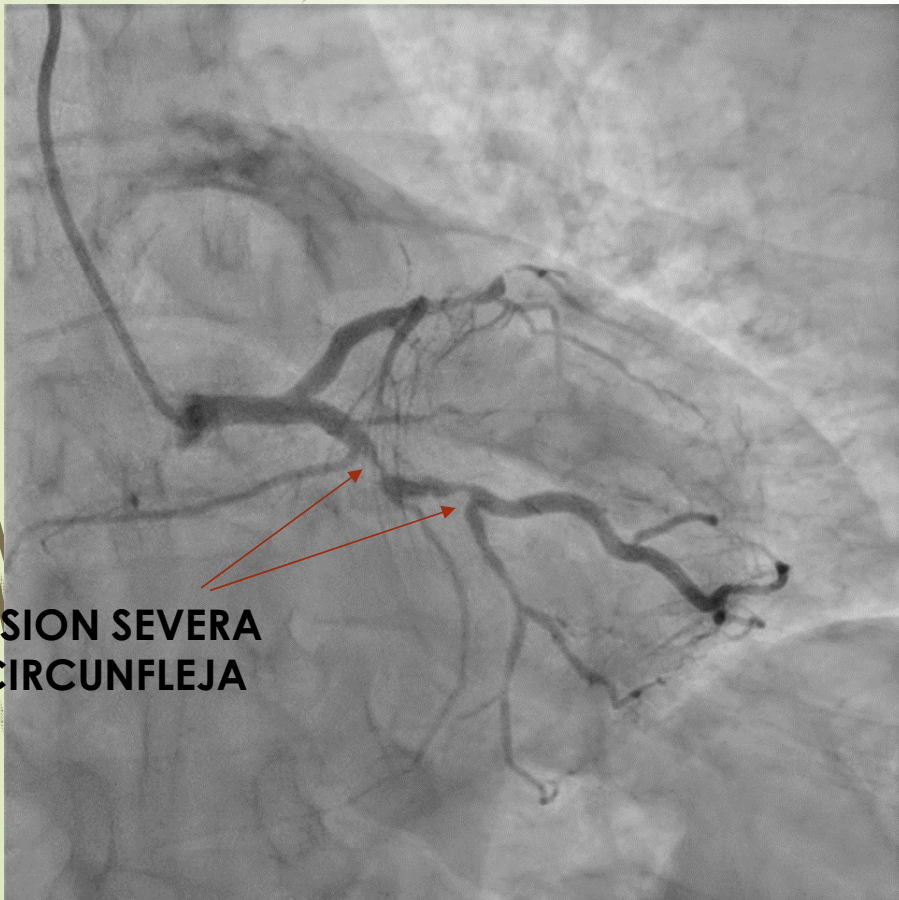
- ▶ Varón de 61 años con antecedentes de dislipemia e historia familiar de enfermedad coronaria. N fumar ni diabetes mellitus. Origen pakistaní.
- ▶ No ha seguido tratamiento hipolipemiante habitual con cifras de lípidos mal controladas (colesterol 238 mg/dl, HDLc 41, LDLc 164 mg/dl, Lp(a) 92 mg/dl).
- ▶ Dos años antes presenta ingreso en urgencias por dolor torácico de perfil atípico y ECG sin alteraciones por lo que es dado de alta.
- ▶ Acude actualmente por clínica de dolor torácico desde varios días previos de perfil típico opresivo desencadenados con esfuerzos ligeros. La clínica ha progresado hasta el día que acude a nuestro centro con un dolor matutino en reposo.
- ▶ EXPLORACIÓN sin datos de fallo cardiaco con TA 160/92, StO2 96%, no galope ventricular no soplos cardiacos. Buena perfusión periférica. No datos de fallo cardiaco.
- ▶ ECG de urgencias demuestra descenso de ST de 1 mm en derivaciones precordiales.
- ▶ Los niveles de troponina I son de 378 ng/ml.
- ▶ Se realiza ECOCARDIOGRAMA en urgencias que no demuestra alteraciones de la contractilidad global y segmentaria.

