

UTILIZACION DE EXTENSOR DE
CATETER GUIA EN UN
CASO DE ANGIOPLASTIA COMPLEJA
CON DISFUNCION
VENTRICULAR IZQUIERDA SEVERA

Manuel Guzmán Herrera
S de Cardiología
Complejo Hospitalario de Jaén



Caso.

Paciente de 69 años de edad con antecedentes familiares de Cardiopatía Isquémica, dislipemia e hipertensión arterial .

Historia Cardiológica:

IAM en 2004 posteroseptal con manejo co>nservador.

Angor inestable con realización de cateterismo cardíaco en septiembre de 2021. Se evidenció enfermedad coronaria de TCI y tres vasos. ICP compleja con implante de stents en Tronco DA y CD media

Historia actual:

SCACEST. Inferior > es trasladado por el 061 desde su Centro de Salud a nuestro Centro Hospitalario para realización de ICP Primaria.

Resumen de hallazgos en el Diagnóstico

CORONARIOGRAFIA (Fig 1,2)

Procedimiento realizado utilizando acceso femoral derecho 8FR con necesidad de utilizar introductor largo.

TCI: Sin lesiones. Stent permeable, sin signos angiográficos de restenosis.

DA: Múltiples irregularidades con enfermedad difusa distal. (Fig 7

CX : Vasos de fino calibre, con lesiones severas en tercio proximal y tercio medio, con enfermedad difusa.

CD: Salida baja y posterior Oclusion completa 100%, con buen flujo TIMI 0, en tercio proximal con enfermedad difusa borde proximal del stent implantado previamente (Fig 4 5 6)

VENTRICULOGRAFIA IZQUIERDA

Ventriculografía realizada tras finalizar la angioplastia , tras varias desfibrilaciones demostraba. Hipoquinesia severa generalizada con aquinesia inferior. PTDVI de 40 mms de Hg . FEVI 24% (Fig 3)

