

Tratamiento percutáneo de estenosis severa en Injerto Venoso degenerado

Dra. Mérida Cárdenas Manilla

Hospital de Girona

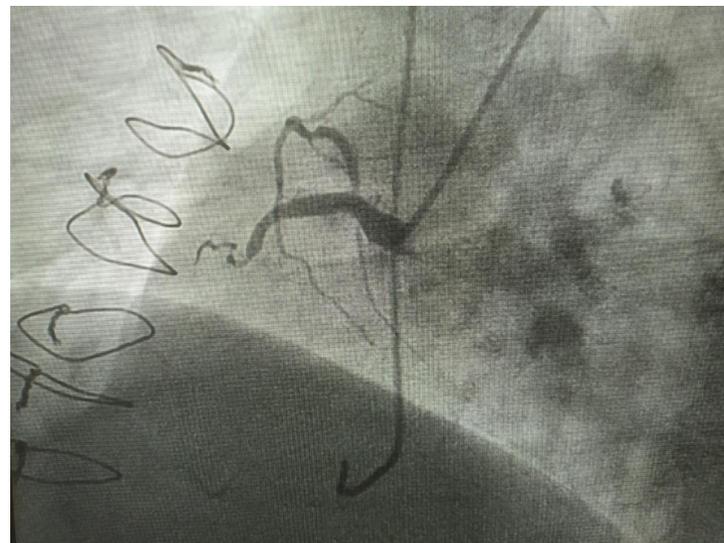
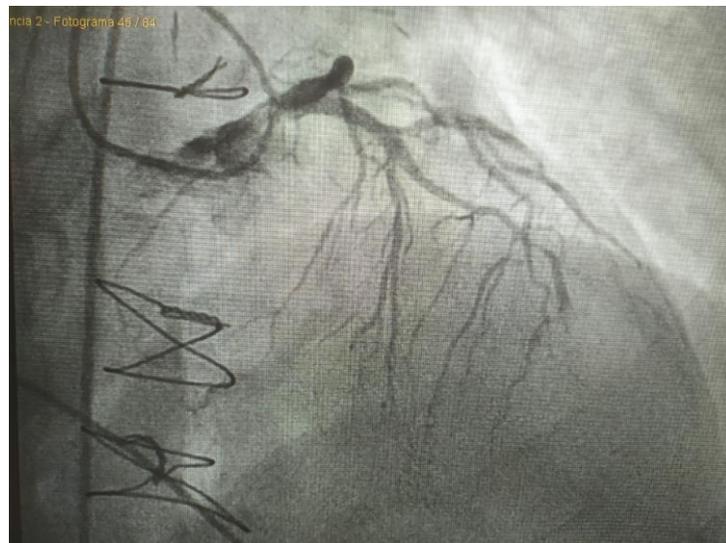
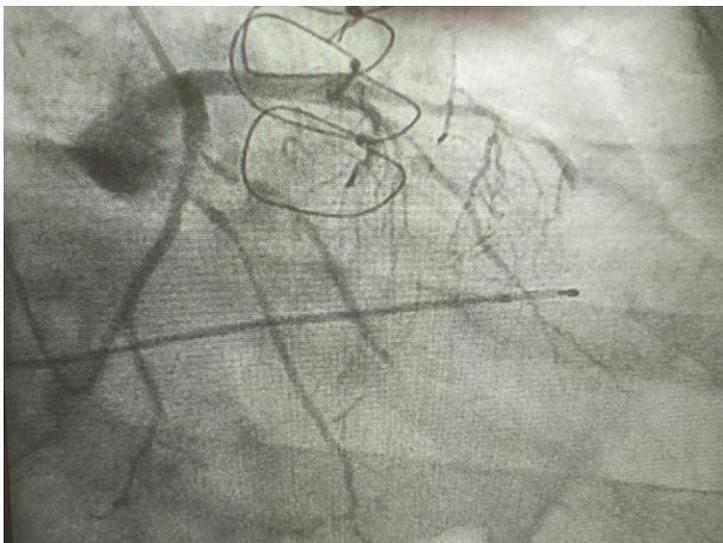
Caso clínico

- Hombre 58 años.
- FRCV: tabaquismo, dislipidemia, HTA,. Diabetes tipo 2, Enfermedad renal crónica.
- HCV:
 - Debuta 6 meses previo a ingreso actual con Síndrome coronario agudo.
 - La coronariografía diagnóstica mostro enfermedad de 3 vasos.
 - Se realizo revascularización quirurgica : AMI a DA, ARI libre desde AMI a OM. Puenta aorto coronario de VS a CD.

