

REVASCULARIZACIÓN DE UNA LESIÓN COMPLEJA EN BIFURCACIÓN CON TÉCNICA DE DOS STENTS.

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

Paciente mujer de 74 años de edad.

Alérgica a la morfina.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

Diabetes mellitus tipo 2

Trombocitosis esencial.

HISTORIA CARDIOLÓGICA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

Derivada a cardiología por inestabilidad cefálica y disnea clase funcional III NYHA que se inicia a principios del 2018. En los últimos meses seañade angor de mínimos esfuerzos.

Electrocardiograma basal: ritmo sinusal a 65 lpm, eje del QRS a 60º, intervalo PR 160 mseg y ondas T negativas en V3-V6, DI y aVL.

Ergometría isotópica (dipiridamol): clínica y electrocardiográficamente negativa. Imágenes de infarto anteroapical, con criterios de viabilidad, sin isquemia significativa, FEVI estimada 38%.

Se solicita cateterismo cardíaco e ICP si procede.

Ingresa de forma programada el día 14/11/2018 para realización de cateterismo cardíaco. Previamente se inicia tratamiento antiagregante plaquetario con AAS y clopidogrel.

CORONARIOGRAFÍA DIAGNÓSTICA :

- Tronco común de buen calibre, con lesión 20% a nivel ostial-proximal y del 10% a nivel distal.
- Descendente anterior (DA) larga y de buen calibre, con calcificación severa en tercio proximal y con lesión del 95% a nivel proximal e inicio del tercio medio, con flujo distal TIMI 2(Medina 111) con la D2. La DA distal no presenta lesiones angiográficas. Primera Diagonal (D1) de fino calibre y sin lesiones angiográficas. La segunda Diagonal (D2) es de mediano calibre, larga, con lesión ostial-proximal del 95%.
- Circunfleja (Cx) no dominante, de mediano calibre, con lesión del 50% al inicio del tercio medio. La Cx se resume en una Oblicua Marginal (OMx) larga y de buen calibre, sin lesiones angiográficas.
- Coronaria derecha (CD) dominante, de mediano calibre, muy tortuosa y sin lesiones angiográficas. IVP y Posterolaterales de muy fino calibre y sin lesiones angiográficas.



Figura 1. Coronaria derecha



Figura 2. Árbol coronario izquierdo.