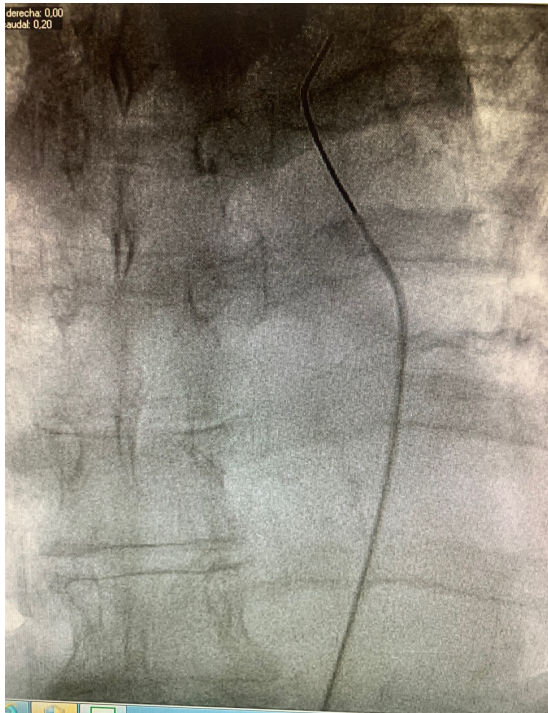


Foto. 1

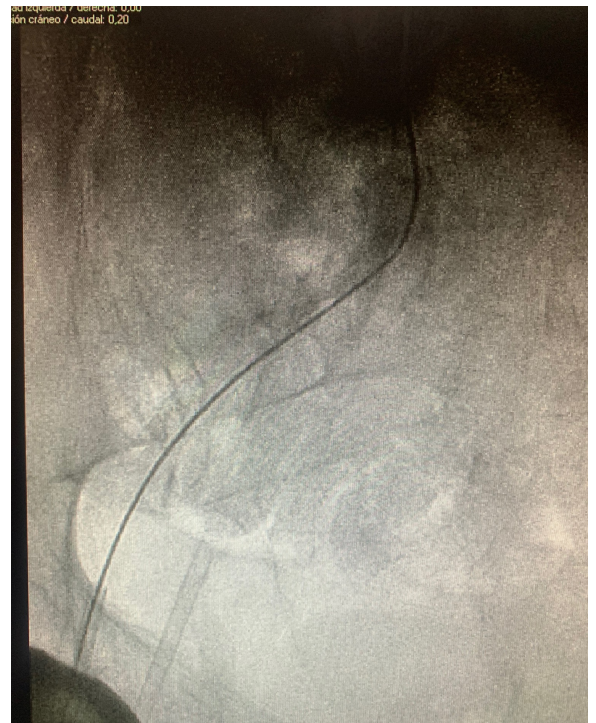


Foto. 2

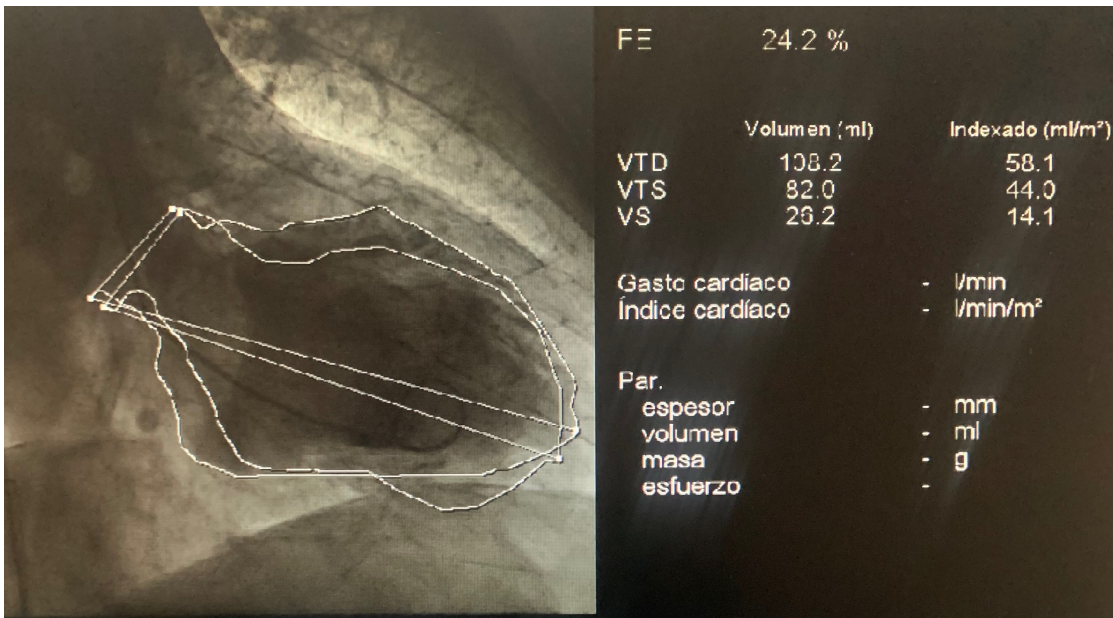


Foto. 3

RESUMEN DE PROCEDIEMIENTOS TERAPEUTICOS

INTERVENCIONISMO CORONARIO

CD. Gran dificultad para su sondaje . Finalmente se utiliza catéter HS1 con apoyo de guía de angioplastia, evidenciándose oclusión completa 100% trombótica. con flujo TIMI 0 a nivel proximal con trombosis del stent. (Fig 8,9 10 11)

Se consigue con gran dificultad dos guías (BMW y Sion). Predilatación inicial con balones de muy pequeño perfil, con recuperación parcial del flujo , apreciándose gran cantidad de carga trombótica intracoronaria. Se realizan dilataciones secuenciales con balones de 2,5 x 15 mm y 3 x 15 mm, persistiendo gran cantidad de trombo intracoronario (Fig 12,13 14 15 16) .

Finalmente, con ayuda de extensor de Catéter guía Boossting, se consiguen implantar dos stents solapados farmacoactivos de 3,5 x 19 y 3,5 x 33 mms, desde tercio medio a tercio proximal. (Fig 17 18 19) Ambos stents se postdilatan con balón NC de 3,5 x 15 mms a 20 atmóferas, obteniendo un buen resultado angiográfico final con Flujo TIMI III.(Fig 19 ,20)