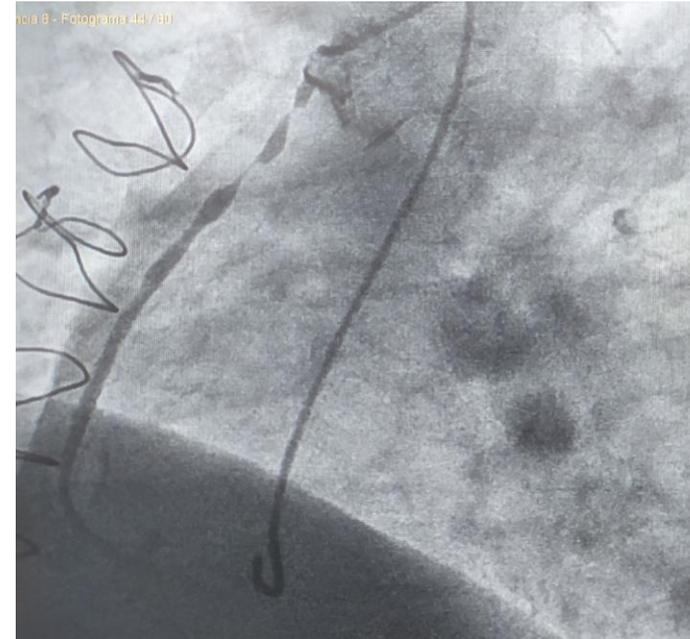
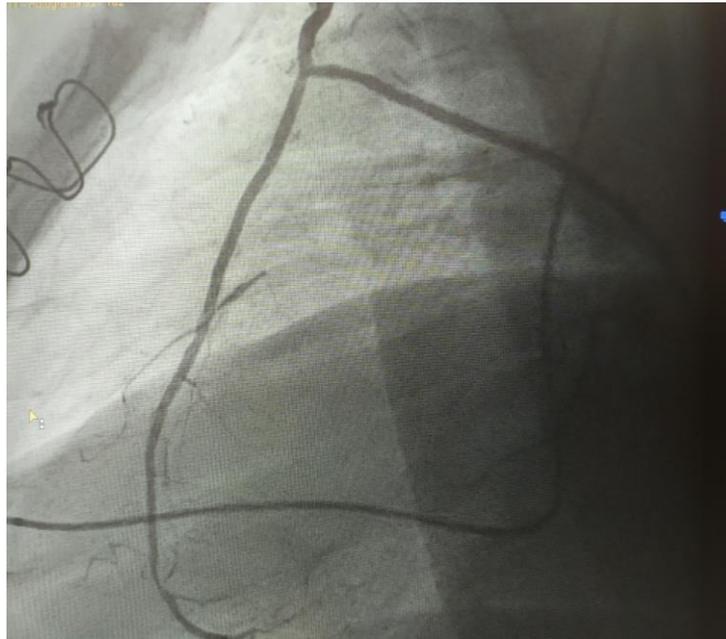
Estado actual:

- Ingresa por angina de mínimos esfuerzos de 3 días de evolución, asociado a bloqueo AV intermitente.
- ECO mostró FEVI preservada , hipocinesia inferior.
- ECG RS que alternaba con BAV y onda T negativa en derivaciones inferiores.
- Se colocó electrocateter y se solicitó angiografía prioritaria.

