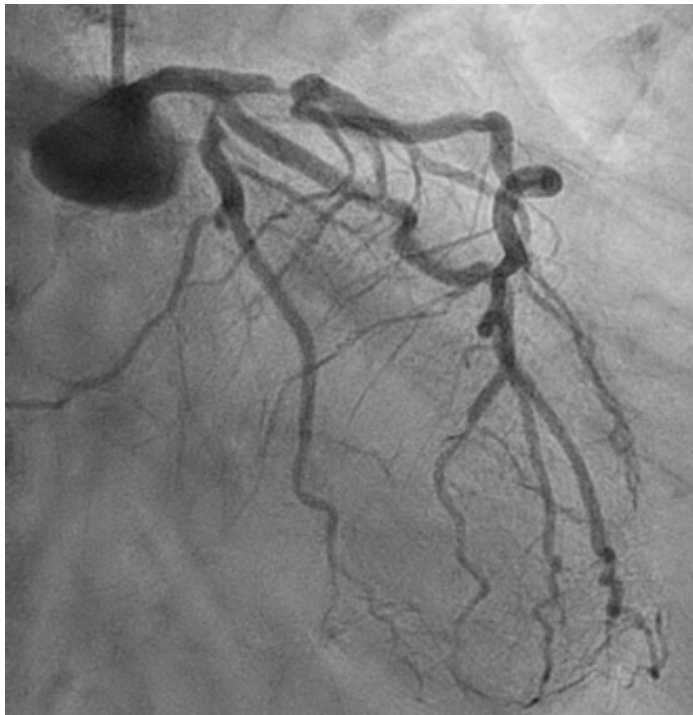


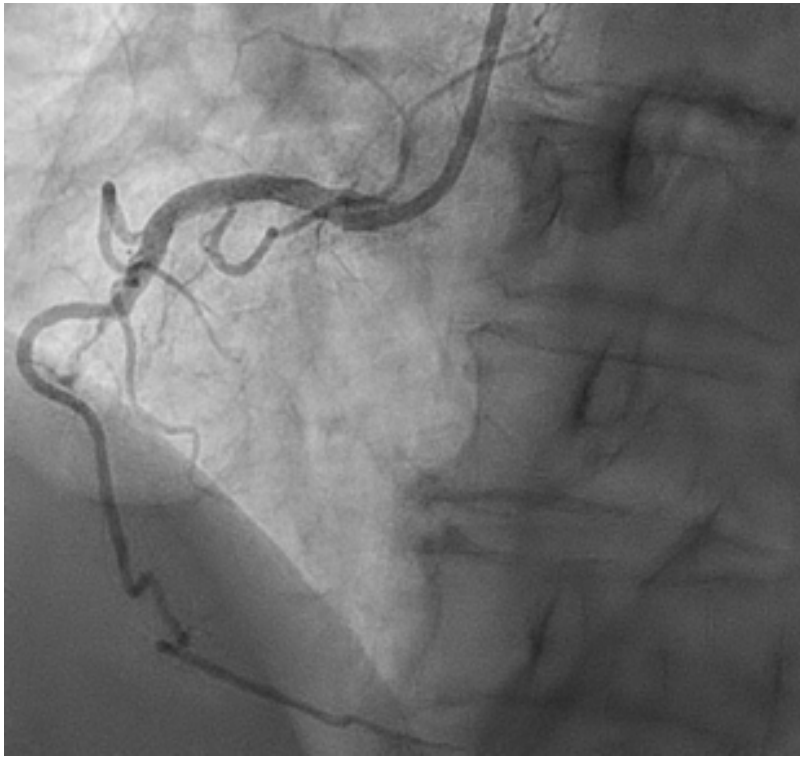
UTILIDAD DEL IVUS EN CASO DE DISECCIÓN RETRÓGRADA DEL TRONCO COMÚN

ANTECEDENTES Y ENFERMEDAD ACTUAL

- Mujer de 80 años, alérgica a penicilina, HTA, DLP, DM2, obesidad.
- Ingresa el 19.6.2018 por IAMEST inferior Killip I tratado con ACTPP.
- La coronariografía muestra enfermedad de 3 vasos.



TC sin lesiones. DA con lesión severa (80%) proximal i vaso distal sin lesiones. CF dominada con lesión significativa (75%) proximal.