Foto. 4

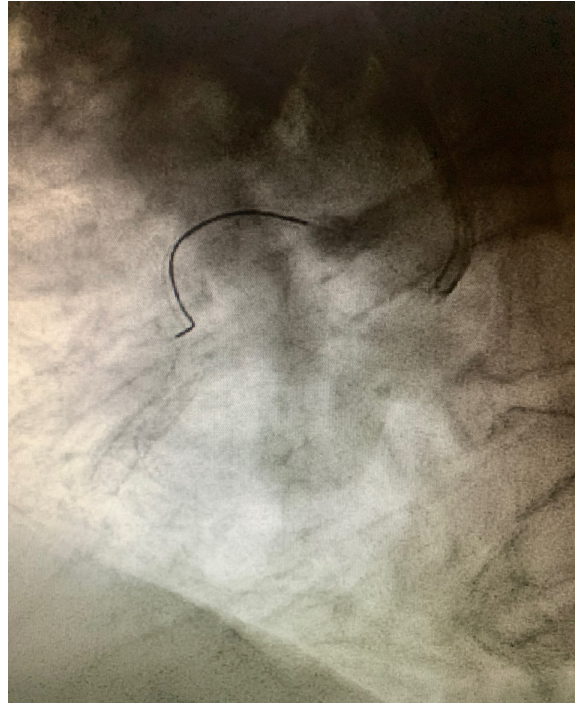


Foto. 5

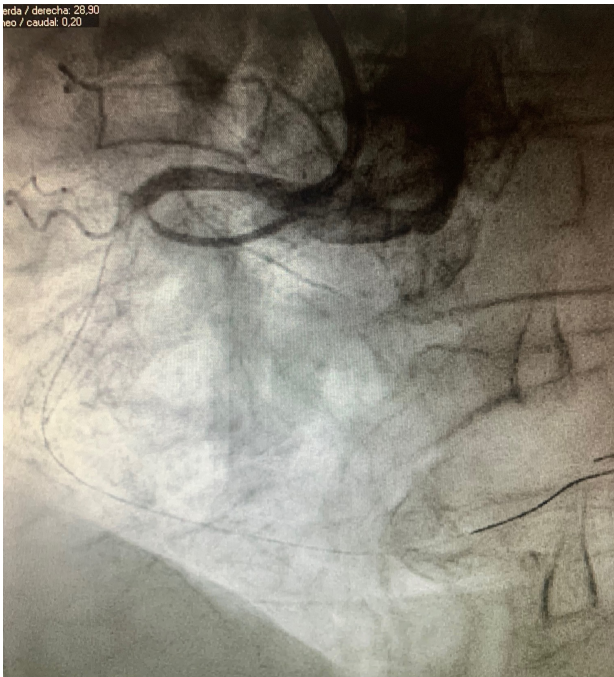


Foto. 6



Foto. 7



Foto. 8

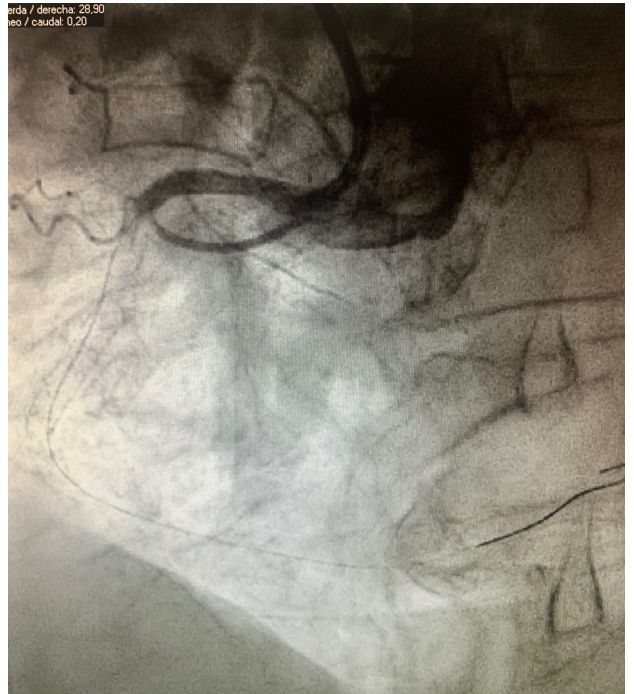


Foto. 9



Foto. 10

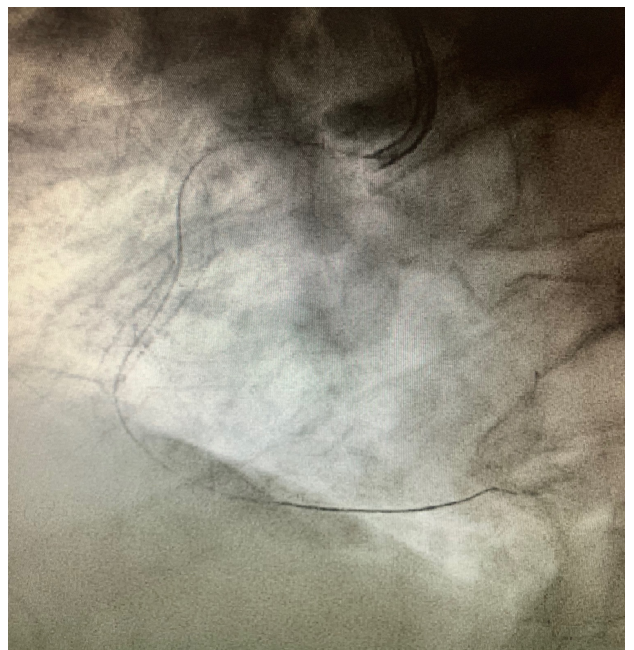


Foto. 11



Foto. 12

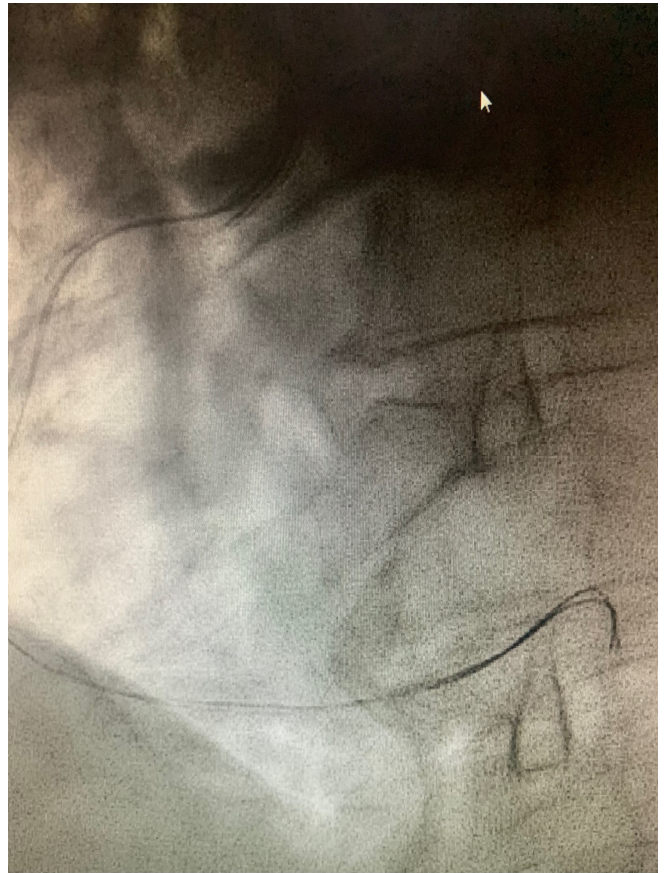


Foto. 13



Foto. 14

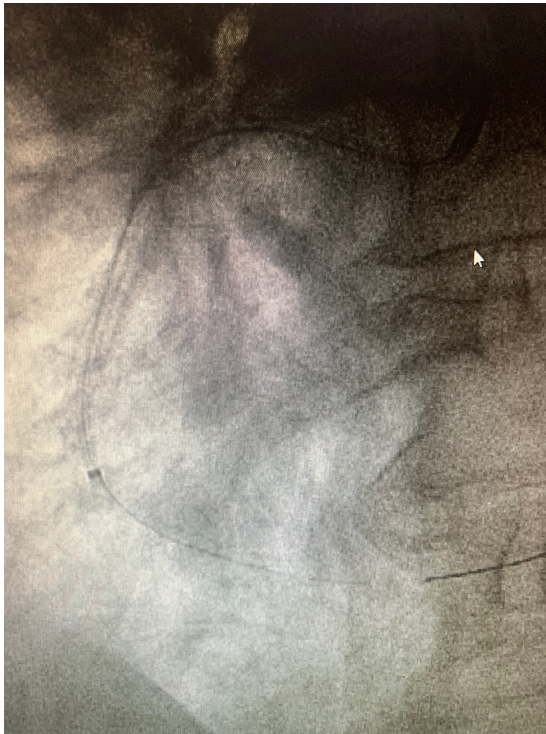


Foto. 15



Foto. 16

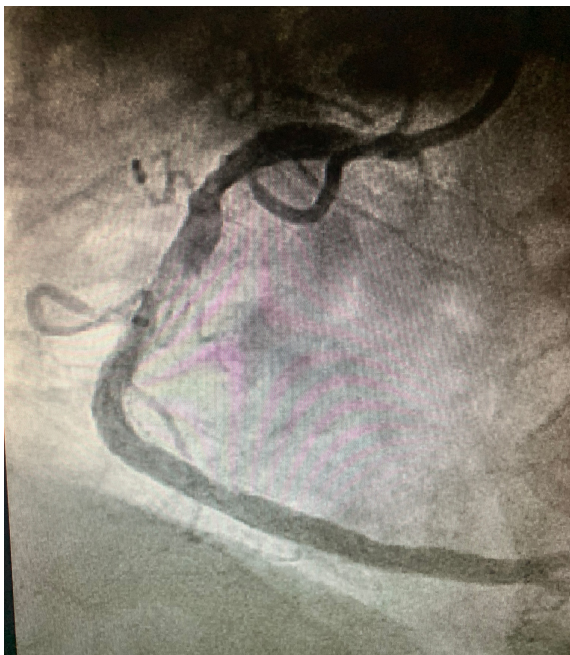


Foto. 17



Foto. 18



Foto. 19



Foto. 20



Foto. 21

DISCUSION

El intervencionismo coronario, puede verse dificultado en numerosas ocasiones por una insuficiente aposición del catéter guía. Situaciones diferentes como son la salida anómala o variantes en el origen de las arterias coronarias, realización de angioplastias en portadores de prótesis valvulares aórticas , oclusiones y estenosis coronarias con o sin presencia de stents en segmentos ostiales o proximales , tortuosidad coronarias y numerosas situaciones en la que el sondaje con catéter guía es insuficiente para poder avanzar el balón o stent a la lesión coronaria que precisamos tratar .