HISTORIA CLÍNICA

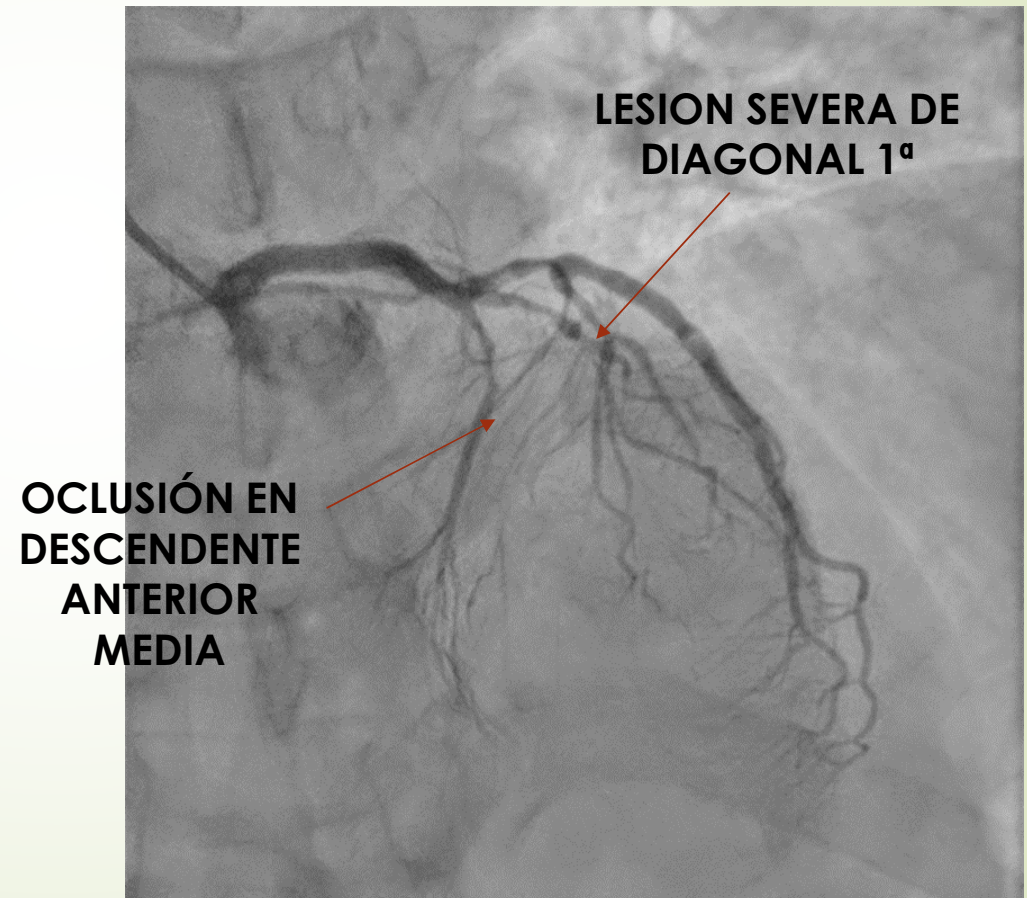
- ▶ Ingresa en UCI con diagnóstico de síndrome coronario agudo sin elevación de ST.
- ▶ Se inicia tratamiento desde urgencias con aspirina 300 mg , ticagrelor 180 mg y enoxaparina 80 mg sc.
- ▶ Se planifica coronariografía que se realiza a las 8h de ingreso.
- ▶ Abordaje radial derecho.
- ▶ Catéteres diagnósticos JL3.5 5F y JR4 5F.
- ▶ CORONARIOGRAFÍA IZQUIERDA (imágenes:
 - ▶ Tronco de CI sin lesiones
 - ▶ Descendente anterior dos lesiones:
 - ▶ Oclusión de DA media con relleno colateral homo y principalmente heterocoronario
 - ▶ Lesión severa de primer ramo diagonal
 - ▶ Circunfleja con lesión muy severa (90%) de especto irregular y complejo sospechosa de responsable del cuadro coronario agudo actual.

