

UTILIZACIÓN DE DOBLE GUÍA EN EL CATETERISMO RADIAL CON ELONGACIÓN DEL ARCO AÓRTICO

MANUEL GUZMAN HERRERA

C HOSPITALARIO DE JAÉN

INTRODUCCIÓN

En nuestro medio , la técnica radial para la realización de cateterismos diagnósticos y terapéuticos es la mas utilizada: motivada en forma especial por la disminución de las complicaciones vasculares más frecuentes en la realización por vía femoral

como contrapartida , la vía radial , ofrece una serie de inconvenientes que en ocasiones limitan su utilización como son la variantes y anomalías del Arco Aórtico .

La Elongación del arco aórtico: Se presenta generalmente en pacientes de edad avanzada e hipertensión arterial mal controlada, aumenta el ángulo entre el tronco braquiocefálico y la aorta.

Estas variantes dificultan la canalización selectiva de las arterias coronarias, debido a la pobre maniobrabilidad del catéter. Se puede mantener la guía de 0,035" dentro del catéter hasta la canulación, lo que ofrece mayor soporte, manipulación y rotación. De no ser suficiente se puede utilizar catéteres guías y conector en "Y" lo que facilita la angiografía manteniendo la guía. En caso de realizar ICP, se puede colocar una guía intra-coronaria de

0,014" en la porción distal al vaso a tratar (a veces es necesario utilizar 2 guías, buddywire) antes de retirar la guía de intercambio. Una tercera opción puede ser la utilización de dos guías es la que voy a presentar y que utilizamos el presente caso

CASO

Varón de 81 años de edad con antecedentes de HTA y exfumador desde hacia 12 años

Presenta un SCACEST inferior de 5 horas de evolución, Se decide como es habitual abordar el cateterismo cardíaco por vía radial con siguiendo para una guía teflonada de 0,35 , tras ordenarlo fuertes inspiraciones al paciente .

Se realiza
muestra una
inferior y unas FEVI

ventriculografía que
hipoquinesia severa
del 49% (FIG 1)

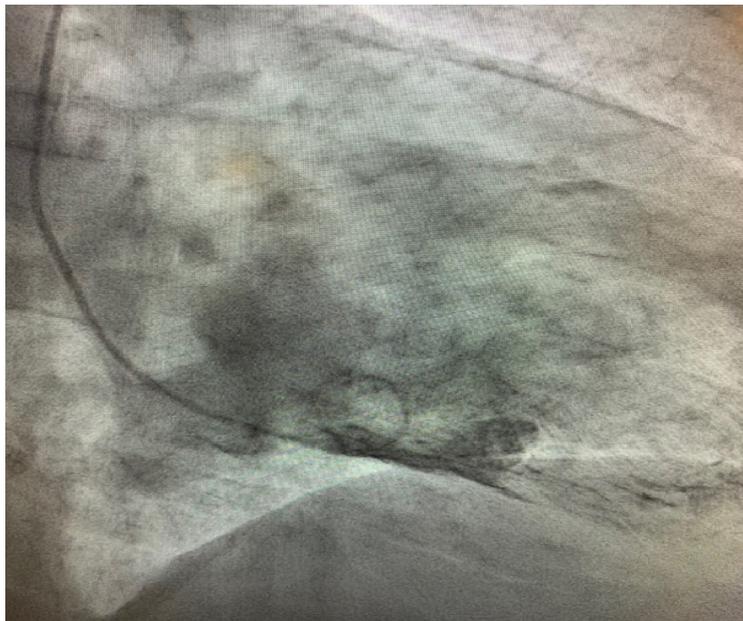


FIG 1.

El problema surge cuando se intenta rotar el cateter sin conseguir transmitir el giro a la punta del cateter y lograr un sondaje selectivo (FIG 2 Y 3)



FIG 2

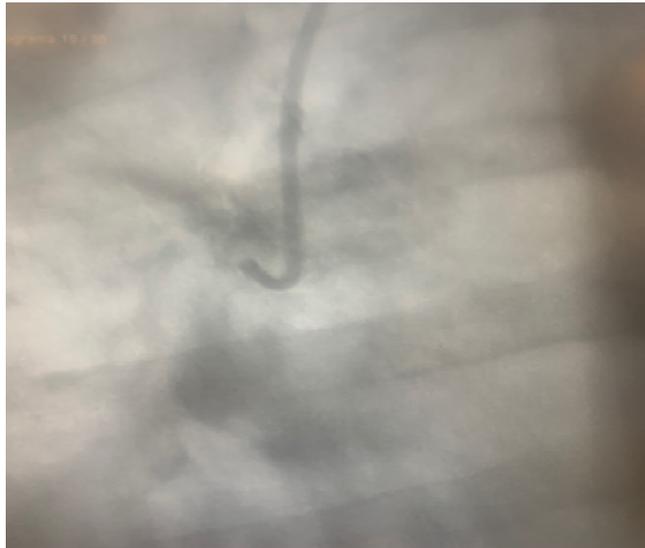


FIG 3

Al no conseguir el sondaje , se decidió la utilización de un Cateter de mayor soporte utilizando un cateter Guia de 6 F AR1 , sin lograr sondaje selectivo . Fig 4

Un aprendizaje que hemos adquirido en la práctica de la TAVI es la utilización de un doble guía, una de ellas de alto soporte para enderezar las curvas aórticas de estos pacientes. En este caso se decidió realizar pasando el arco aórtico elongado una segunda Guía de alto soporte a través de un cateter guía JR4 de 6 F posteriormente se saca dicho cateter, se retira el introductor y se fija la guía con un mosquito. Para evitar el sangrado se utiliza la pulse de compresión radial a baja presión. Fig 5.

