

Caso clínico. Disección distal del tronco de la Arteria Coronaria Izquierda durante angioplastia para Arteria Descendente Anterior. Solución con angioplastia con técnica de “V” stenting

Ariel Durán, Pedro Trujillo*, Ivanna Duro**

Resumen

Presentamos el caso de una complicación sucedida durante una angioplastia de urgencia y la manera como fue resuelta. En ocasiones las enseñanzas surgen más de las complicaciones que de los casos no complejos.

Palabras claves: Angioplastia, complicación

Abstract

We present the case of a complication arising during an emergency angioplasty and how it was resolved. On occasion, lessons emerge from complications rather than from more straightforward cases.

Key words: Angioplasty, complications

Fecha de recibido: 01/07/2012

Fecha de aceptado: 10/07/2012

Correspondencia: Dr. Ariel Durán | •aduran@hc.edu.uy

*Servicio de Hemodinamia de adultos del Instituto de Cardiología Infantil-Médica Uruguaya, Montevideo-URUGUAY

1. Introducción.

La patología cardiovascular es la más frecuente en la edad adulta en nuestro país al igual que en la mayoría de los países alrededor del mundo. Una de las formas de presentación es el síndrome coronario agudo. Las técnicas de intervencionismo cardiovascular como la angioplastia coronaria han disminuido la morbimortalidad fundamentalmente en los casos agudos. Los pacientes añosos son más proclives a sufrir complicaciones debido a su fragilidad vascular y comorbilidad. Al enfrentarnos a este tipo de pacientes debemos estar entrenados para que en el caso de surgir complicaciones tengamos la posibilidad de resolverlas.

Presentamos el caso de una paciente añosa portadora de un síndrome coronario agudo y grave que en el curso de la angioplastia sufrió una complicación y la manera en que fue resuelta.

2. Caso clínico.

Paciente de sexo femenino, 85 años, con antecedentes personales de neoplasma de colon operado 15 años antes, hipotiroides tratada con hormonoterapia sustitutiva, episodios esporádicos de broncoespasmo y factores de riesgo cardiovascular de hipertensión y ex tabaquista.

Comienza su historia clínica 5 días antes del ingreso con angina de esfuerzo clase funcional II-III (NYHA) que se

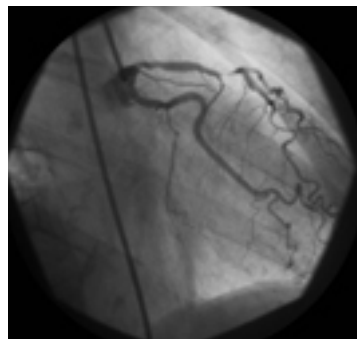
hace rápidamente progresiva con episodio de angina de reposo prolongado (40 minutos) e intenso que se acompaña de disnea, por lo que consulta en el Servicio de Emergencia de nuestra Institución.

Se constata paciente con angina severa, sudorosa, mala perfusión periférica, PA 110/60 y en el ECG inversión simétrica y profunda de la onda T de V1 a V4. Test de Troponina I positivo.

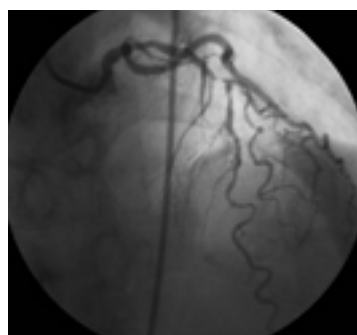
Se le indican 5000 unidades de Heparina sódica iv, AAS 500 mg por v/o, Clopidogrel 600 mg por v/o y nitroglicerina por vía i/v.

Se solicita a nuestro servicio cateterismo cardíaco de urgencia que se realizó por vía femoral y mostró:

- Tronco de arteria coronaria izquierda sin lesiones.
- Arteria descendente anterior (ADA) con lesión ostial de grado moderado y lesión crítica y corta de tercio proximal con aspecto de trombo endoluminal y que involucra el origen de arteria diagonal de calibre intermedio. Lecho distal de ADA de calibre aceptable y sin lesiones.
- Arteria circunfleja (ACx) sin lesiones, ramo marginal obtuso de buen calibre y sin lesiones. (Fotos 1 y 2)
- Arteria coronaria derecha (ACD) dominante y sin lesiones. Arteria descendente posterior de calibre aceptable sin lesiones.

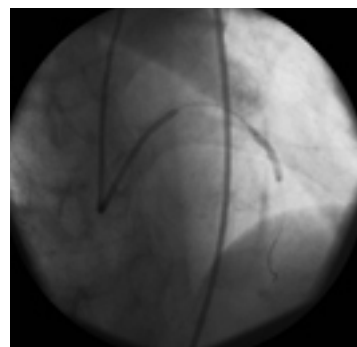


f Foto1: Arteria coronaria izquierda en OAD 20°, CAU 20°.



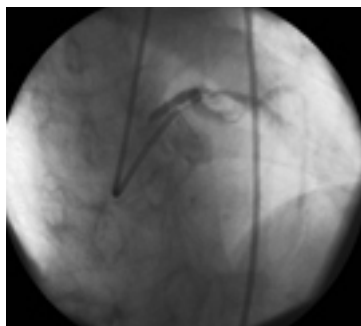
f Foto2: Arteria coronaria izquierda en OAD 20°, CRA 30°.