CORONARIOGRAFÍA IZQUIERDA

► PROYECCIÓN AP 0° CAUDADA 25°



PROYECCIÓN CRANEO 30° IZQUIERDA 20°



CORONARIOGRAFÍA IZQUIERDA

PROYECCION CAUDO 25° DERECHA 20°

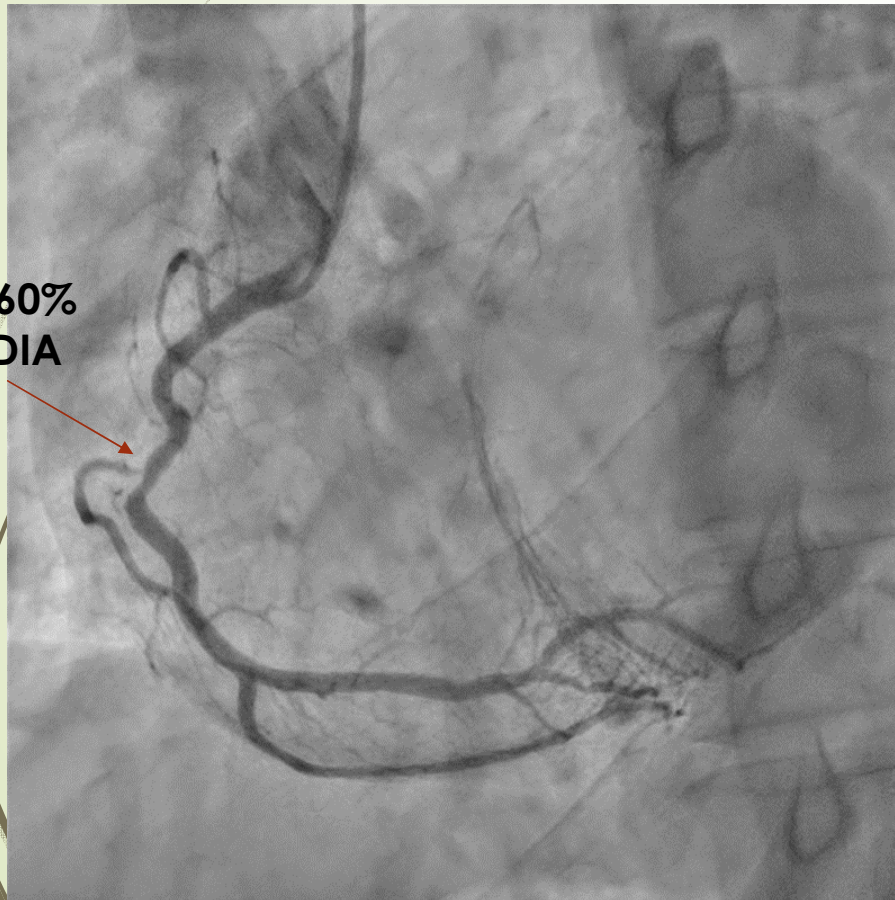


PROYECCION CAUDO 30° IZQUIERDA 30°

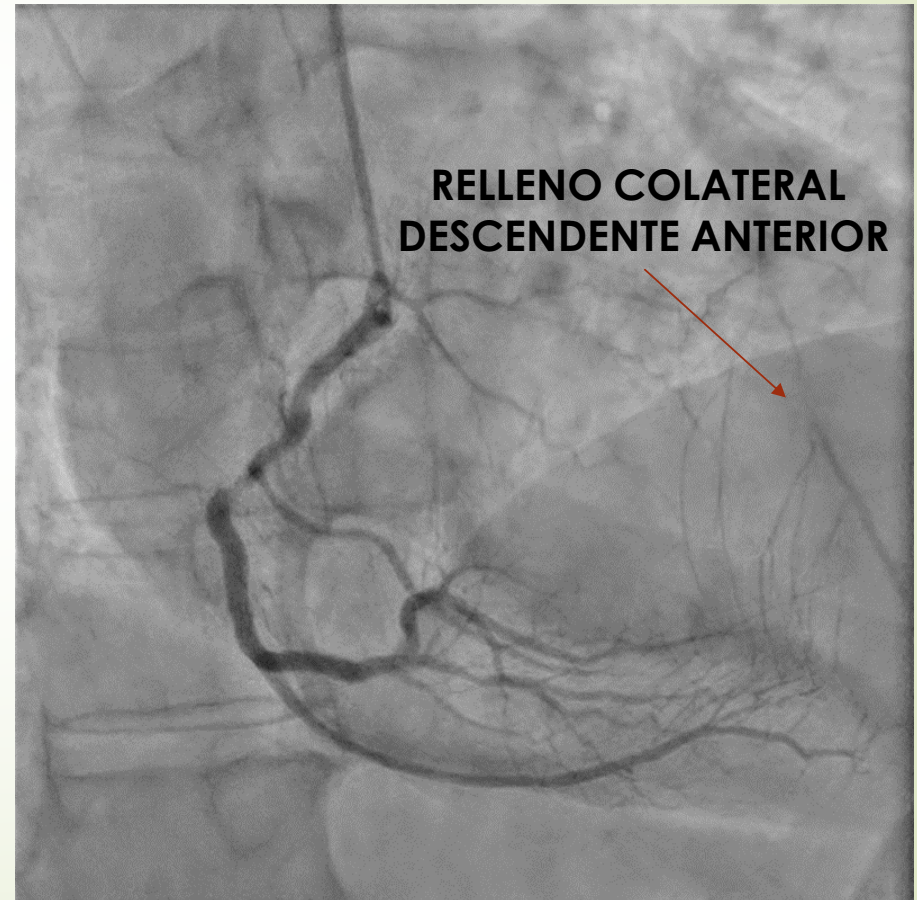


CORONARIOGRAFÍA DERECHA

PROYECCION CAUDO 10° IZQUIERDA 25°

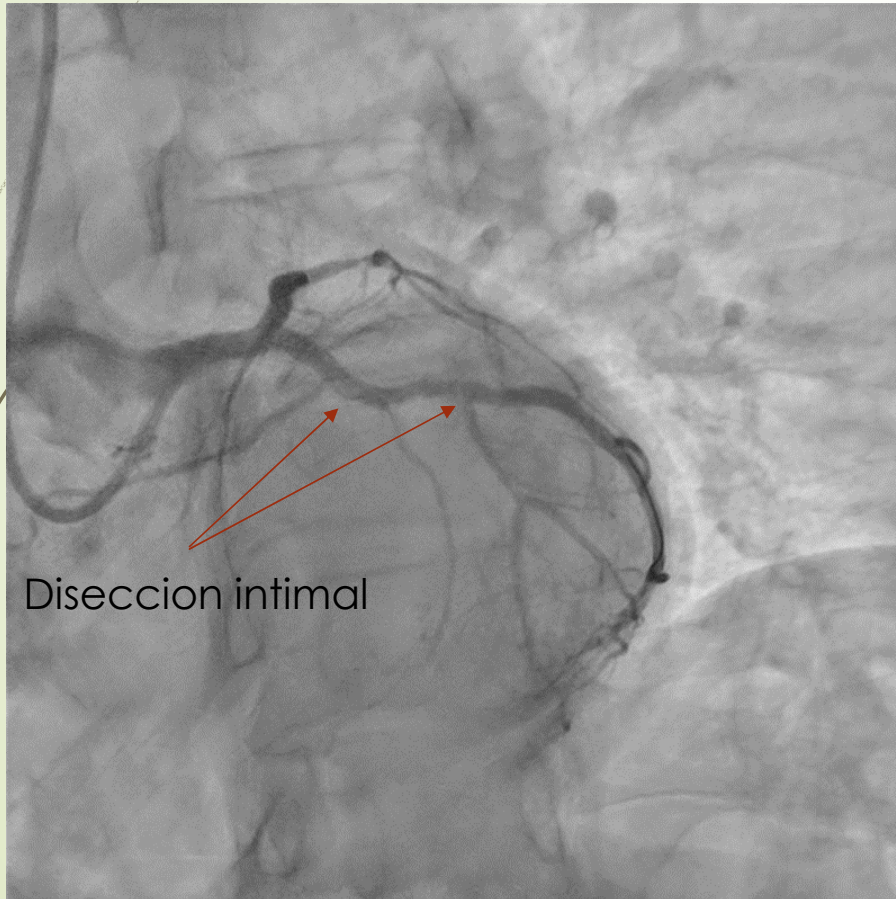


PROYECCION CAUDO 10° DERECHA 20°



ANGIOPLASTIA A ARTERIA CIRCUNFLEJA

Predilatación con balón (disección intimal)