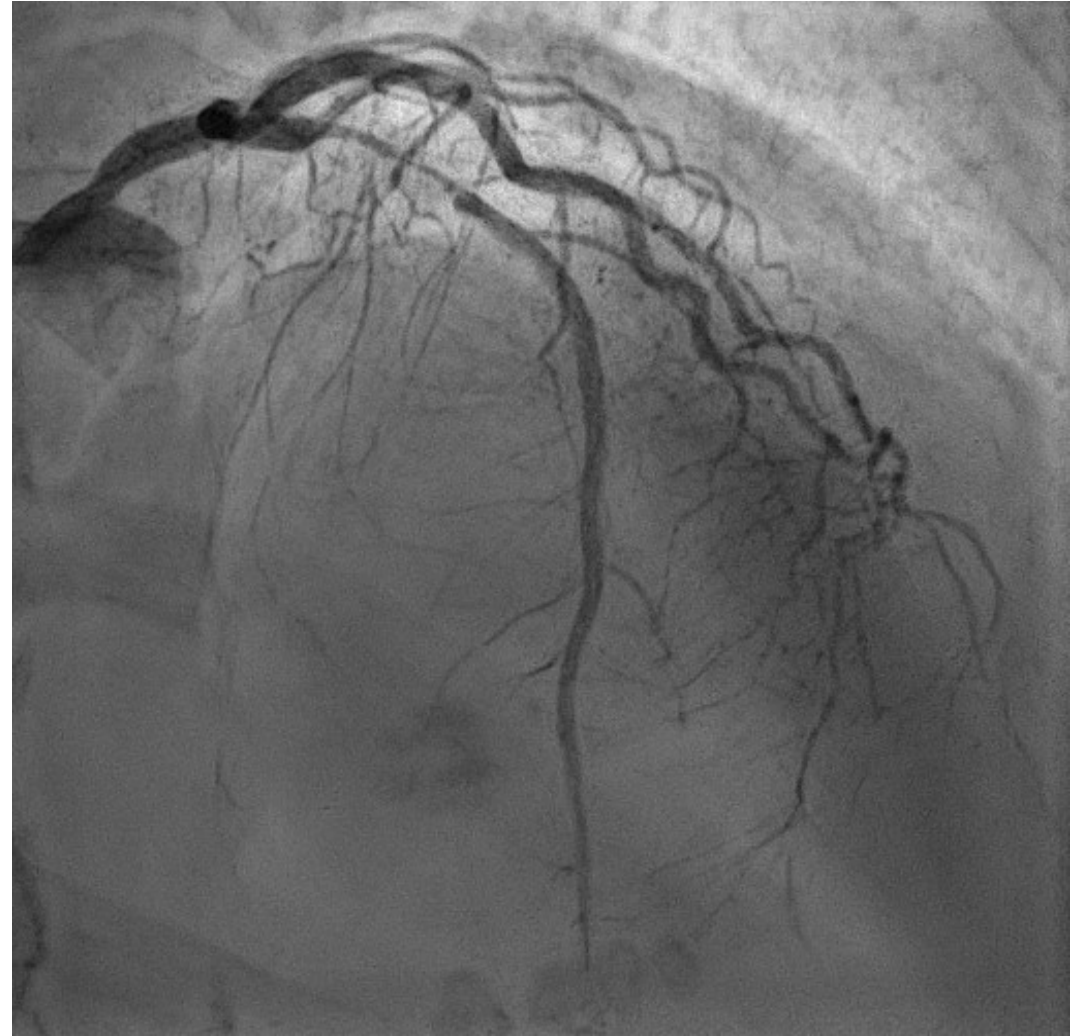