De esta forma se pudo sonda la coronaria derecha evidenciado una oclusión trombótica distal que fue angioplastiada con éxito tras predilatación e implante de stent farmacoactivo de 2,75 x 30 mms. FIG 6 Y7.

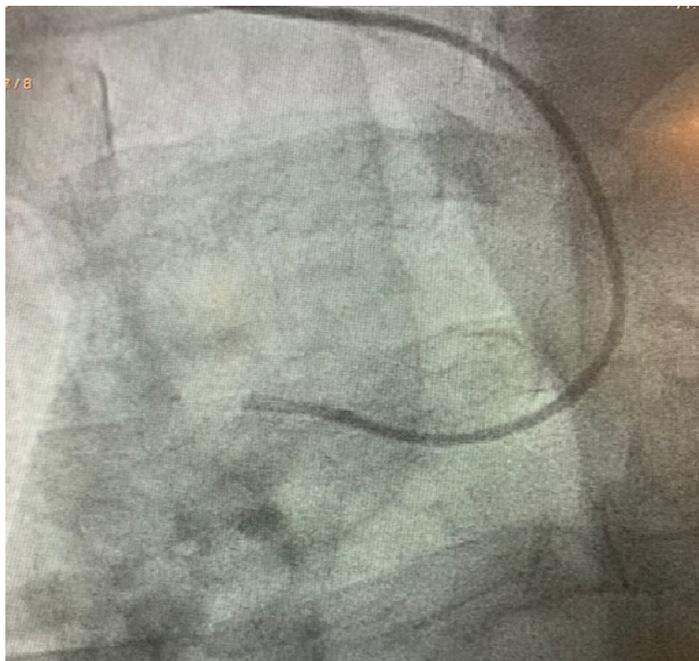


FIG 4

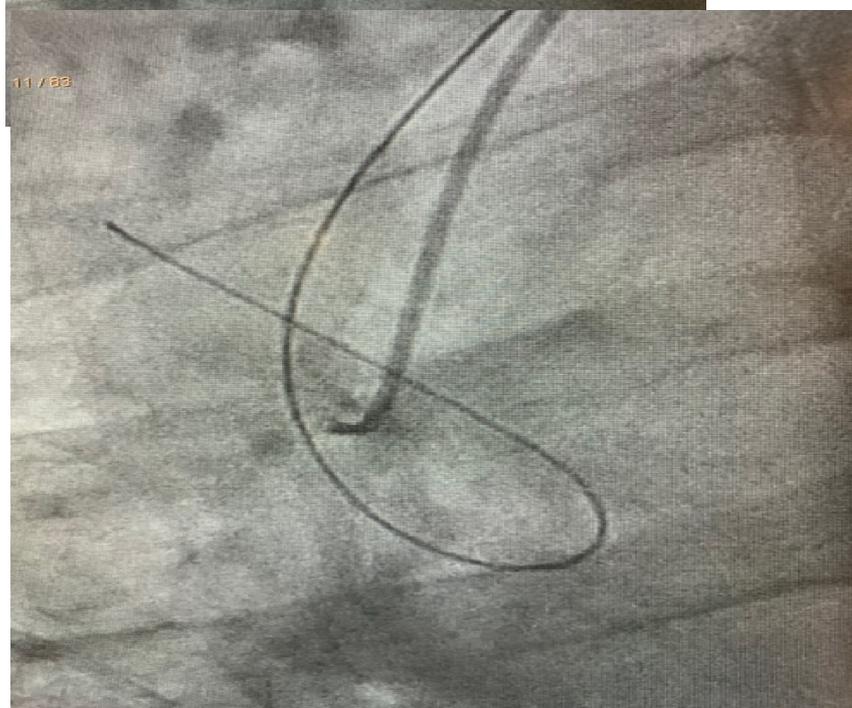


FIG 5

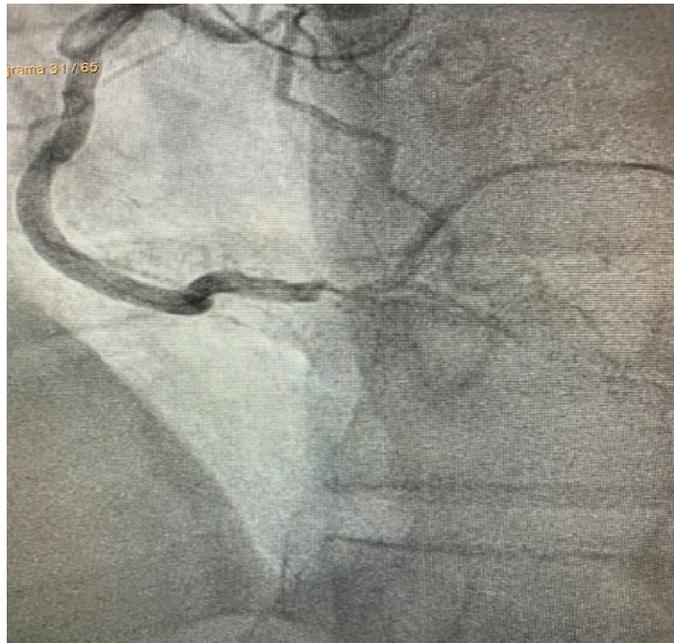


FIG 6

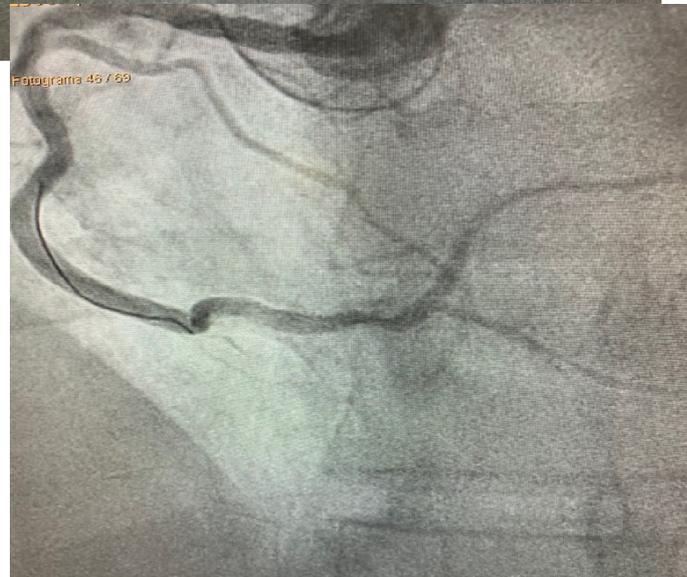


FIG 7

BIBLIOGRAFIA

- [1] Louvard Y, Lefevre T, Allain A, Morice M..
Coronary angiography through the radial or the femoral approach: The CARAFE study..
Catheter Cardiovasc Interv, 52 (2001), pp. 181-7
Medline
- [2] Hernández JM, Goicolea J, Duran JM, Auge JM..
Registro Español de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. XI Informe Oficial de la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista de la Sociedad Española de Cardiología (años 1990-2001)..
Rev Esp Cardiol, 55 (2002), pp. 1173-84
Medline
- [3] Sanmartin M, Goicolea J, Meneses D, Ruiz-Salmeron R, Mantilla R, Claro R, et al..

Angiografía coronaria con catéteres de 4 Fr por la vía radial: el «cateterismo mínimamente invasivo»..
Rev Esp Cardiol, 56 (2003), pp. 145-51

Medline

[4]

Salgado FJ, Calviño SR, Vázquez Rodríguez JM, Vázquez GN, Vázquez RE, Pérez FR, et al..
Coronariografía y angioplastia coronaria por vía radial: experiencia inicial y curva de aprendizaje..
