

Técnica de catéteres telescopados en intervencionismo coronario percutáneo



Telescoping catheter technique in percutaneous coronary intervention

José Ramón Rumoroso Cuevas*, Mario Sádaba Sagredo y Asier Subinas Elorriaga

Sección de Cardiología Intervencionista, Hospital Galdakao, Galdakao, Vizcaya, España

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M21000246>

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M21000247>

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un varón de 69 años con antecedentes de obesidad, síndrome de apnea del sueño y síndrome de isquemia crónica de extremidades inferiores, de grado IIB. Entre los factores de riesgo cardiovascular destacan tabaquismo activo hasta 2016, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II y dislipemia en tratamiento.

En enero de 2017 el paciente ingresó por bloqueo auriculoventricular de grado III y se le implantó un marcapasos DDDR. En dicho ingreso se observó arritmia completa por fibrilación auricular y se pautó anticoagulación con rivaroxabán. En junio de 2017 presentó angina inestable y se le diagnosticó estenosis aórtica grave con enfermedad coronaria del tronco común y 3 vasos, por lo que se le realizó intervención quirúrgica de recambio valvular aórtico y revascularización mediante doble *bypass* de arteria mamaria izquierda a arteria descendente anterior e injerto de safena a segunda obtusa marginal.

En la actualidad refiere clínica de angina de mínimos esfuerzos de 5-6 meses de evolución, por lo que se realiza cateterismo (antes del procedimiento se obtuvo el consentimiento informado para la posible publicación educativa del caso). En dicho estudio, realizado por acceso femoral debido a problemas en el brazo, se aprecia el lecho nativo con enfermedad del tronco común izquierdo y 3 vasos. La diferencia es que ahora el *ostium* de la arteria circunfleja nativa está ocluido, el *bypass* de la arteria mamaria es permeable y el *bypass* de safena a rama obtusa marginal presenta una lesión muy grave (figura 1, figura 2 y vídeo 1 del material adicional).

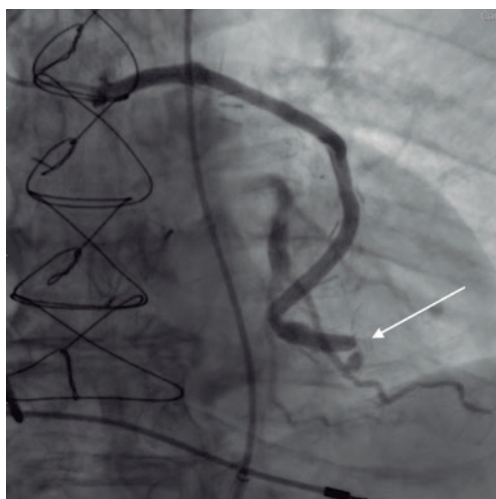


Figura 1. Lesión focal proximal a la anastomosis término-lateral del injerto de safena (flecha).

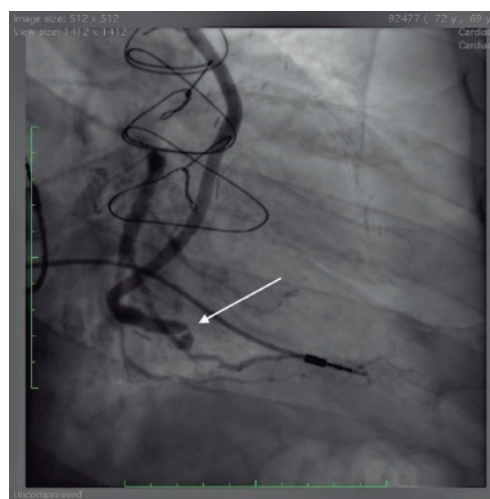


Figura 2. Lesión angulada focal del injerto de safena a obtusa marginal (flecha).

* Autor para correspondencia: Barrio Labeaga s/n, 48960 Galdakao, Vizcaya, España.
Correo electrónico: rumo@secardiologia.es (J.R. Rumoroso Cuevas).

Online: 29-10-2021.

Full English text available from: www.recintervcardiol.org/en.

2604-7306 / © 2021 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.