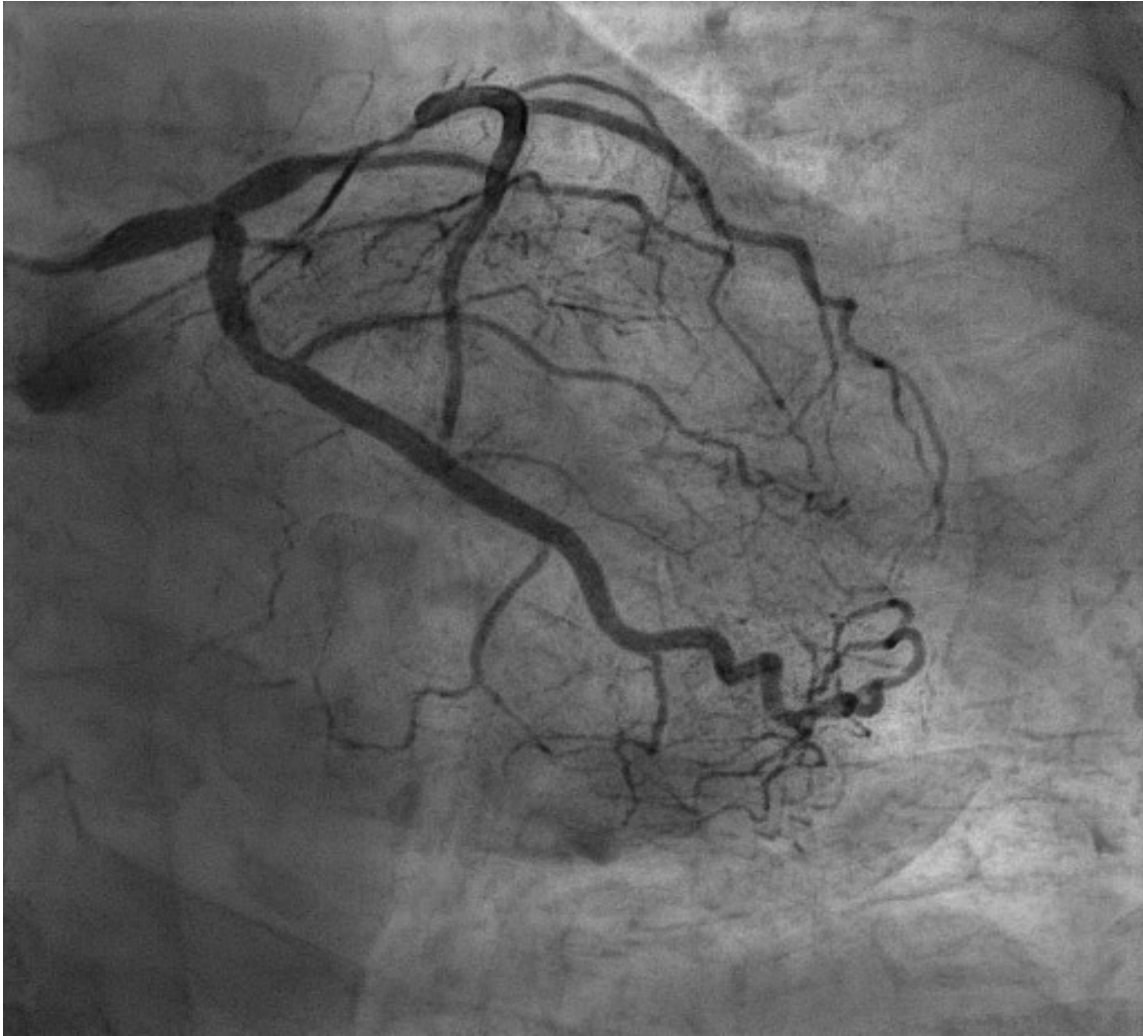


