

Pesadilla en hemodinámica

Una oclusión crónica total tórpidas...

Ismael Arco Adamuz, Vicente Felipe Alcalde Martínez, José Antonio Fernández Sánchez, Teresa Bretones del Pino

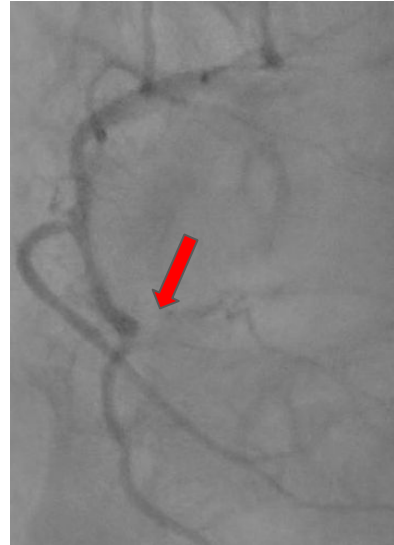


Varón 60 años, con angina de esfuerzo

2007. IAMCEST inferoposterior. Fibrinolisis sin coronariografía

2023. Angina de esfuerzo. ICP a DA media. CTO en CD distal.

2024. Se recomienda intervención percutánea sobre CD por persistencia de angina de esfuerzo



Circulación colateral heterocoronaria

Coronariografía. Coronaria derecha de buen calibre y desarrollo con afilamiento desde tercio medio y oclusión crónica desde final de tercio medio-inicio de tercio distal, muy calcificada, con visualización de lecho distal por circulación colateral heterocoronaria



CSC 2024

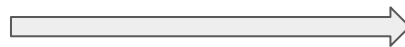
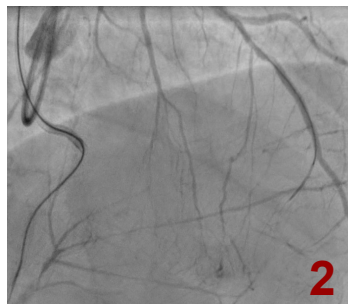
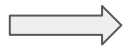
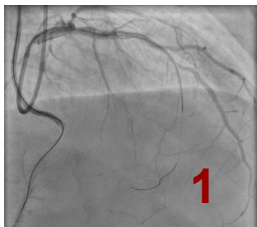
CORONARY AND STRUCTURAL COURSE
CURSO CORONARIO Y ESTRUCTURAL

Procedimiento. ICP a oclusión crónica de CD

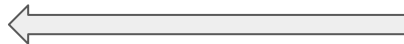
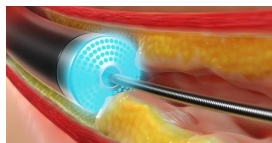
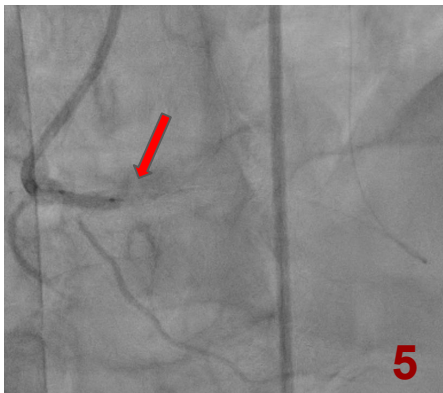
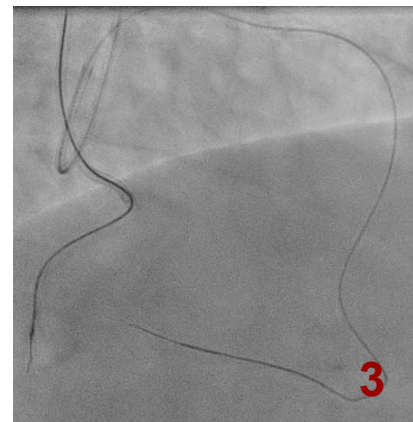


Abordaje retrógrado con Micro Corsoair Pro XS 150cms

Se cruza con guía a Samurai RC través de una septal en DA medio distal



Escalada retrógrada de guía con Gaia II y III, consiguiendo paso solo a espacio subintimal, sin conseguir alcanzar luz verdadera



No se consigue paso de micro a través de toda la oclusión. Calcificación severa de la oclusión con paso difícil de balones de 0.75 y 0.85 por lo que se realiza modificación de placa con ELCA.