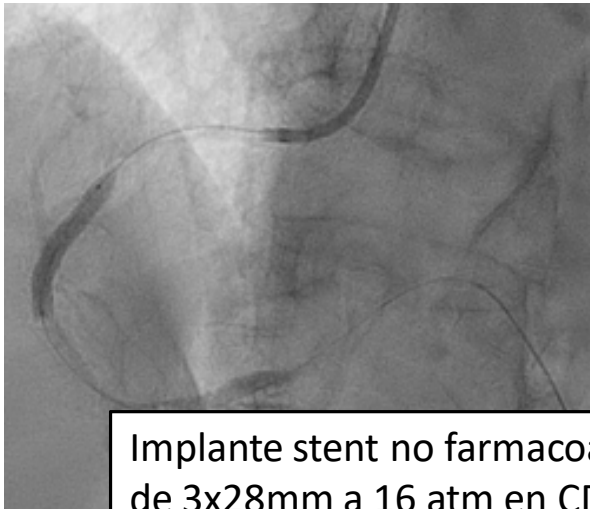


CD con oclusión de aspecto trombótico a nivel medio.

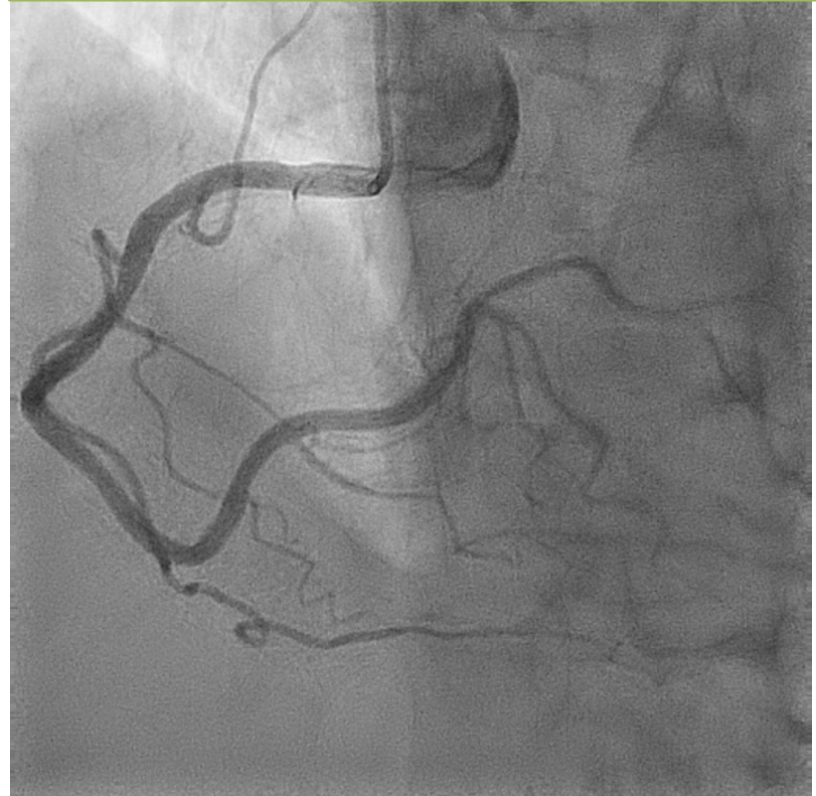
JR 4 6F. Guía Pilot 50 a CD distal.

Predilatación con balón de 2.5x15mm recuperando mínimo flujo distal observándose abundante trombo.

Tromboaspiración con catéter Hunter recuperando flujo distal TIMI III.



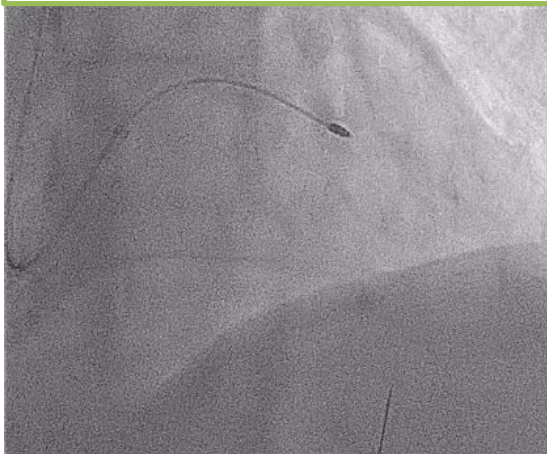
Implante stent no farmacoactivo de 3x28mm a 16 atm en CD media.