Figura 3-4. Lesión en Descendente anterior.

EVOLUCIÓN CLÍNICA:

A pesar de tratarse de una paciente diabética, con disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (VI) y enfermedad coronaria severa de la Descendente anterior proximal-media, se considera tributaria de ICP (intervencionismo coronario percutáneo) sobre DA – D2 con técnica de bifurcación con “minicrush”, por presentar lesiones accesibles para revascularización percutánea.

ICP sobre Descendente anterior – 2ª Diagonal (técnica de “mini-crush”):

Acceso arterial radial izquierdo con introductor 6F, sobre una arteria de fino calibre que presenta vasoespasmio severo con el avance del catéter-guía.

Cateterización del Tronco común con catéter-guía de alto soporte XB 3.5 Adroit 6F con buena coaxialidad y regular soporte.

Se posiciona guía Sion blue en DA distal y otra guía Sion blue en D2 distal.

Se predilata la lesión de DA proximal – media con balón semicomplicante 2.0/12 mm a 12 atm y la D2 ostial-proximal a 8 atm.

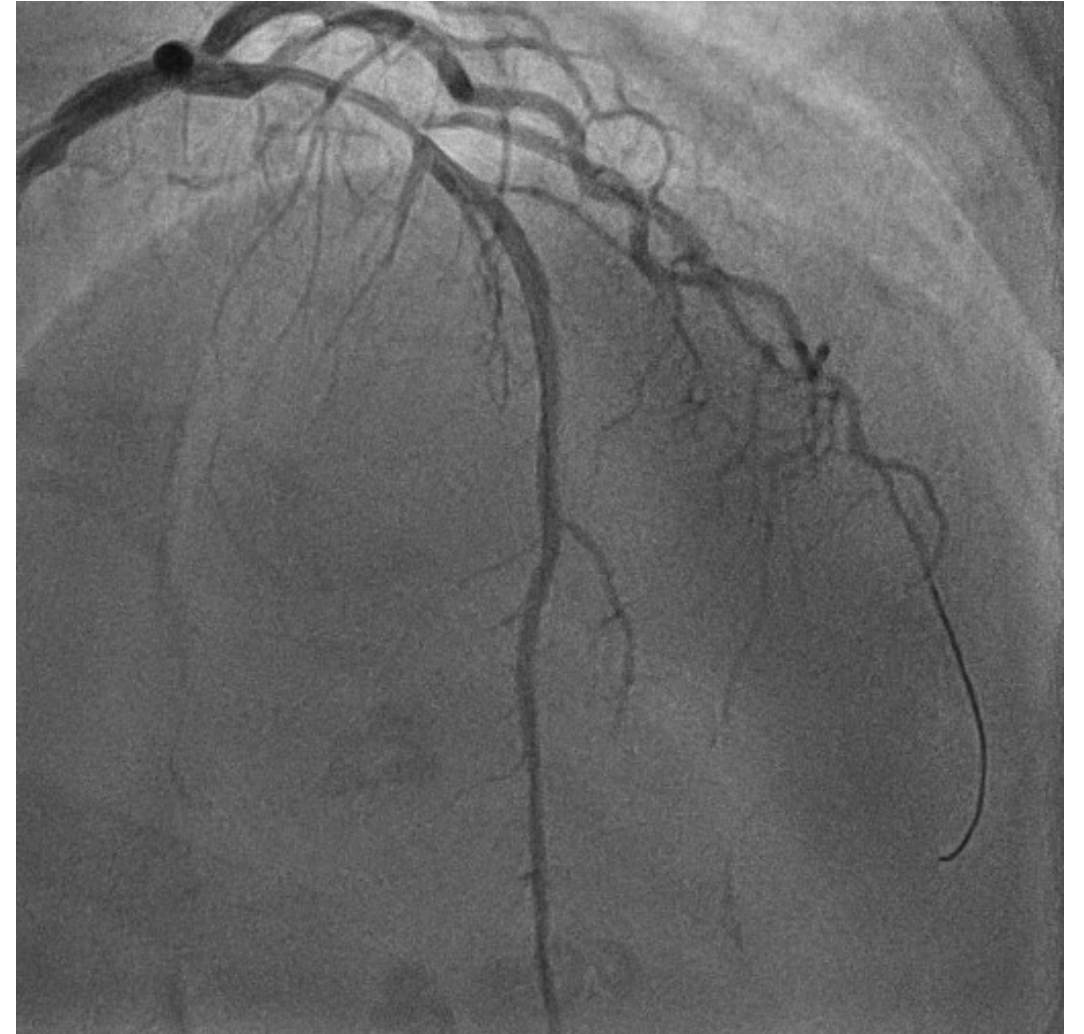


Figura 5-6. Predilatación de DA con balón 2.0/12 mm y resultado tras predilatación..

ICP sobre Descendente anterior – 2ª Diagonal (técnica de “mini-crush”):

Seguidamente nueva predilatación de la D2 ostial-proximal con balón NC 2.5/15 mm a 10 atm, consiguiendo buena expansión de la lesión.

Predilatación de la lesión de DA proximal y media con balón No Compliant (NC) 3.5/12 mm hasta 16 atm. Se decide tratar la bifurcación DA – D2 con técnica de dos stents (mini-crush).

Se deja avanzado el balón NC 3.5/12 mm en la DA distal y se implanta un stent farmacoactivo Orsiro (polímero bioabsorbible, sirolimus) 2.5/18 mm a 8 atm en D2 proximal-ostial con mínima protrusión en DA media.

Postdilatación ligeramente proximal del stent a 12 atm.