Se continúa con ATC de ADA pasando guía IQ® 0,014" hasta tercio distal de ADA y se implanta stent PROMUS® 2,5 x 18mm sobre tercio proximal de ADA. (Foto N°3). Buen resultado angiográfico sobre la lesión, por lo que se retira la guía.



f Foto3: Implante de stent PROMUS® 2,5 x 18 mm sobre tercio proximal de ADA. OAD 20, CRA 30.

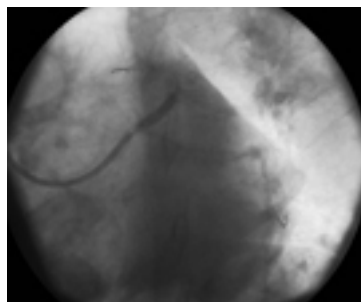
Al proceder a las imágenes finales se observa importante disección distal del TCI con severo compromiso del flujo tanto de ADA como de ACx, deterioro hemodinámico inmediato, angina intensa, y sobre elevación del ST en el monitor de la sala. (Foto N° 4).



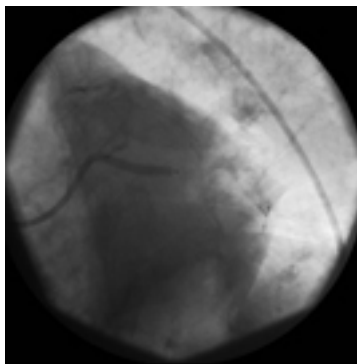
f Foto4: Disección distal del TCI con compromiso severo del flujo de ADA y ACx. OAD 20°, CRA 30°.

Mientras uno de los integrantes de equipo procede a la punción de la arteria femoral contralateral para colocación de Balón de Contrapulsación Intraaórtico (BIAC) decidimos colocar 2 guías IQ 0,014'' sobre tercio distal de ADA y de ACx.

Acto seguido se implanta stent Mustang® 3,0 x 18 mm sobre origen de ADA y stent Terumo Tsunami® 3,0 x 20 mm sobre origen de ACx con técnica de "V" stenting. (Fotos 5 y 6)



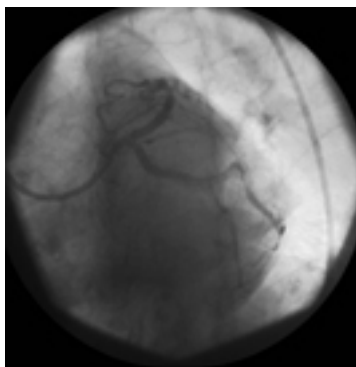
f Foto5: implante de stent en origen de ADA. OAI 30°, CAU 30°.



f Foto6: implante de stent en origen de ACx. OAI 30°, CAU 30°.

Se observó mejoría inmediata del flujo con alivio del angor con renivelación del segmento ST y no fue necesaria la inserción del BIAC que estaba en curso.

Decidimos esperar 10 minutos antes de retirar las guías y ver si el resultado hemodinámico y angiográfico satisfactorio se mantenían para entonces realizar las imágenes finales. (Foto 7)



f Foto7: Imagen final en OAI 30° y CAU 30°.

3. Comentarios finales.

Seguramente el catéter guía (Q 4 6 French) disecó el ostio de ADA donde se observa una lesión corta de grado moderado. Se trata de un excelente catéter que brinda muy buen apoyo y es recomendable para las ATC de ADA pero que, en ocasiones, penetra en exceso y puede lesionar el origen de dicha arteria. Ese hecho comprometió el flujo de todo el eje izquierdo con el subsiguiente y lógico deterioro hemodinámico y elevado riesgo de vida.

Afortunadamente se pudo solucionar en forma rápida incluso antes de colocar el BIAC o de necesitar intubación orotraqueal u otras medidas de reanimación.

La técnica utilizada se decidió porque no se observó disección del cuerpo del TCI en sí mismo sino fundamentalmente del origen de las arterias principales.

La paciente permaneció internada durante 48hs en área de cuidados cardiológicos intermedios bajo AAS y Clopidogrel por v/o, enoxaparina s/c, nitroglicerina s/c y atorvastatina, siendo dada de alta a piso convencional al cabo de ese período.

Fue vista en consultorio al mes y 6 meses del procedimiento encontrándose asintomática. ■

Bibliografía.

- 1. BUSZMAN PE, KIESZ SR, BOCHENKA, ET AL.** Acute and late outcomes of unprotected left main stenting in comparison with surgical revascularization. *J Am Coll Cardiol.* 2008; 51: 538–45.
- 2. CAPODANNO D, CAGGEGIA, MIANO M, ET AL.** Global risk classification and Clinical SYNTAX (Synergy between Percutaneous Coronary Intervention with TAXUS and Cardiac Surgery) score in patients undergoing percutaneous or surgical left main revascularization. *J Am Coll Cardiol Interv.* 2011; 4: 287–97.
- 3. ELLIS SG, TAMAI H, NOBUYOSHI M, ET AL.** Contemporary percutaneous treatment of unprotected left main coronary stenoses: initial results from a multicenter registry analysis 1994–1996. *Circulation.* 1997; 96: 3867–72.