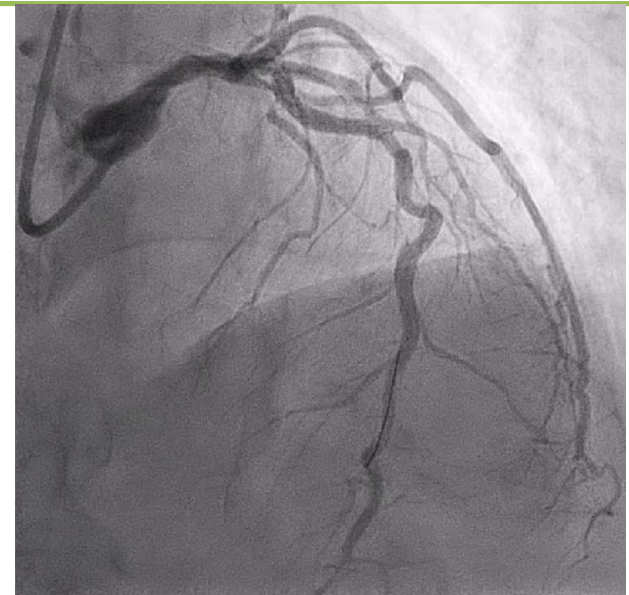
REVASCULARIZACIÓN 2º TIEMPO

- Paciente de 80 años con enfermedad coronaria de 3 vasos (DAP 80%, CF 80% i CD 100%) con IAMEST inferior tratado con ACTPP en un primer tiempo y FE 48%
- Se decide tratamiento percutáneo de la lesión de DA en un segundo tiempo.
- Dado que se trata de una lesión severamente calcificada se planifica la estrategia de tratamiento mediante aterectomía rotacional y posterior dilatación con balones no compliantes y de corte.

Acceso radial derecho. EBU 3.5 6F. Guía Rotawire floppy a DA distal con ayuda de microcatéter (microcatéter no cruza la lesión).



Aterectomía rotacional con oliva de 1.5mm, 3 pasadas a 175.000 rpm, 25 segundos en total.