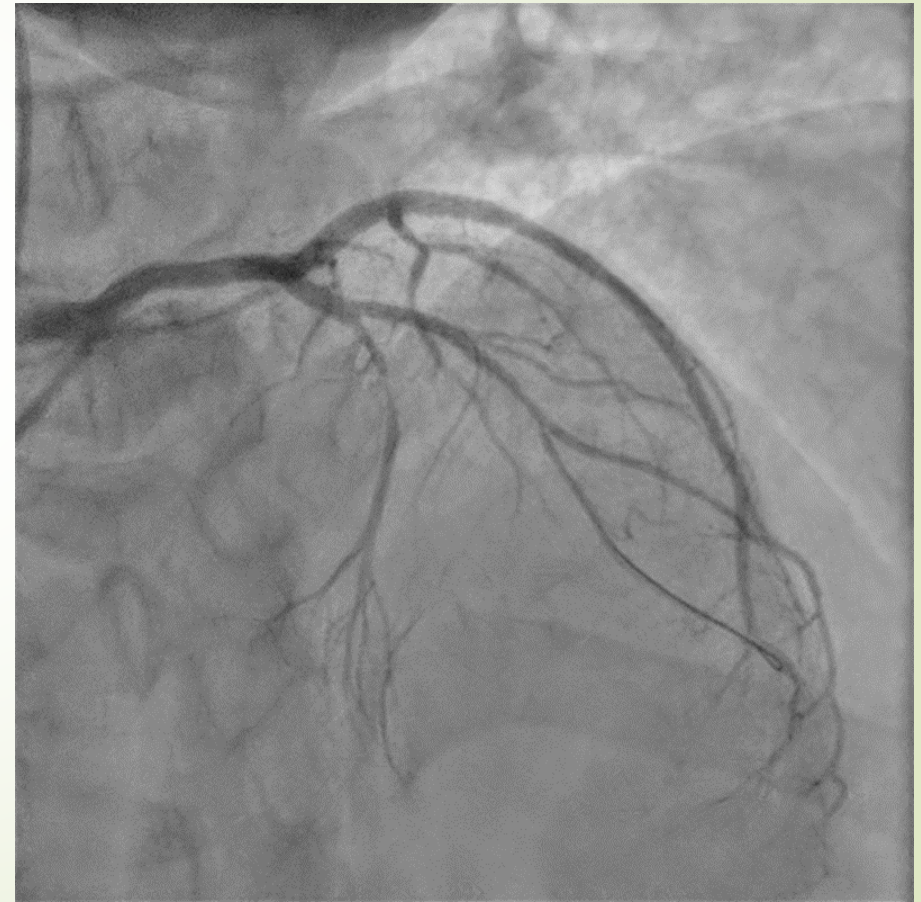
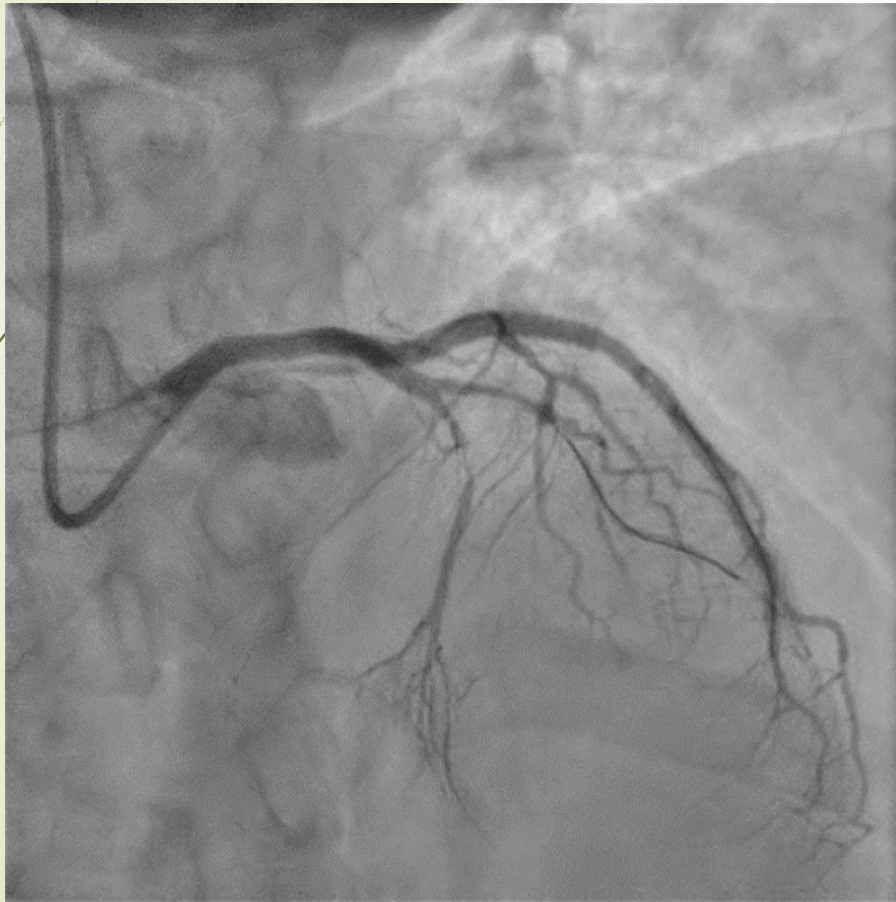


Resultado angiográfico favorable tras implante de stent Orsiro



ANGIOPLASTIA A RAMO DIAGONAL 1°

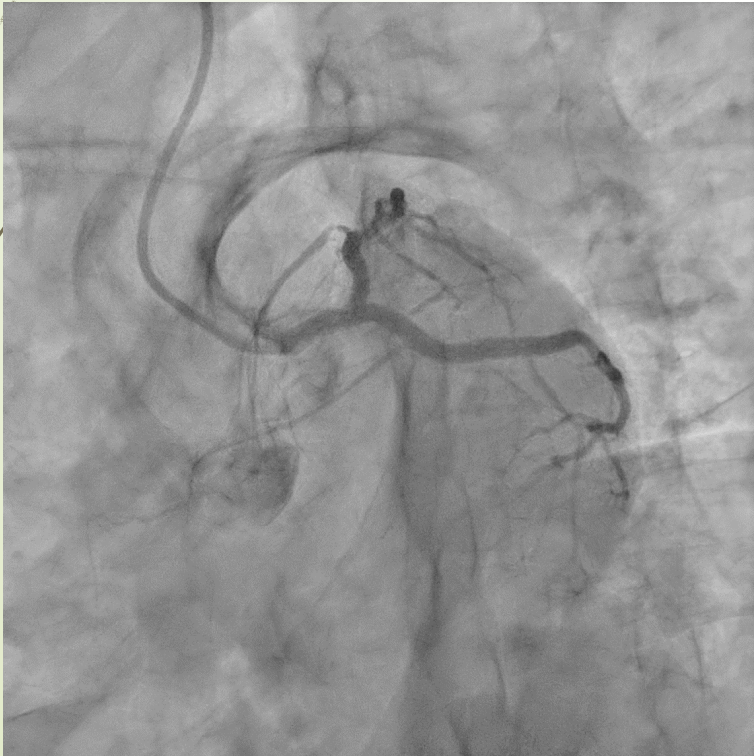
Resultado angiográfico favorable tras implante de stent Orsiro