Coronariografia



Injertografía

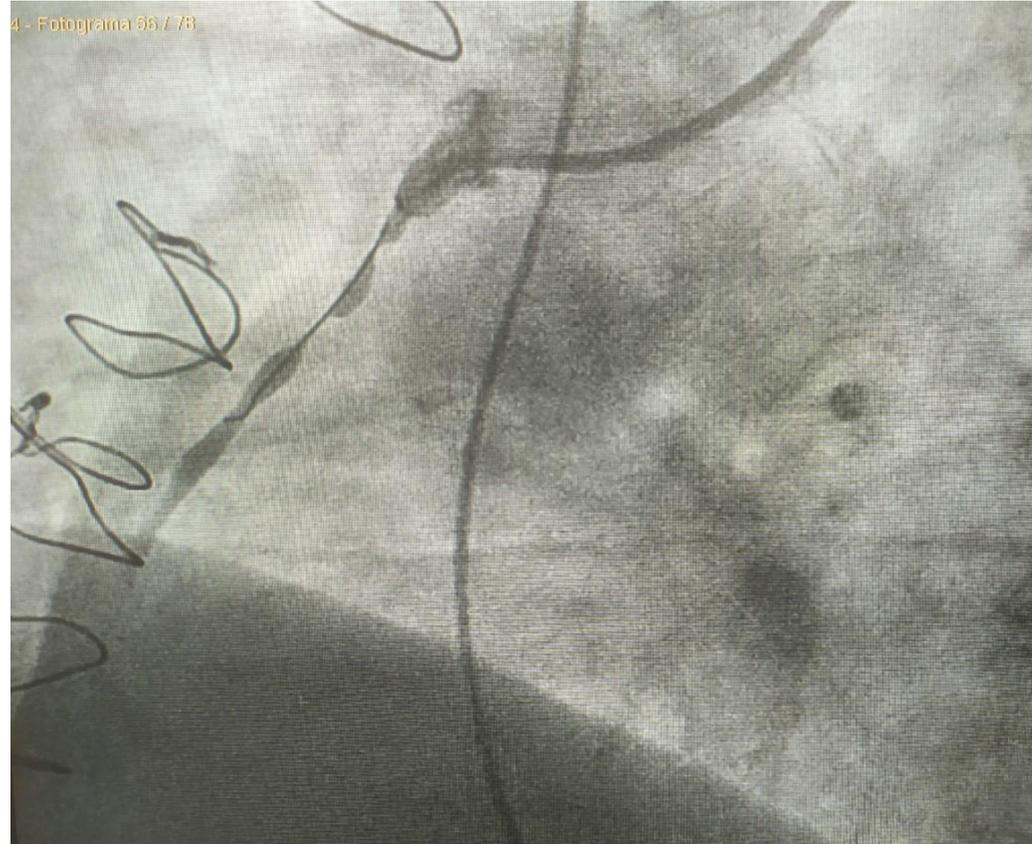


Diagnóstico angiográfico:

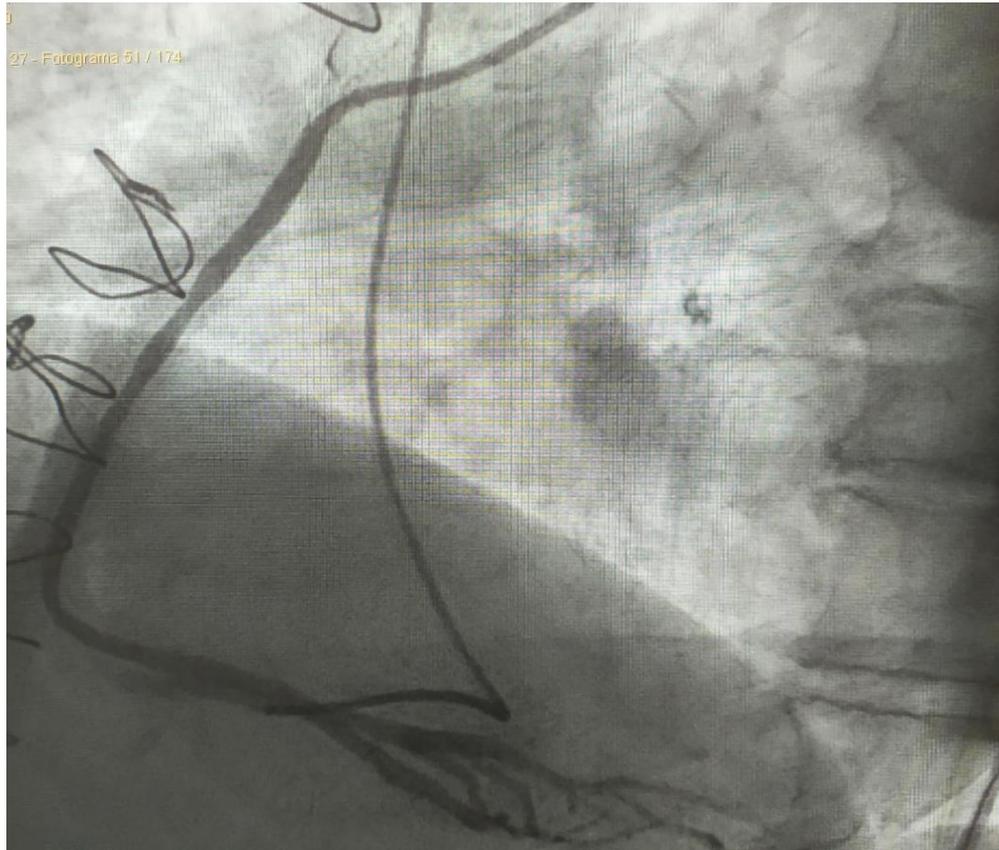
Estenosis crítica de Puente aortocoronario venoso a descendente posterior.

Estrategia

- Acceso arterial femoral derecho.
- Cateterguia AL 1/6F.
- Guia estandar distal.
- Stent directo ORSIRO Sirolimus 3,5x26mm, que se impacta a 16at.
- Postdilatación balón NC 3,75x12.
- Cierre percutáneo con tap de colágeno



Resultado final



- Flujo distal TIMI 3.
- Correcto sitio de punción para uso de cierre con tap de colágeno.
- Contraste total 56cc.
- Recuperación de ritmo sinusal.

Mensaje final

- El tratamiento percutáneo de lesiones degenerative de injertos venosos es factible y efectivo.
- Es preferible no predilatar por riesgo de desencadenar fenómeno de No Reflow.
- El uso de stents que naveguen fácilmente es imprescindible
- Antes de colocar un cierre de colágeno en accesos femorales, es importante valorar la altura de la punción y presencia o no de calcio.