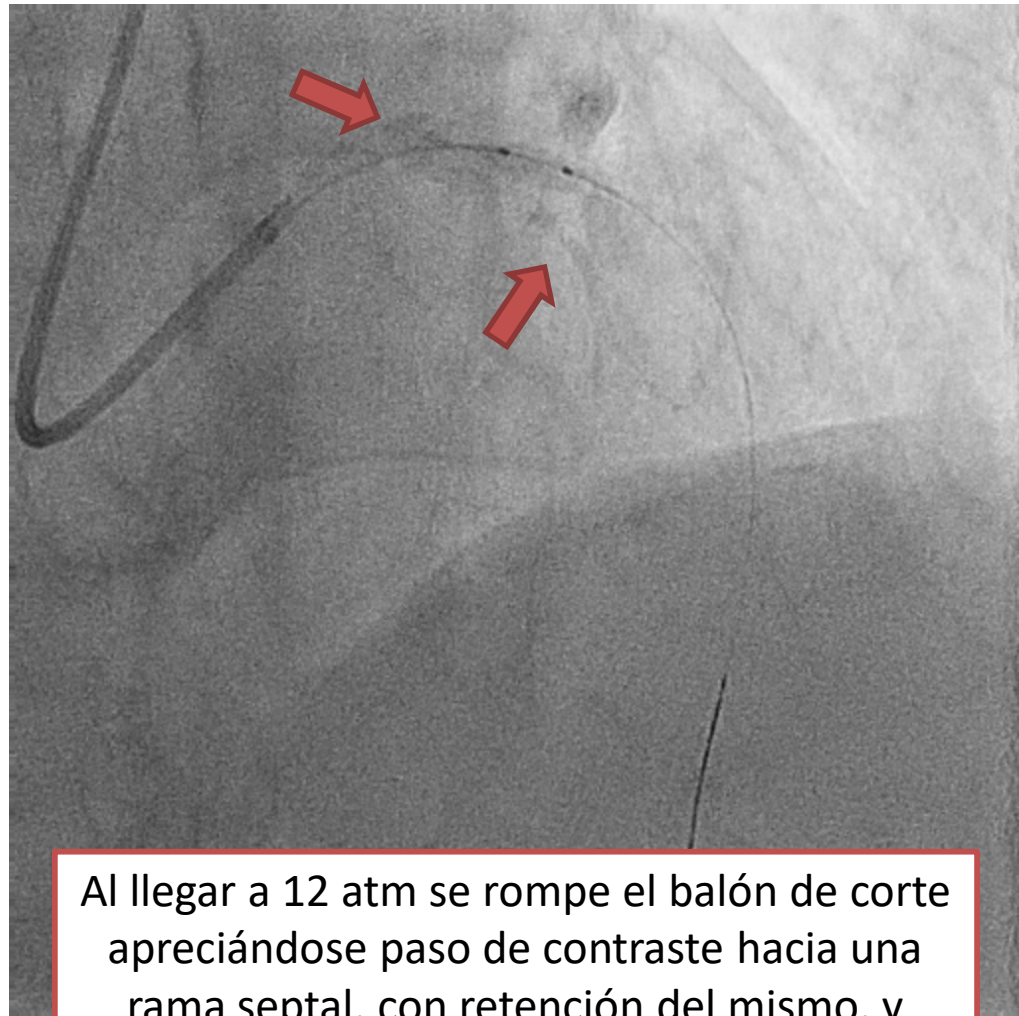




Predilatación con balón NC de 2.75x15mm a 22 atm.

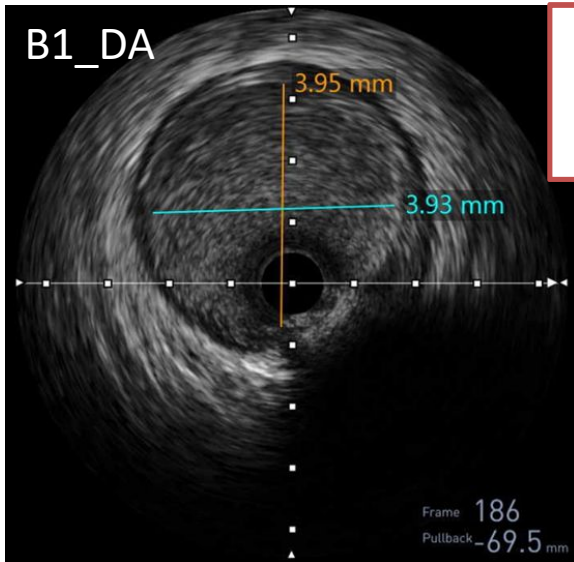


Predilatación con balón de corte de 3.5x6mm 12 atm.