EVOLUCIÓN TRAS ANGIOPLASTIA

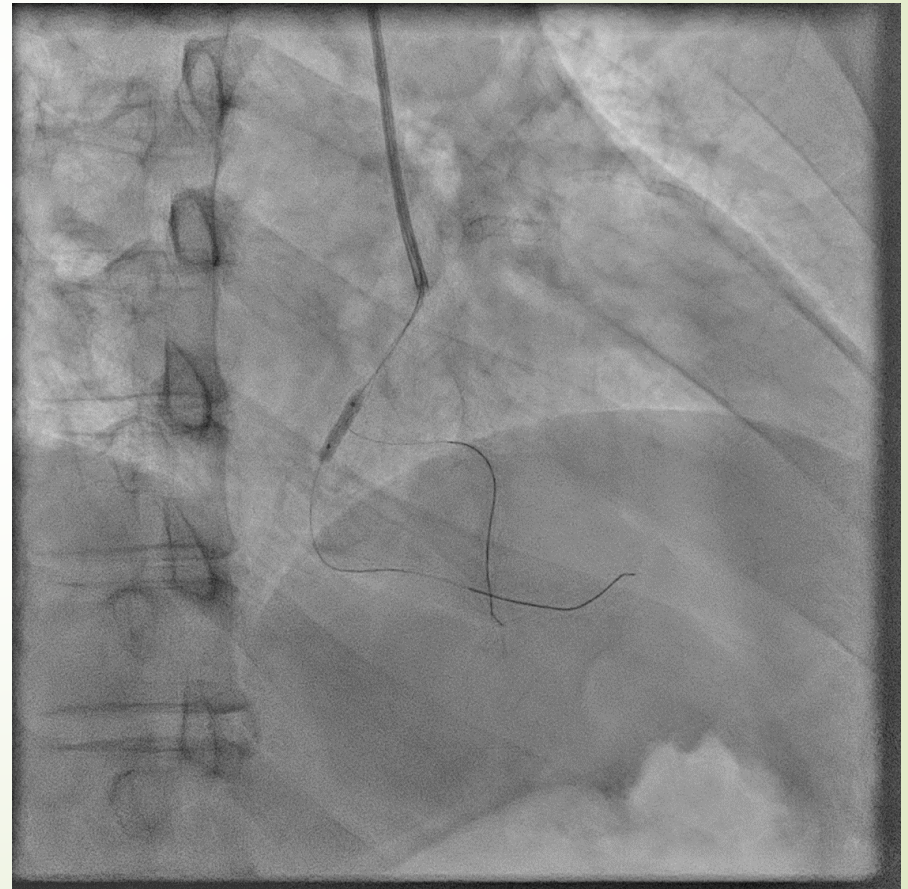
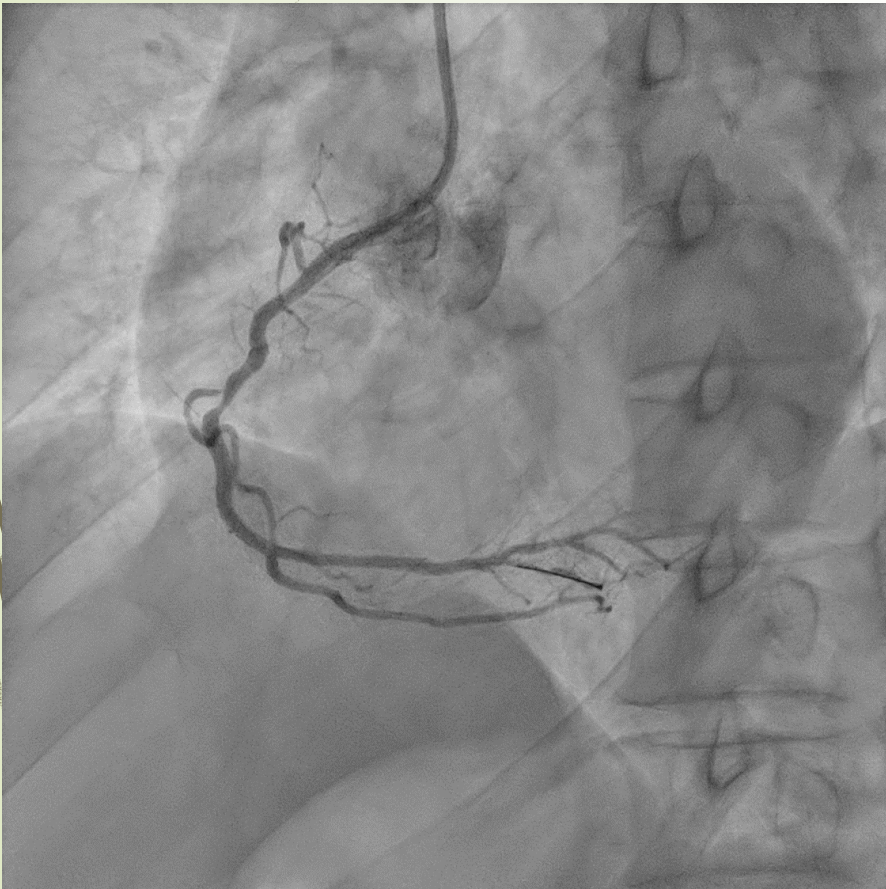
Acude a urgencias en 2 ocasiones tras alta de angioplastia a los 3 semanas.

