



XXXIII CONGRESO NACIONAL



LESIÓN SEVERA DE TRONCO DE CORONARIA IZQUIERDA

CASOS DE TODOS LOS DÍAS CON DECISIONES QUE TOMAR

LERNER JUAN PABLO
SERVICIO DE HEMODINAMIA
HOSPITAL CENTRO DE SALUD ZENÓN SANTILLÁN
TUCUMÁN-AÑO 2023



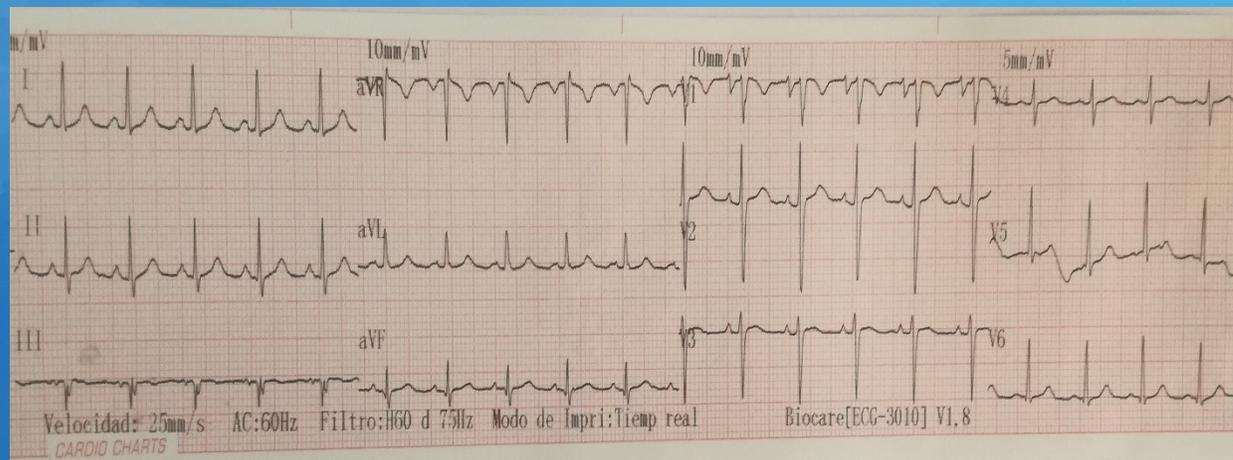
PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

- ✓ Sexo masculino
- ✓ 65 años
- ✓ FRCV: HTA-DBT-Tabaquista severo- EPOC-OBESO-SDT
- ✓ Sin antecedentes CV previos
- ✓ Sin medicación habitual

Motivo de Internación: IAMSEST (TI 7400 ng/lt) + Fibrilación auricular paroxística aguda



PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO



LABORATORIO

UREA: 32 ng/dl

CR: 1.25 mg/dl

ECOCARDIOGRAMA

DDVI 62 mm

DAO 32 mm

DSVI 46 mm

DAI 39 mm

SIV 10 mm

AAI 23 mm

PP 10 mm

FEY 45%

Hipoquinesia severa de cara inferior, inferolateral.
Hipoquinesia leve lateral. AI dilatada. IM moderada. PRP



PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

CINECORONARIOGRAFÍA

INFORME CORONARIOGRAFÍA

TCI: Permeable. Presenta estenosis severa distal con significativa calcificación parietal (+++).

DA: De buen desarrollo. Permeable. Presenta estenosis severa a nivel ostial. Buen lecho distal. Ramos diagonales y septales sin lesiones significativas.

CX: Permeable. Presenta estenosis sub oclusiva (95%) a nivel ostial de aspecto calcificada (+++), lesión en bifurcación (Medina 1-1-1). Buen lecho distal con irregularidades parietales leves. Ramo lateral alto de mediano desarrollo, permeable, sin lesiones significativas.