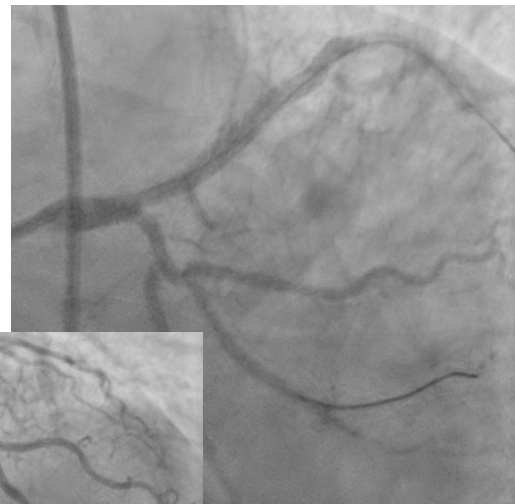
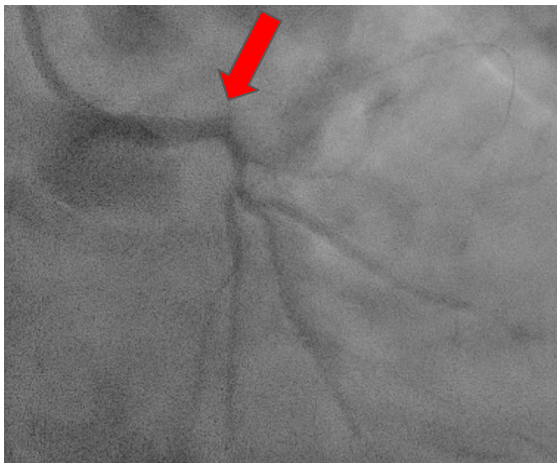


Se realiza knuckle anterogrado con guía Gladius y CART Reverse, consiguiendo paso de Gaia III a CD media en luz verdadera (confirmado con IVUS)



Dolor torácico e hipotensión → A pesar de ACT>400, se produce trombosis a nivel del TCI

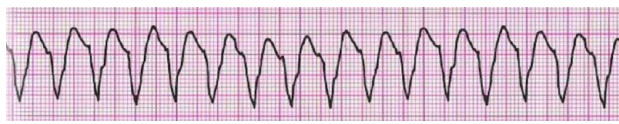
A través de la guía RG3 se realiza rápidamente dilatación con balón e implante de stent TCI/DA recuperando flujo en DA



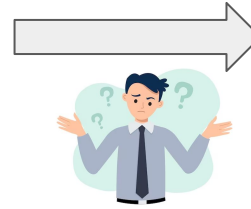
Recuperando posteriormente flujo en circunfleja tras recruce de guía



En este contexto sufre parada cardiaca refractaria en ritmo FV que necesita de maniobras avanzadas de RCP e implante de ECMO estabilizando el paciente.



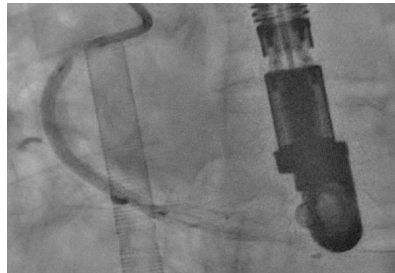
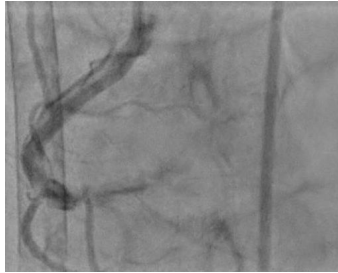
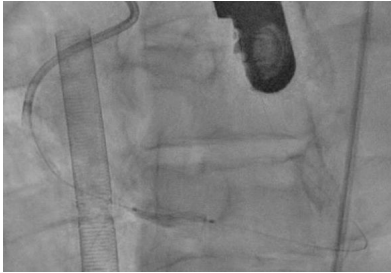
Tras retirada del micro retrógrado para realización de ICP a TCI se produce atrapamiento de guía RG3
¿¿A qué nivel se encuentra bloqueada la guía RG3??