- ▶ Tratamiento habitual con aspirina 100 mg/d + ticagrelor 90 mg/12h vo + bisoprolol 5 mg/d + atorvastatina 80 mg/d.
- ▶ ECGs sin hallazgos indicativos de isquemia en ritmo sinusal. Los niveles de Troponina I son normales.
- ▶ Se repite coronariografía que demuestra buen resultado de angioplastia previa en arteria circunfleja y ramo diagonal 1°



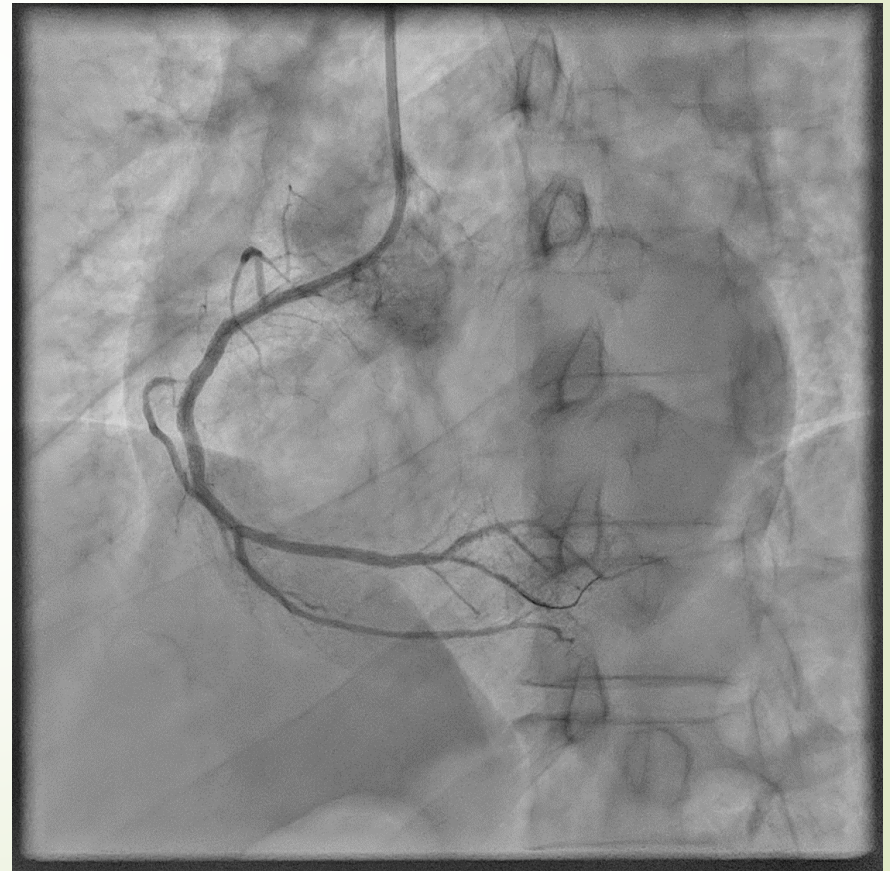
ANGIOPLASTIA A CORONARIA DERECHA EN SEGUNDO TIEMPO

Se utiliza guía de ACTP standard y se realiza predilatación con balón Pantera



ANGIOPLASTIA A CORONARIA DERECHA EN SEGUNDO TIEMPO

Resultado angiográfico favorable tras implante de stent Orsiro en coronaria derecha



EVOLUCIÓN TRAS SEGUNDA ANGIOPLASTIA. ANGIOPLASTIA A OCLUSIÓN DE DESCENDENTE ANTERIOR

- Acude a consulta manteniendo el mismo tratamiento comentando a su médico la presencia de angina de esfuerzos moderados. Se incrementa el tratamiento betabloqueante y se revisa a los 2 meses. Persisten la sintomatología anginosa con esfuerzos moderados por lo que programa para angioplastia a la arteria descendente anterior ocluida crónicamente en segmento medio.
- Se programa mediante abordaje en ambas coronarias con inyecciones simultáneas en ambas coronarias.
- Se abordan ambas arterias radiales.
- Se utiliza como catéter guía de angioplastia LeftBU 3.5 6F en coronaria izquierda y un catéter diagnóstico JL4 5F para inyecciones en coronaria derecha.
- La angiografía demuestra el buen resultado persistente de los procedimientos previos de angioplastia en circunfleja, diagonal 1ª y coronaria derecha.
- La estrategia de abordaje de la oclusión es anterógrado apoyado en microcatéter Caravel y se utiliza guía de angioplastia standard Sion para avance del microcatéter hasta oclusión. Se intercambia guía y aborda la oclusión mediante guía Gaia First de CTO en un primer intento de abordaje.