CD: Dominante. Presenta oclusión total crónica a nivel proximal. Ramo descendente posterior de fino calibre, visible por circulación colateral heterocoronaria (Rentrop 3).

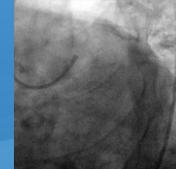
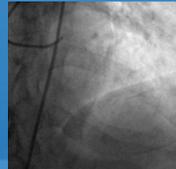
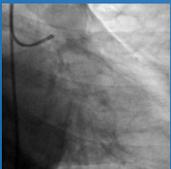
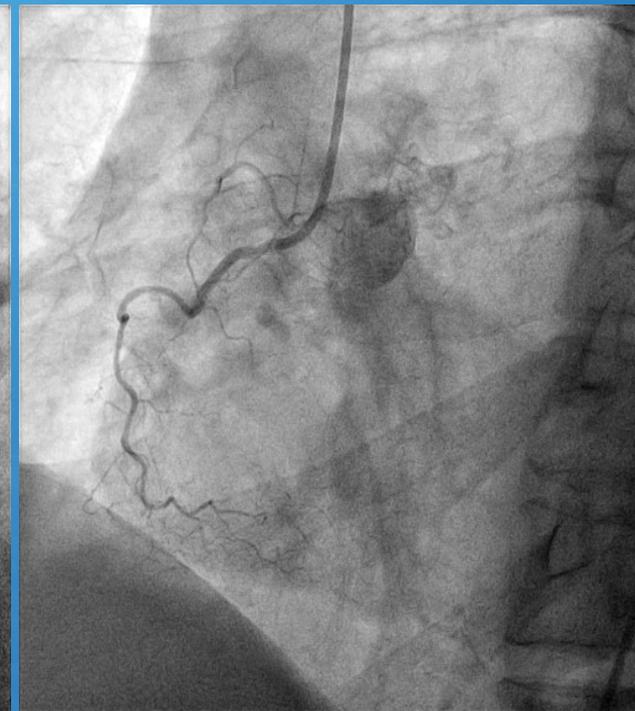
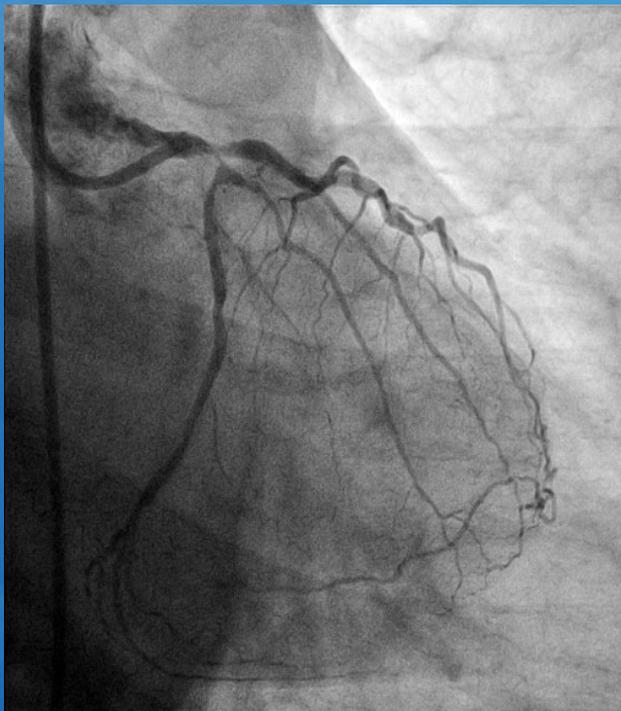
CONCLUSIONES