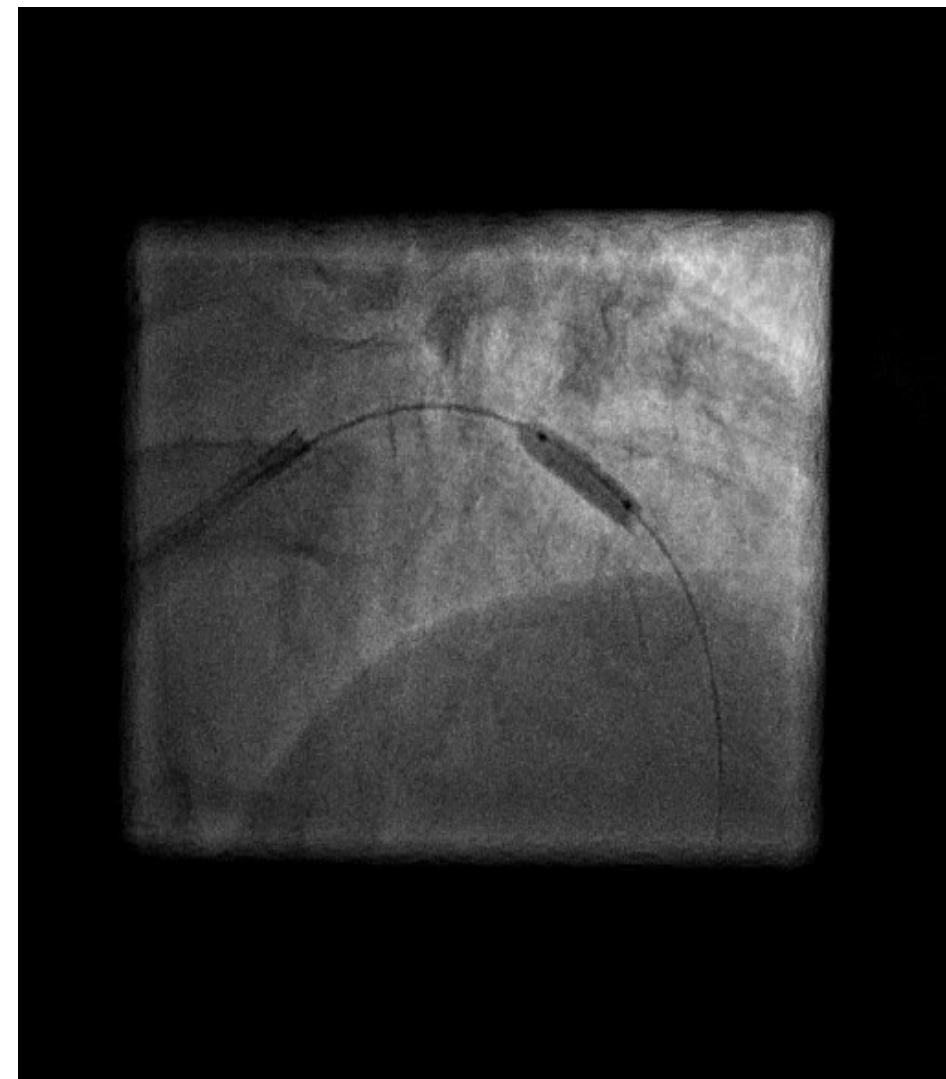
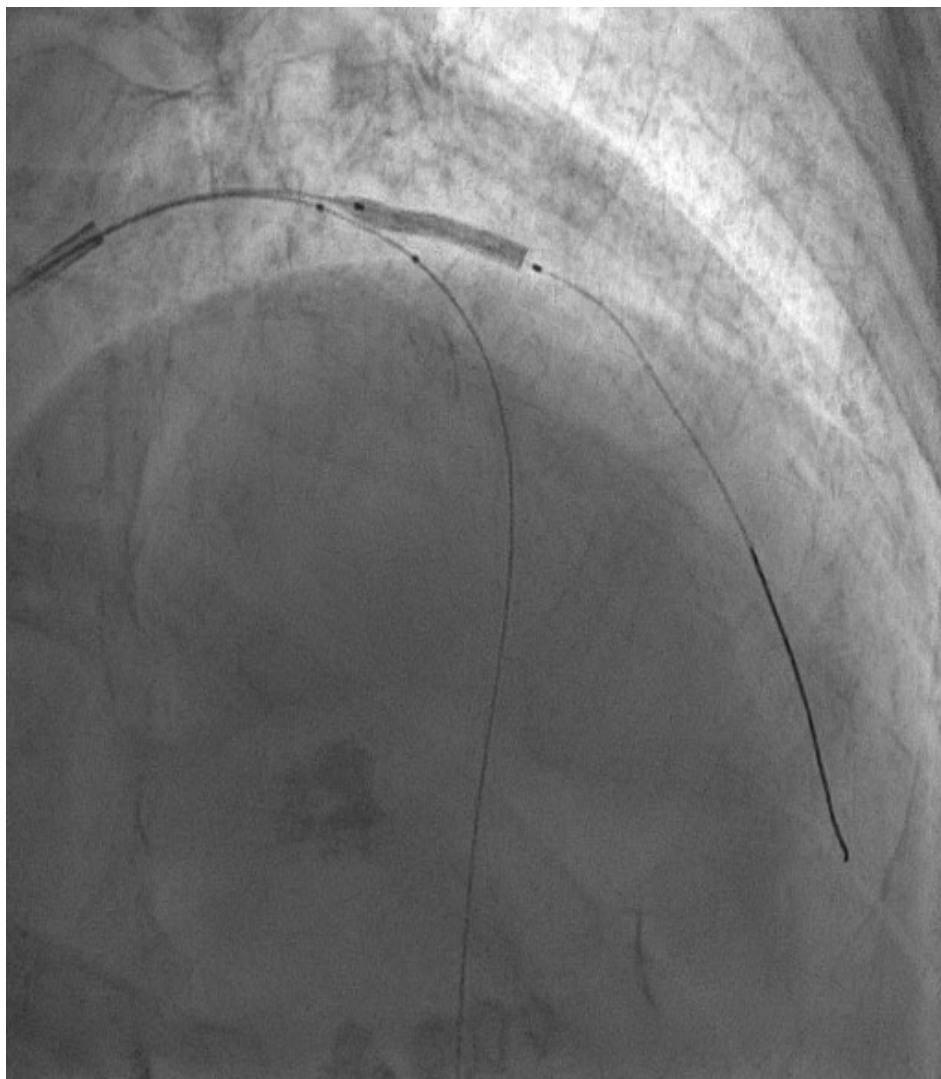


Figura 7-8. Implante de stent en D2 y “crush” del stent que protruye en DA.