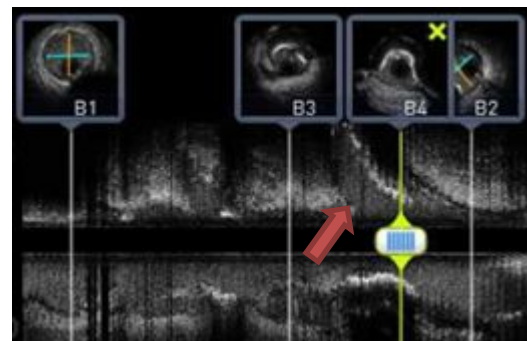
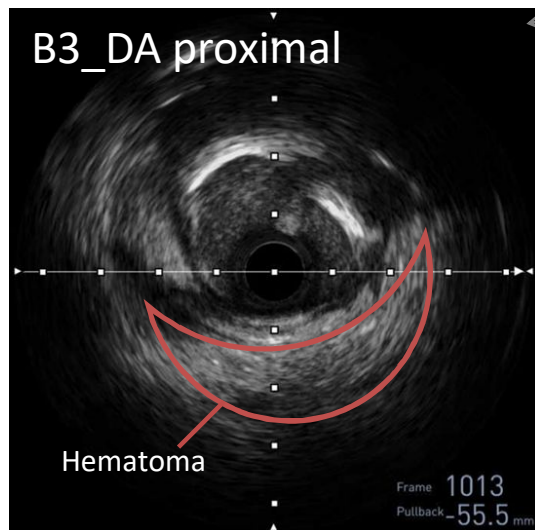
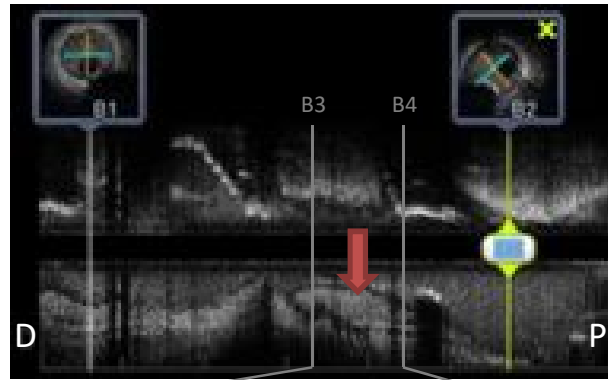
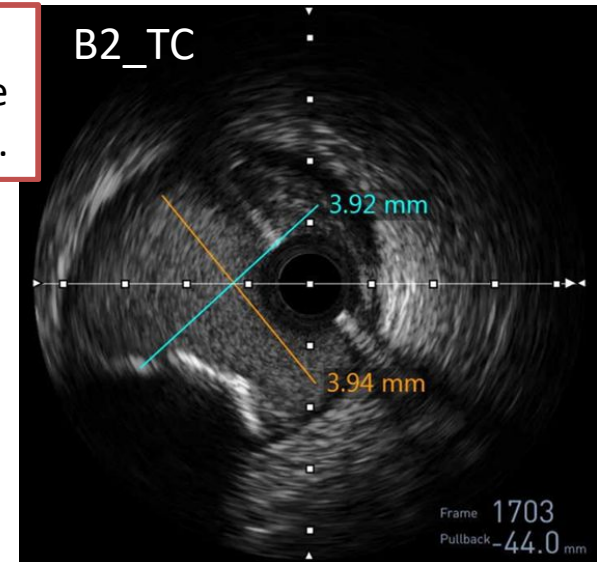


Al llegar a 12 atm se rompe el balón de corte apreciándose paso de contraste hacia una rama septal, con retención del mismo, y retrógradamente hacia el TC.
La paciente se encuentra clínicamente estable.

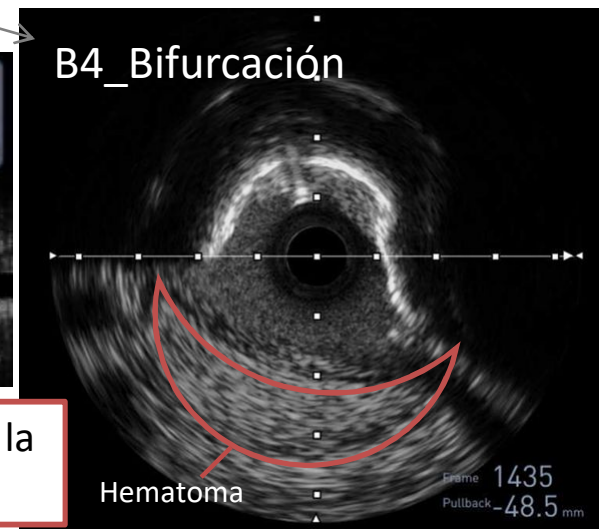
Ante la sospecha de disección retrógrada con afectación del TC se decide no realizar inyección de contraste de control, se protege la rama lateral (Bisectriz) con una guía y se realiza IVUS a la DA.