Enfermedad coronaria aterosclerótica severa de TCI y múltiples vasos



PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

CINECORONARIOGRAFÍA



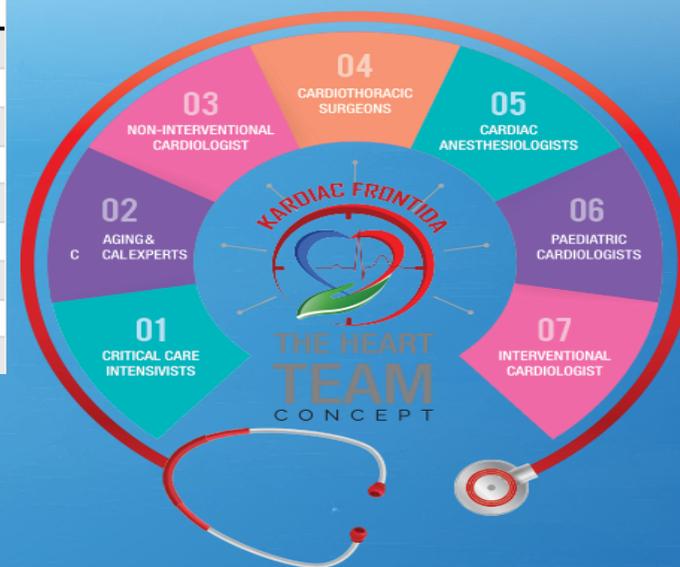


PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Pte. sintomático **SYNTAX SCORE=32**
STS SCORE=18% (mortalidad)

Tipo de procedimiento: **CABG aislada**

Resultado Perioperatorio	Estimar %
Mortalidad operativa	17,4%
La mortalidad morbilidad	50,9%
Ataque	2,35%
Insuficiencia renal	20,1%
Reoperación	5,8%
Ventilación prolongada	45,5%
Infección profunda de la herida esternal	2,31%
Estancia hospitalaria larga (>14 días)	45,4%
Estancia hospitalaria corta (<6 días)*	4,25%



CONDUCTA

ANGIOPLASTIA
VS
CABG

Evaluado el caso por Heart Team, teniendo en cuenta contexto del paciente y la presencia de múltiples comorbilidades, EPOC severo y Obesidad Mórbida, se consideró paciente de ALTO RIESGO quirúrgico, por lo que se decide adoptar como conducta la angioplastia coronaria percutánea.