Rev Esp Cardiol, 56 (2003), pp. 152-9

Medline

[5]

Kiemeneij F, Vajifdar BU, Eccleshall SC, Laarman G, Slagboom T, Van der WR..
Measurement of radial artery spasm using an automatic pullback device..
Catheter Cardiovasc Interv, 54 (2001), pp. 437-41

Medline

[6]

Kiemeneij F, Vajifdar BU, Eccleshall SC, Laarman G, Slagboom T, Van der WR..
Evaluation of a spasmolytic cocktail to prevent radial artery spasm during coronary procedures..
Catheter Cardiovasc Interv, 58 (2003), pp. 281-4

<http://dx.doi.org/10.1002/ccd.10445> | **Medline**

[7]

Abhaichand RK, Louvard Y, Gobeil JF, Loubeyre C, Lefevre T, Morice MC..
The problem of arteria lusoria in right transradial coronary angiography and angioplasty..
Catheter Cardiovasc Interv, 54 (2001), pp. 196-201

[8]

Abu-Ful A, Benharroch D, Henkin Y..
Extraction of the radial artery during transradial coronary angiography: an unusual complication..
J Invasive Cardiol, 15 (2003), pp. 351-2

Medline

[9]

Dieter RS, Akef A, Wolff M..
Eversion endarterectomy complicating radial artery access for left heart catheterization..
Catheter Cardiovasc Interv, 58 (2003), pp. 478-80

<http://dx.doi.org/10.1002/ccd.10441> | **Medline**

[10]

Scherer C, Uhrbrand B..
Break of radial artery catheter resulting in a loose intra-arterial fragment..skr Laeger, 162 (2000), pp. 3199-200