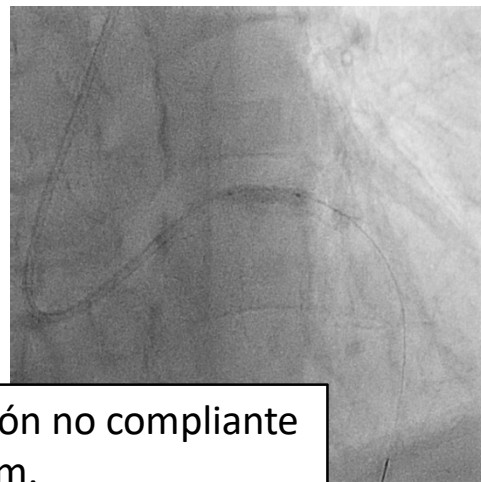
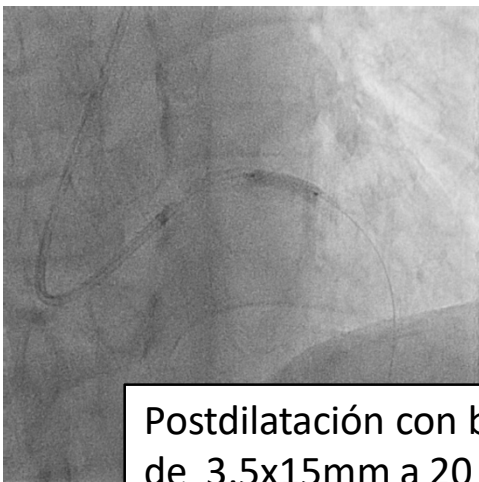
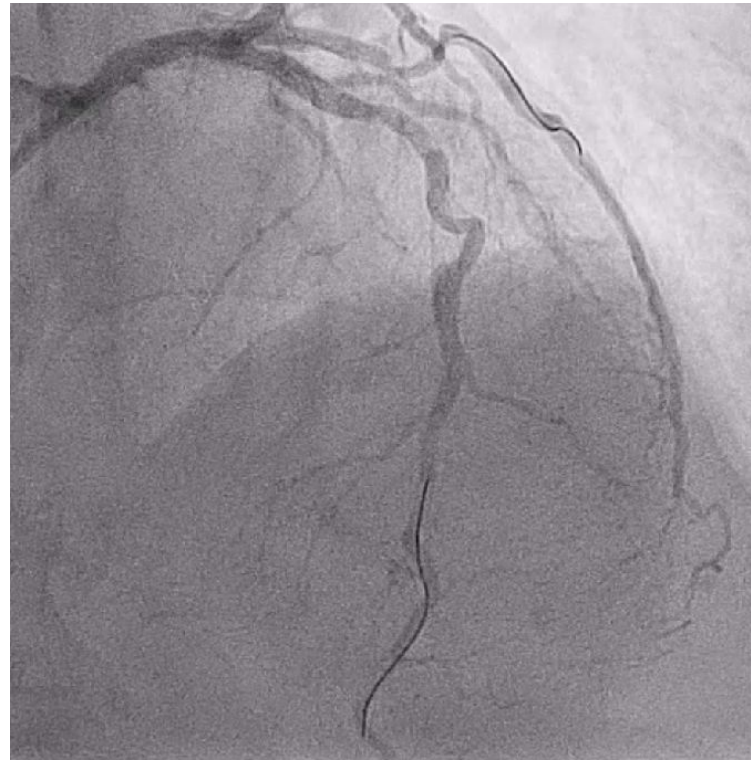
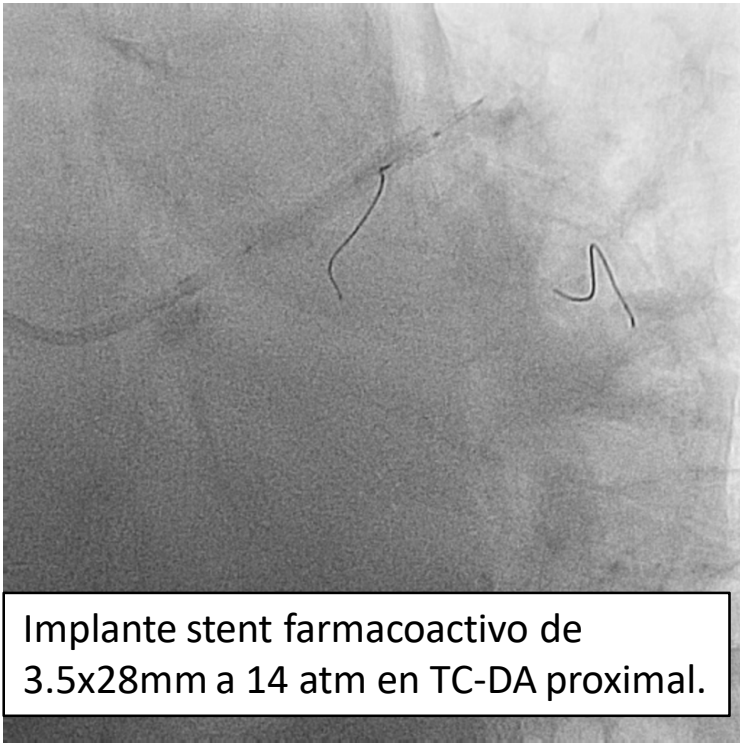