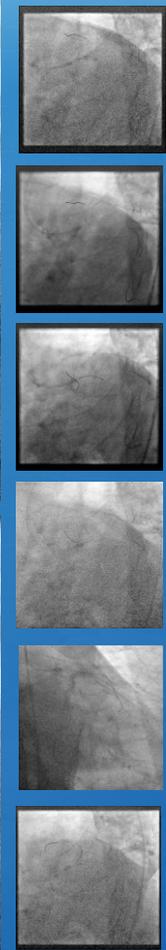
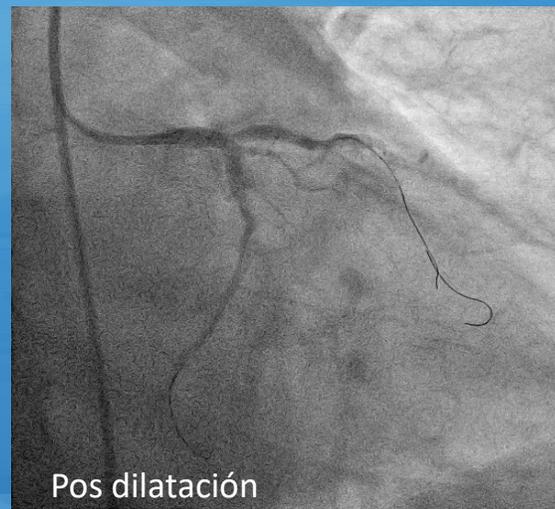
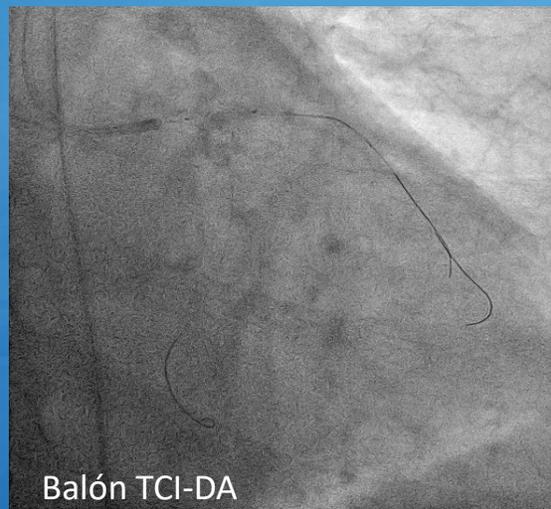
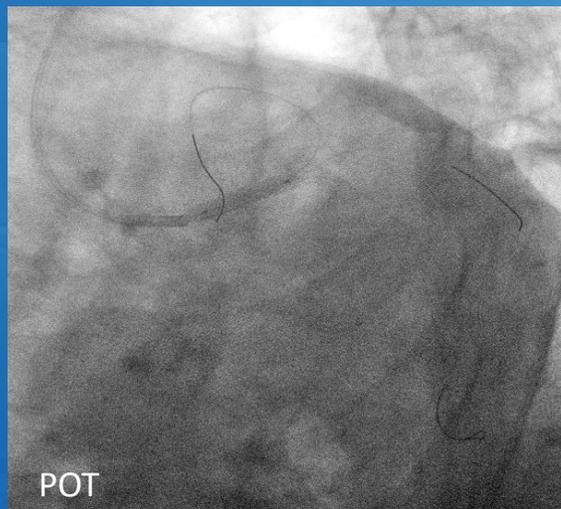