ICP sobre Descendente anterior – 2ª Diagonal (técnica de “mini-crush”):

Se retira balón del stent y guía de la D2 y se realiza “crush” del segmento de stent que protruye en DA, con inflado del balón NC 3.5/12 mm a 18 atm.

Se implanta un segundo stent farmacoactivo Orsiro 3.5/26 mm a 12 atm, cubriendo la lesión de DA proximal – media. Se postdilata ligeramente proximal el stent a 14 atm.

Seguidamente se postdilata en stent de DA con balón NC 3.5/12 mm hasta 26 atm. Se recruza con guía Sion blue a la D2 y se abre la celda del stent mediante balón semicompliante 1.25/6 mm a 16 atm.

A continuación se realiza postdilatación con “kissing-balón”, con balón semicompliante 2.0/12 mm en DA-D2 a 16 atm y balón NC 3.5/12 mm en DA a 16 atm. Se da por finalizado el procedimiento con buen resultado angiográfico.

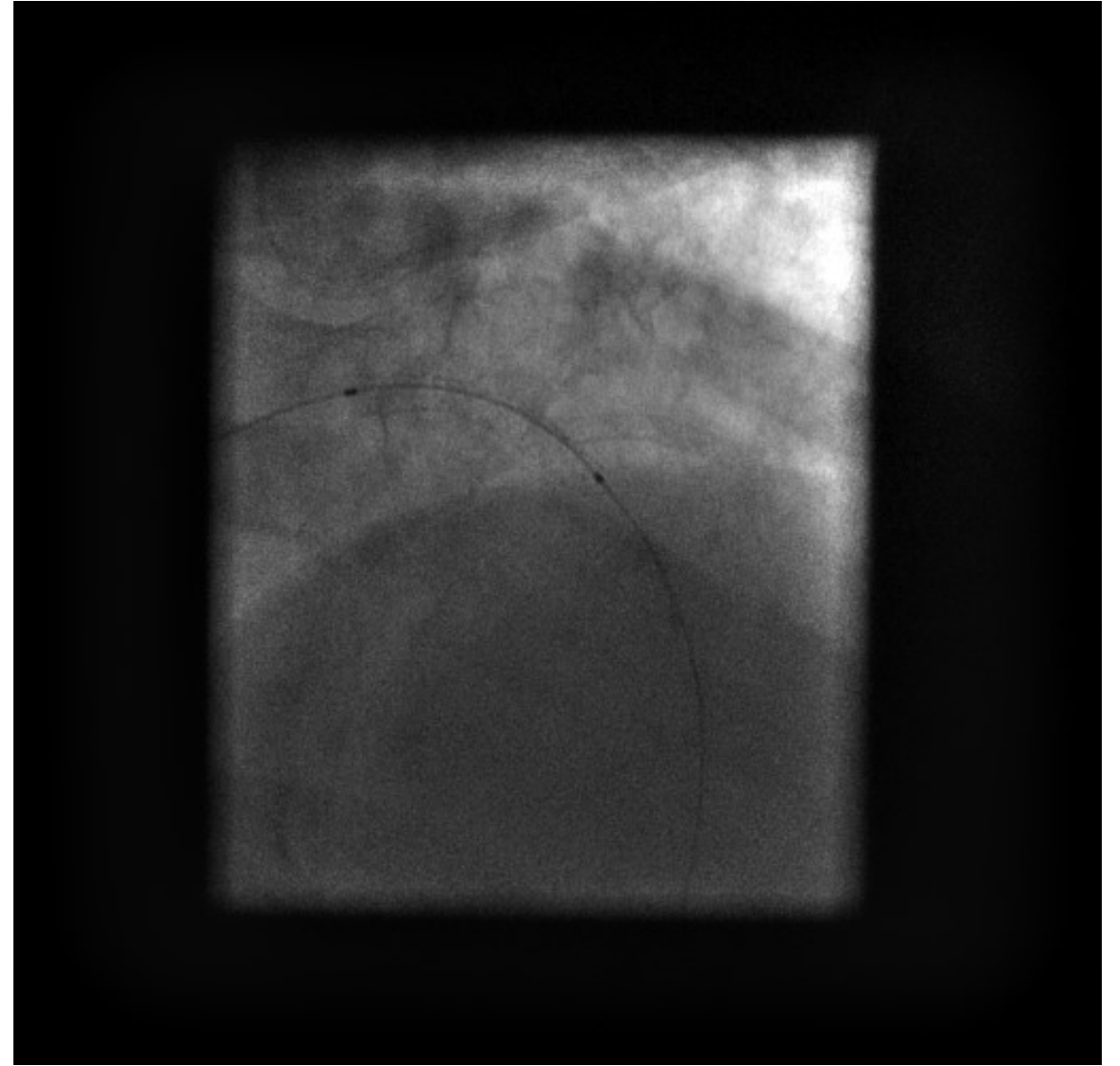


Figura 9-10. Implante de stent en DA.