En nuestro caso la trombosis proximal del stent dificultaba el poder avanzar los balones de angioplástia por un insuficiente apoyo del catéter guía. El curso del procedimiento mejoró. Tras introducir el extensor de guía, facilitando el avance de balones y stents y el consiguiente éxito del intervencionismo. (Fig 21)

La llegada de los extensores de catéter guía, coaxiales (madre/hijo) e montado en un sistema monorail que proporciona una extensión al catéter. Guía de angioplastia y permite una intubación profunda de la arteria coronaria , con lo que se consigue un soporte extra y mejor coaxialidad.

BIBLIOGRAFÍA

]. Hynes B, Dollard J, Murphy G, O'Sullivan J, Ruggiero N, Margey R, et-al..
Enhancing back-up support during difficult coronary stent delivery: single-center case series of experience with the Heartrail II catheter..
J Invasive Cardiol. , 23 (2011), pp. E43-E46

[2]

Mamas MA, Fath-Ordoubadi F, Fraser DG..
Distal stent delivery with Guideliner catheter: first in man experience..
Catheter Cardiovasc Interv. , 76 (2010), pp. 102-111

[3]

Kumar S, Gorog DA, Secco GG, Di Mario C, Kukreja N..
The GuideLiner "child" catheter for percutaneous coronary intervention - early clinical experience..
J Invasive Cardiol. , 22 (2010), pp. 495-498

[4]

Rao U, Gorog D, Syzgula J, Kumar S, Stone C, Kukreja N..
The GuideLiner "child" catheter..
EuroIntervention. , 6 (2010), pp. 277-279

[5]

Mamas MA, Fath-Ordoubadi F, Fraser D..
Successful use of the Heartrail III catheter as a stent delivery catheter following failure of conventional techniques..
Catheter Cardiovasc Interv. , 71 (2008), pp. 358-363

[6]

Wiper A, Mamas M, El-Omar M..
Use of the GuideLiner catheter in facilitating coronary and graft intervention..
Cardiovasc Revasc Med. , 12 (2011), pp. 685-687