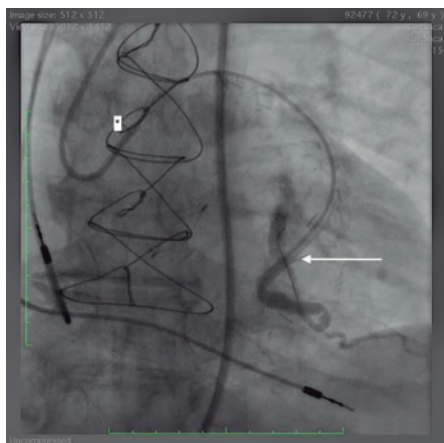


Figura 3. Obsérvese la punta del extensor del catéter guía (flecha) muy próxima a la lesión y la parte distal radiopaca de la guía de angioplastia en la arteria circunfleja (el asterisco indica la punta del catéter guía en el *ostium* del *bypass*).

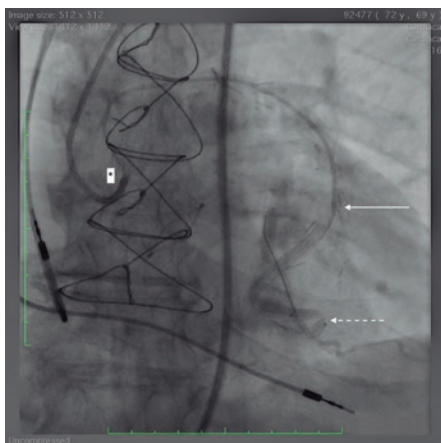


Figura 4. Obsérvese las marcas radiopacas del balón posicionado en la lesión (flecha discontinua). Al intentar avanzar el dispositivo se aprecia el retroceso de las marcas radiopacas del catéter guía (asterisco) y del extensor del catéter guía (flecha continua).

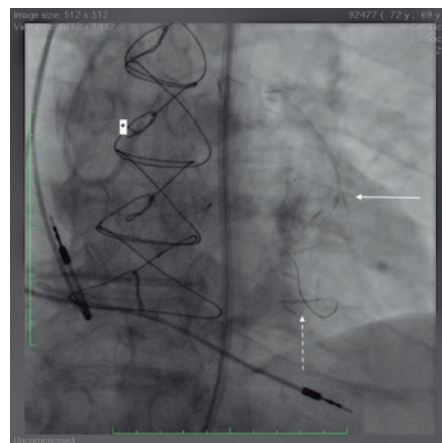


Figura 5. El *stent* farmacológico liberador de zotarolimus Resolute Onyx (flecha discontinua) no puede cruzar la lesión.

Se valora el caso y, dada la muy escasa posibilidad de apertura del lecho nativo de la circunfleja, se procede a realizar intervencionismo sobre la lesión culpable de la safena. Para ello se accede por vía femoral derecha con un catéter guía AL2 6 Fr, se avanza una guía SION blue Extra Support (Asahi Intecc, Japón) y se intenta avanzar, sin éxito, un balón de 2,5 × 12 mm que no se consigue aproximar a la lesión, motivo por el cual se introduce muy próximo a la lesión a tratar un extensor de catéter guía de 6 Fr (figura 3). Con este soporte se logra avanzar un balón a la zona de estenosis y predilatar (figura 4 y vídeo 2 del material adicional). Sin embargo, se intenta avanzar un *stent* farmacológico liberador de zotarolimus (Resolute Onyx) de 3 × 8 mm, sin éxito (figura 5 y vídeo 3 del material adicional) aunque se realizan distintas maniobras, incluida una técnica de *buddy-wire*.

Teniendo en cuenta que el soporte es óptimo, ¿cómo se podría implantar el *stent* en la lesión?

FINANCIACIÓN

El trabajo se ha realizado sin obtener financiación alguna.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

J.R. Rumoroso Cuevas ha redactado y corregido el texto, y ha participado en la asistencia directa del paciente. M. Sádaba Sagredo y A. Subinas Elorriaga han supervisado el texto y han contribuido con la iconografía.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

MATERIAL ADICIONAL



Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.24875/RECIC.M21000245>.