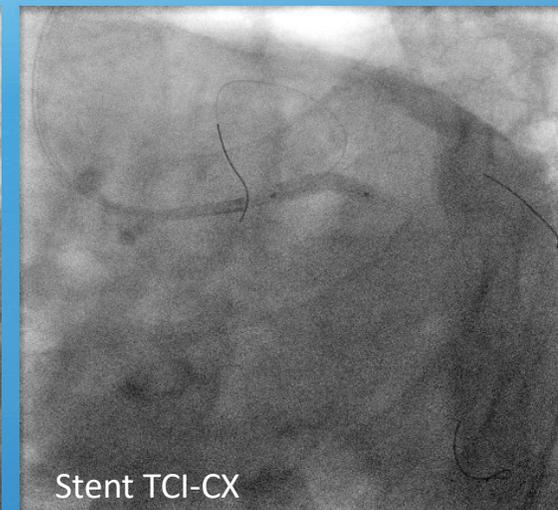
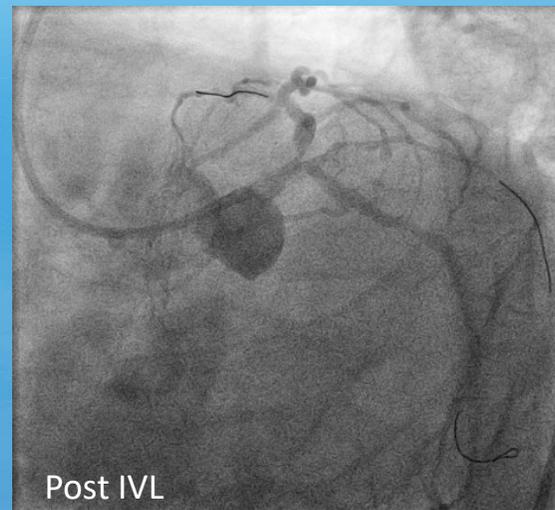
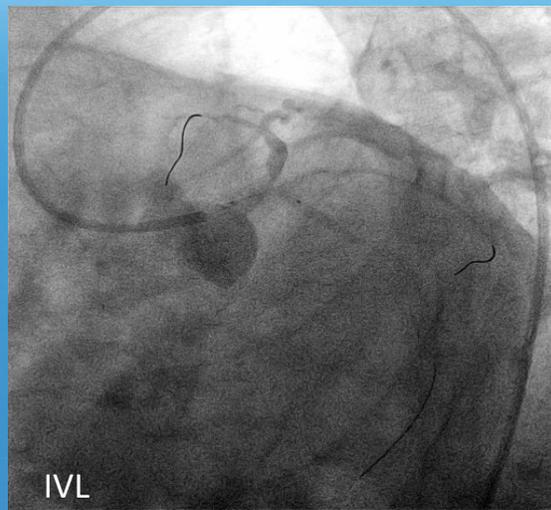
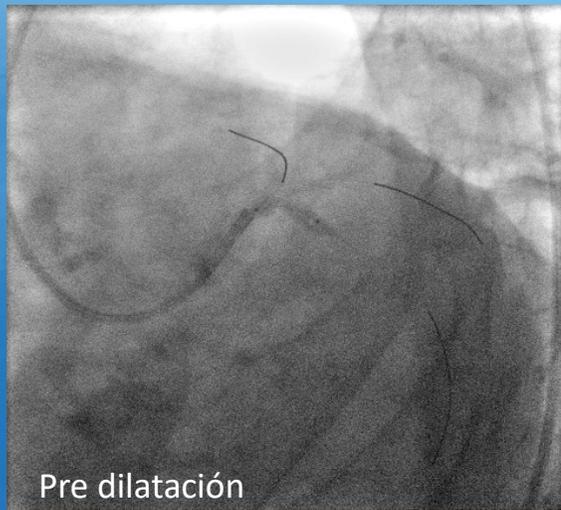
CONDUCTA