En el IVUS se observa hematoma a nivel de DA proximal que se extiende hacia el TC, sin compromiso del flujo.

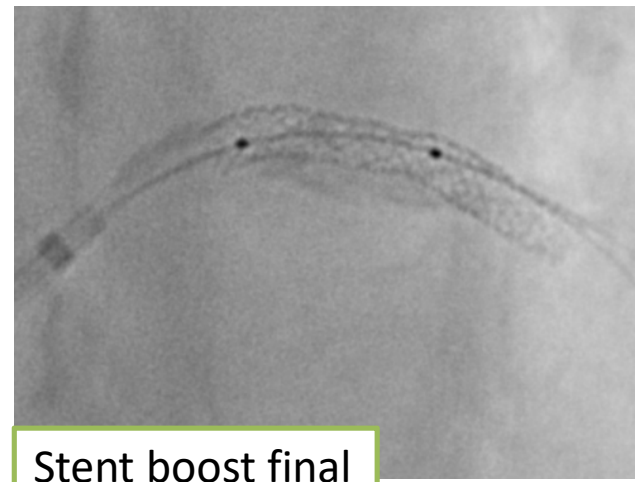


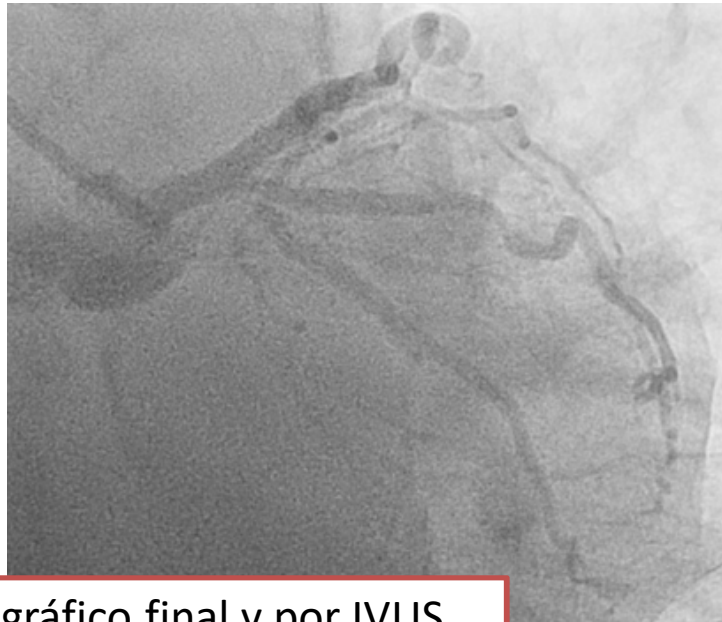
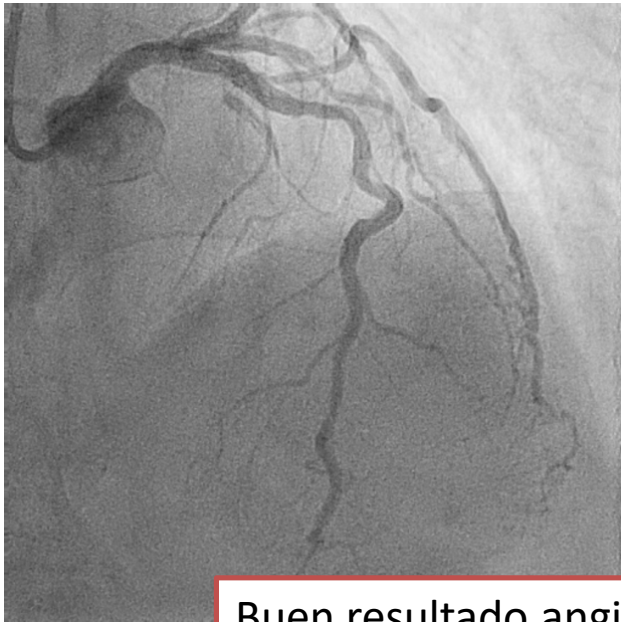
No se observa afectación de la bifurcación con la Bisectriz.