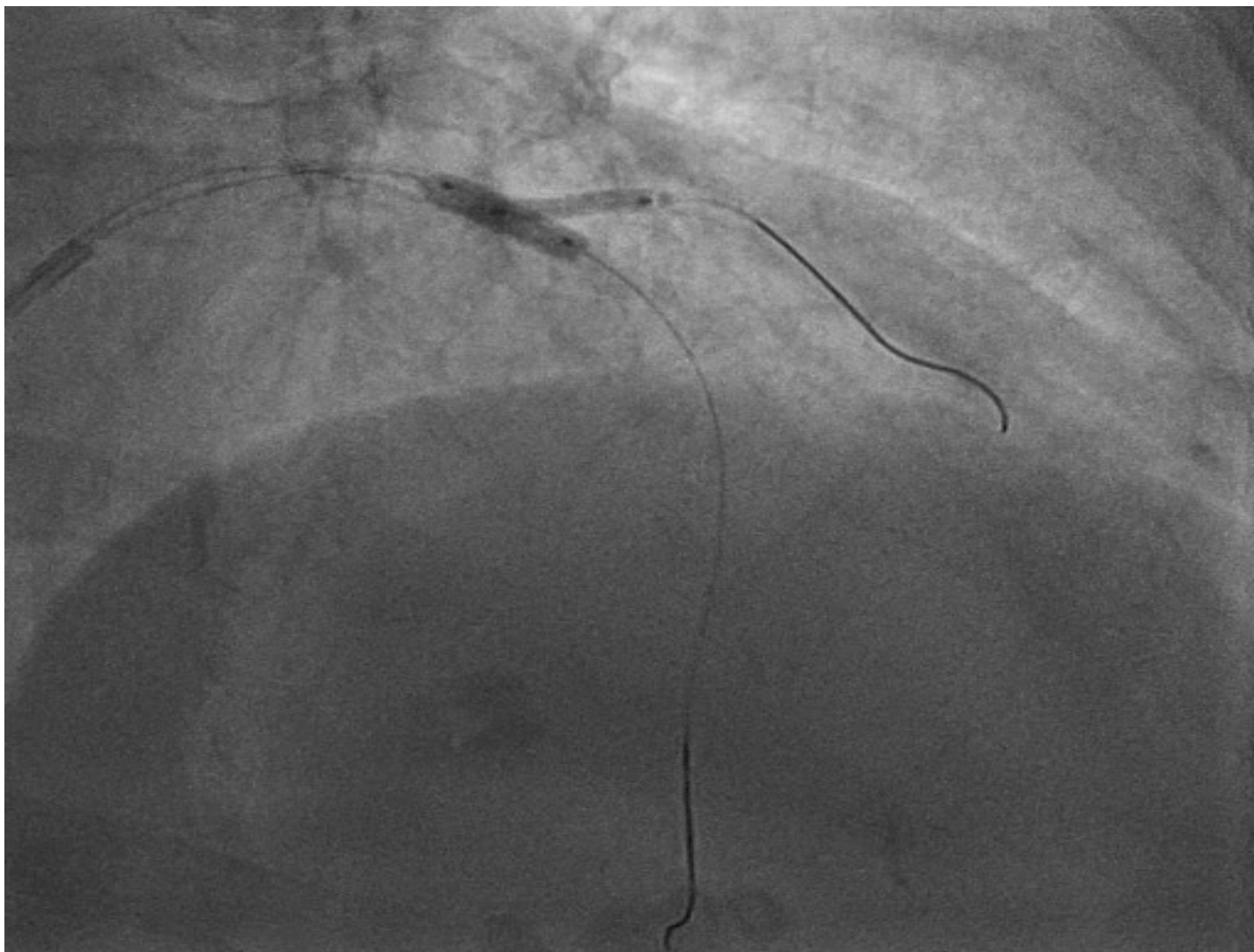


Figura 11. “Kissing-balón” en DA – D2.