ANGIOPLASTIA A OCLUSIÓN EN DESCENDENTE ANTERIOR

Abordaje bilateral



Progresión de guía Gaia First sobre microcatéter

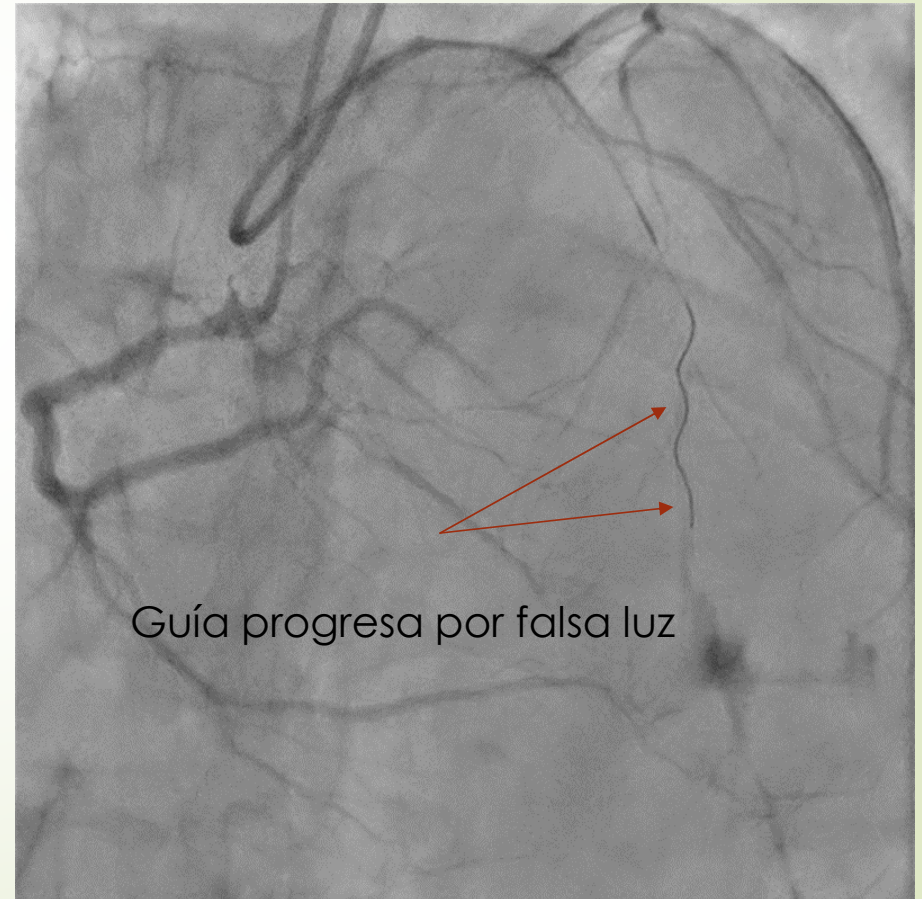


ANGIOPLASTIA A OCLUSIÓN EN DESCENDENTE ANTERIOR

Progresión de guía sobre segmento ocluido
que finaliza en bifurcación

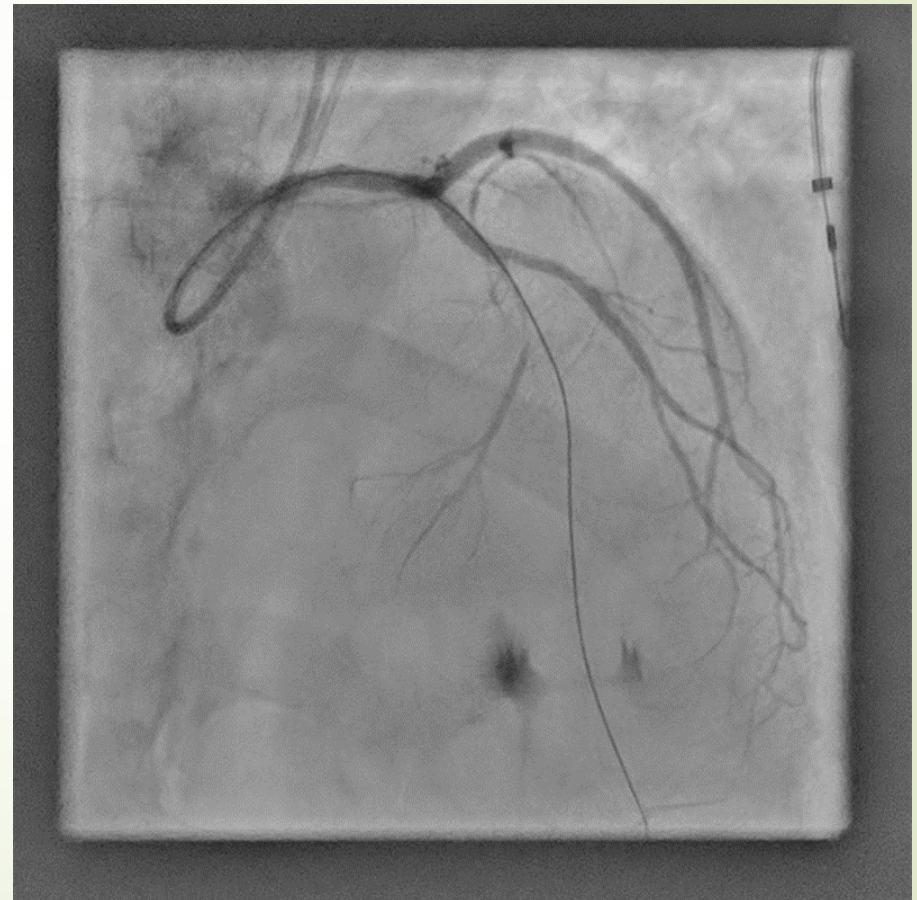


Progresión de guía de oclusión por falsa luz al
pasar la bifurcación distal a oclusión