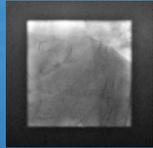
ANGIOPLASTIA COMPLEJA DE TCI EN BIFURCACIÓN CON TÉCNICA DE TAP + LITOTRIZIA INTRAVASCULAR (IVL)

Se realiza angioplastia coronaria de TCI en bifurcación con severa calcificación parietal. Se predilata lesión ostial de arteria circunfleja con balón semi-complaciente medidas 2.5 x 15 mm a 14 atm. Luego se posiciona dispositivo de litotricia intracoronaria (IVL) medidas 3.5 x 12 mm aplicándose 40 pulsos. A continuación se implanta stent liberador de Sirolimus medidas 3.5 x 16 mm a 16 atm en TCI distal-CX proximal con posdilatación de segmento proximal del mismo (POT). Para finalizar técnica de bifurcación se predilata lesión de DA ostial con balón semi-complaciente medidas 2.5 x 15 mm y finalmente se implanta stent liberador de Sirolimus medidas 3.5 x 13 mm en ostium de DA, con Kissing balloon final. Test angiografico final con resultado óptimo.

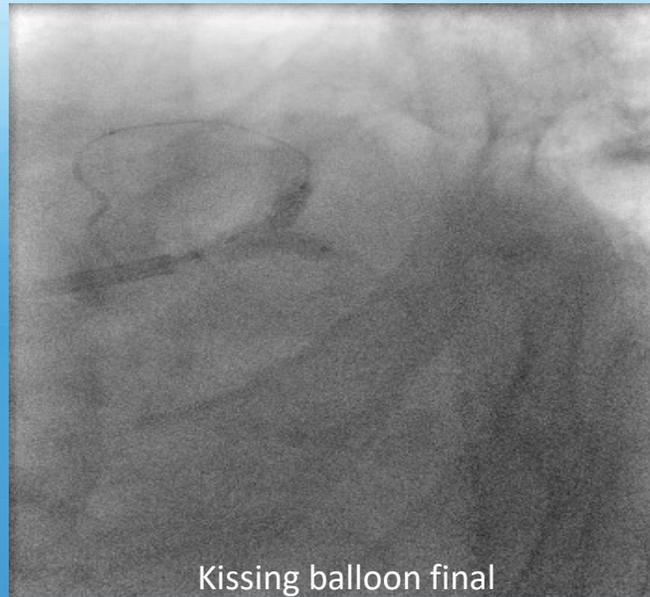


ANGIOPLASTIA

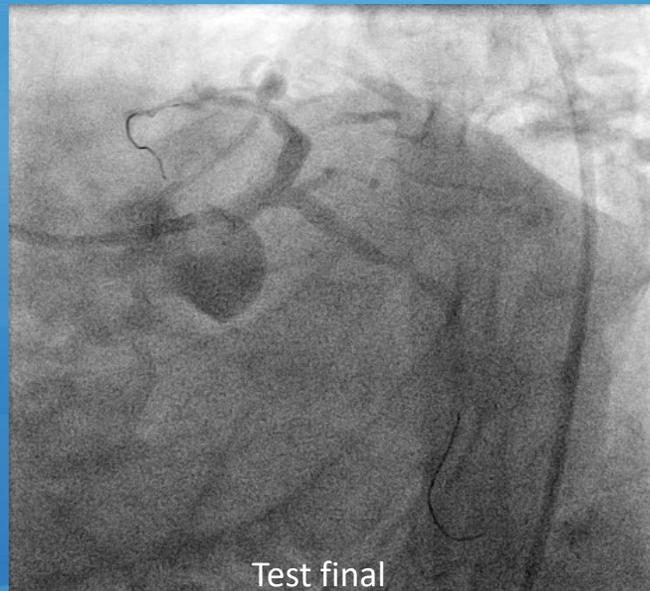




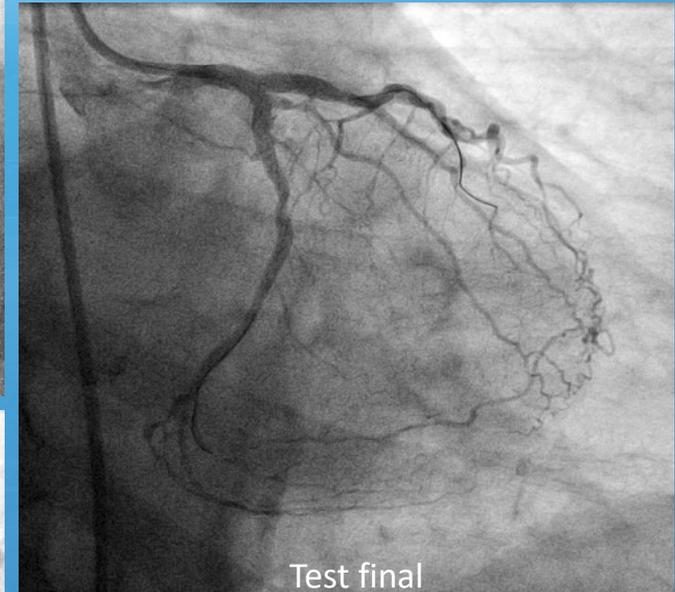
Técnica TAP. Imagen stent boost



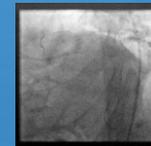
Kissing balloon final



Test final



Test final





CONCLUSIÓN

El tratamiento de las lesiones complejas en bifurcación representan uno de los mayores desafíos de la angioplastia coronaria, asociándose a una mayor probabilidad de complicaciones y reestenosis.

La Angioplastia de TCI no protegido en un paciente con SCA de alto riesgo quirúrgico, resultó una técnica factible y segura, con menor morbimortalidad respecto a la cirugía de revascularización en el presente contexto clínico.

La IVL constituye una de las técnicas más actuales del manejo terapéutico de modificación de placas, la cual no desplaza el uso de las restantes técnicas. En nuestro caso nos resulto en una mejoría de la compliance del vaso permitiendo una optima implantación de los stent.