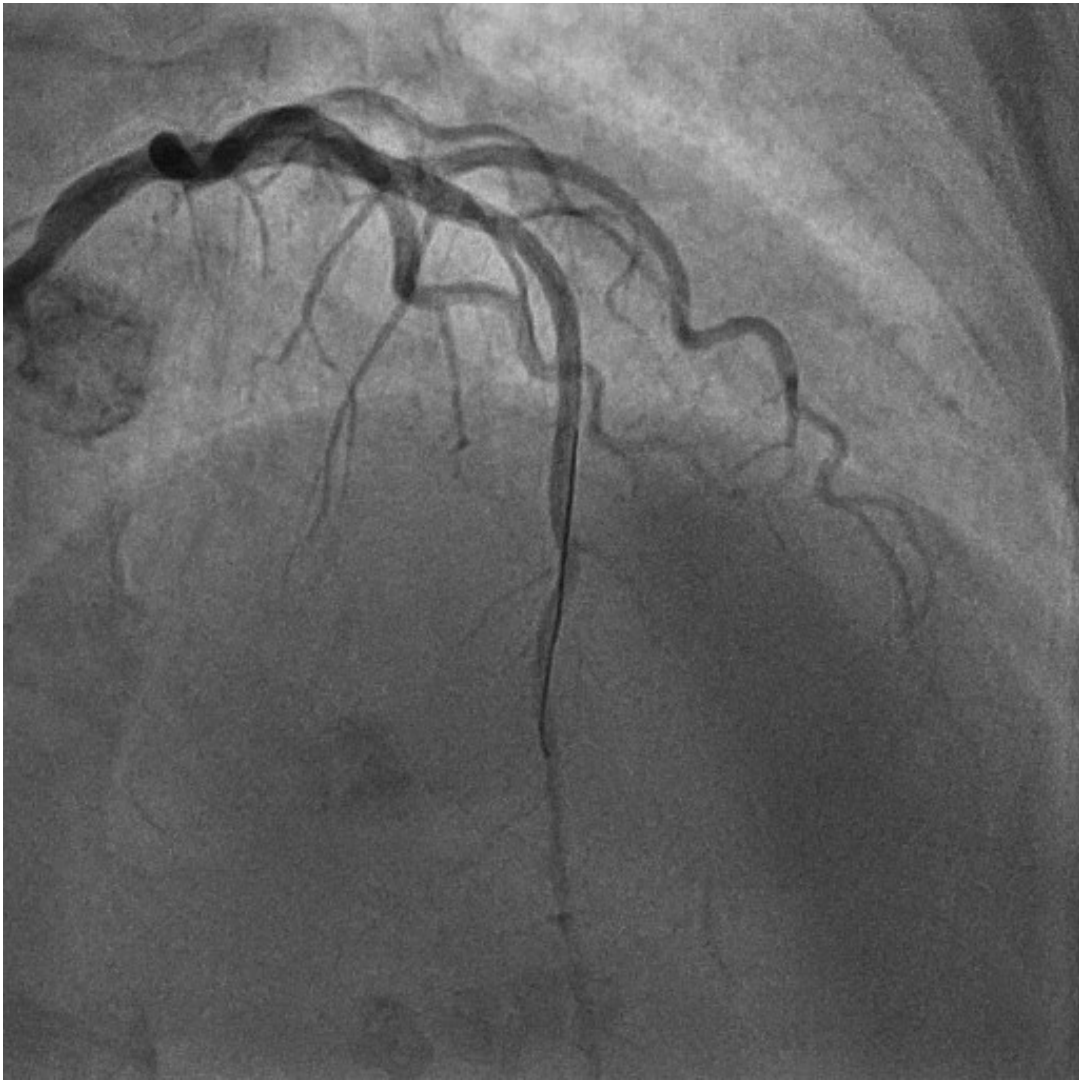


Figura 12-13. Resultado final.

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 una paciente diabética sometida a ICP compleja con implante de dos stents farmacoactivo con técnica de “mini-crush”.

Tras la administración de la carga de Ticagrelor, a las pocas horas, la paciente presenta sensación de disnea intensa, con exploración física normal y parámetros hemodinámicos normales. Se realiza cambio de Ticagrelor por clopidogrel 75 mg/día, con lo que en menos de 12 horas desaparece la sensación de disnea.

La paciente es dada de alta a las 24 horas post-cateterismo para seguimiento ambulatorio por cardiología.