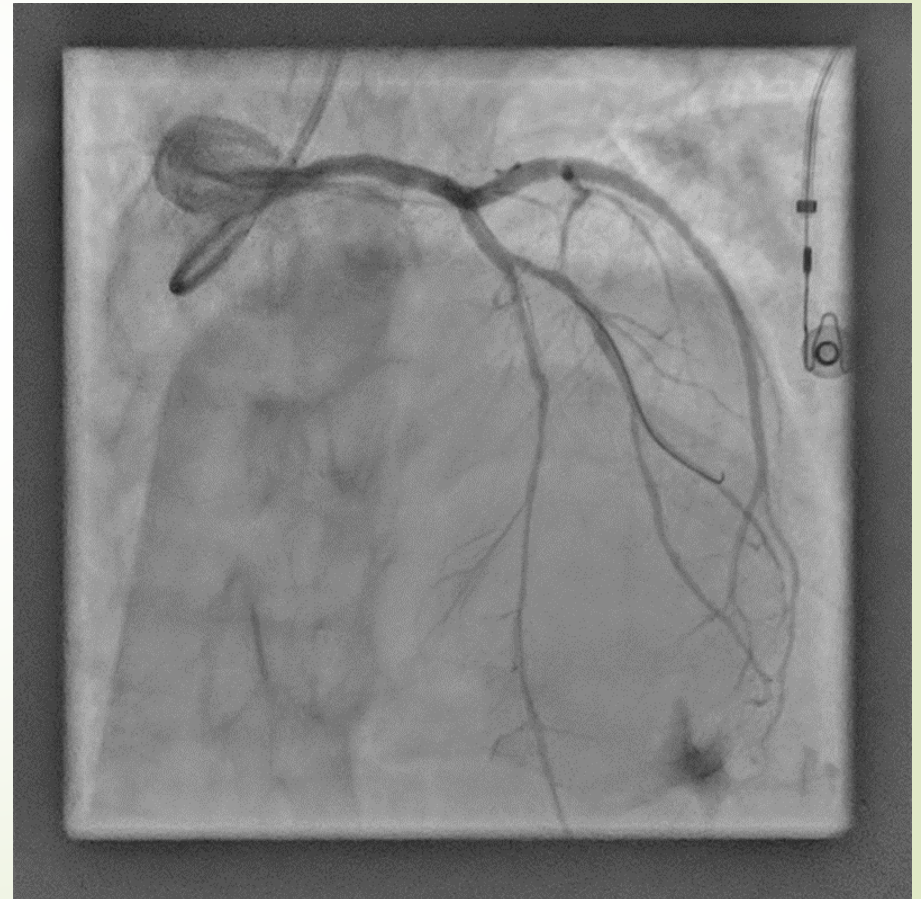
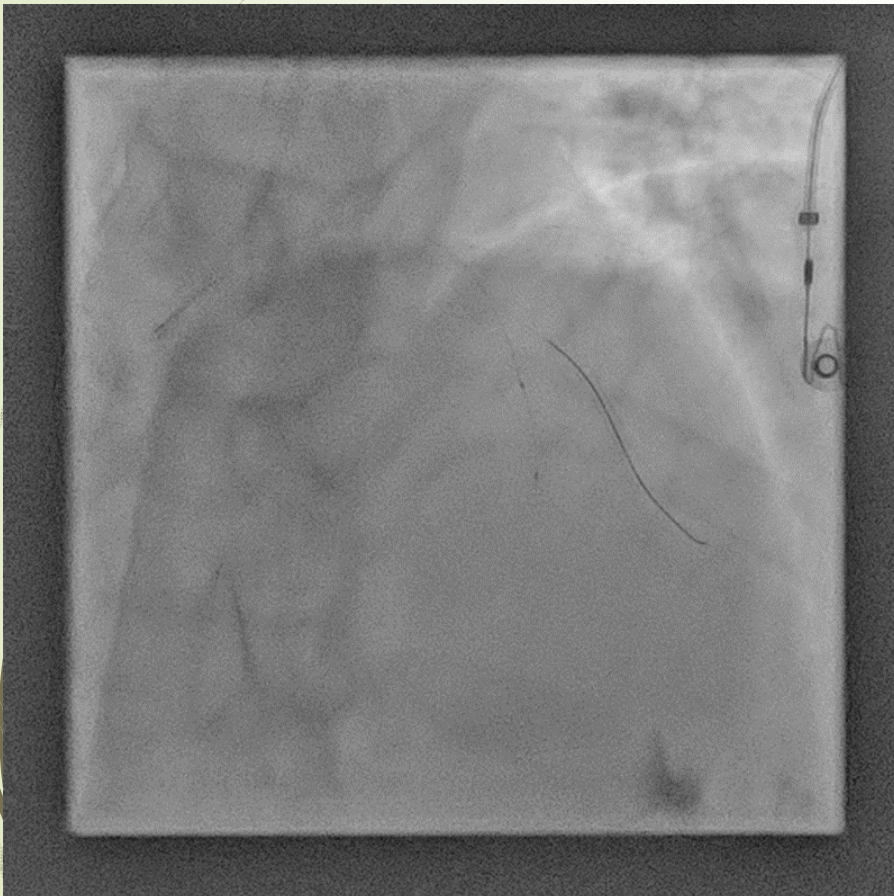
ANGIOPLASTIA A OCLUSIÓN EN DESCENDENTE ANTERIOR

Se intercambia en microcatéter a guía Gaia Second modificando la punta para dirigirla en la bifurcación consiguiendo avanzar a luz verdadera



ANGIOPLASTIA A OCLUSIÓN EN ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR

Predilatación con balón y apertura de flujo anterógrado en luz verdadera



ANGIOPLASTIA A OCLUSIÓN EN ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR

Implante de dos stents farmacoactivos Orsiro solapados en segmento medio ocluido desde bifurcación de primer ramo diagonal con excelente resultado angiográfico sin complicaciones





CONCLUSIONES

- ▶ Es factible el tratamiento de pacientes con enfermedad multivaso con resultados favorable sin complicaciones.
- ▶ Si el debut clínico es un cuadro coronario agudo se trataría inicialmente la lesión responsable según datos clínicos, ECG y aspecto angiográfico de lesión.
- ▶ Las lesiones crónicas se tratarían en un 2º ó más tiempos.
- ▶ Las lesiones oclusivas crónicas son las más complejas intentar y con resultados favorable menos frecuentes.
- ▶ La angioplastia a una oclusión crónica compleja (larga y bifurcada) se puede realizar con una estrategia adecuada :
 - ▶ Visualización del trayecto ocluido óptimamente (inyección coronaria bilateral en caso de circulación colateral heterocoronaria).
 - ▶ Apoyo de avance de guía mediante microcatéter
 - ▶ Uso de guías de peso de punta creciente y preformada intencionadamente para conseguir el trayecto adecuado hacia luz verdadera