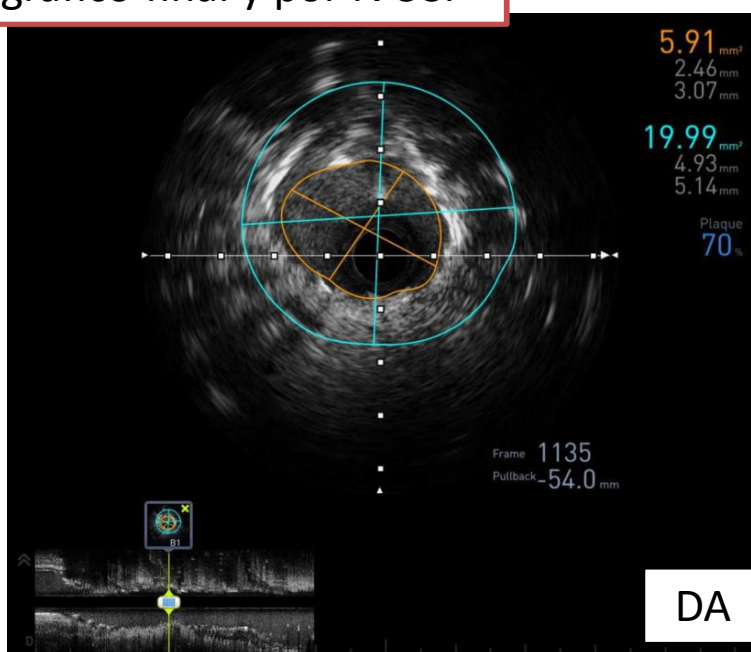
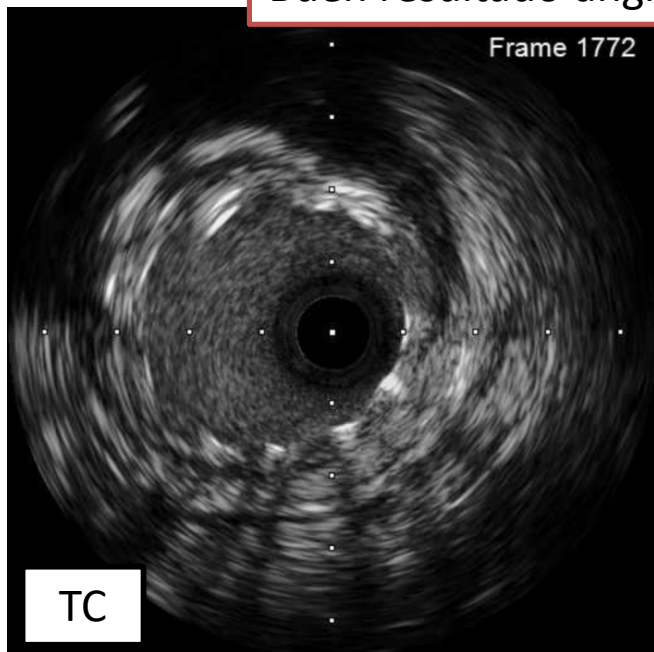


Postdilatación con balón no compliante de 3.5x15mm a 20 atm.





Buen resultado angiográfico final y por IVUS.



CONCLUSIÓN

- Previamente a realizar una angioplastia compleja es muy importante planificar la estrategia y tener presente todas las complicaciones, aunque infrecuentes, que nos podamos encontrar y la solución a las mismas.
- Ante la sospecha de disección coronaria hay que evitar la progresión de la misma evitando las inyecciones de contraste.
- En nuestro caso la utilización del IVUS nos permitió confirmar la presencia de disección coronaria y su extensión, planificar el tratamiento de la misma y confirmar un buen resultado final en el tratamiento del tronco común.