Loop vs oclusión crónica calcificada y larga

Ante imposibilidad de avance de micro retrógrado (solo micros coaxiales en nuestro laboratorio) se decide continuar con ICP a coronaria derecha para intento de liberación de RG3

ICP nuevamente con ELCA y posterior balones SC y NC e implante de tres stents solapados farmacoactivos

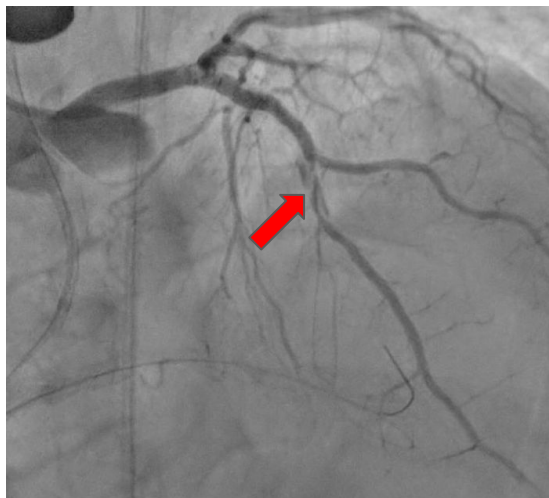
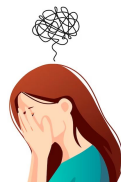


CSC 2024

CORONARY AND STRUCTURAL COURSE
CURSO CORONARIO Y ESTRUCTURAL

Tras ICP a CD, la guía RG3 continúa bloqueada.

Con mucha dificultad y corte manual de microcatéter de 135cm para disminuir longitud, se consigue paso de microcatéter retrógrado y tras atravesar la conexión septal, se produce liberación de la RG3



Debido a tensión ejercida para liberar la guía RG3 bloqueada, se observa disección en DA media

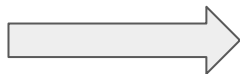
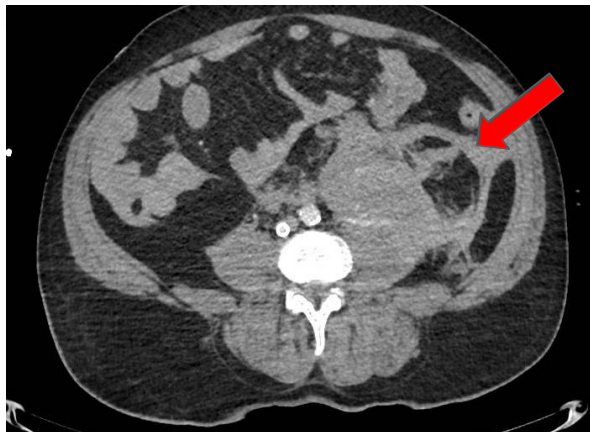
**PRECAUCION
ALTA TENSION**



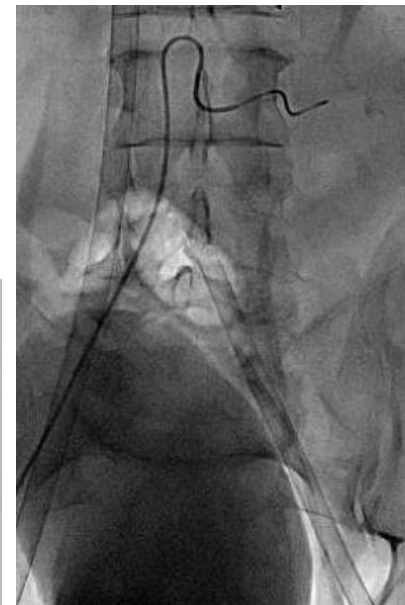
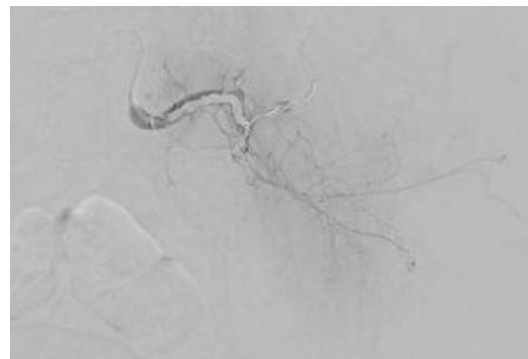
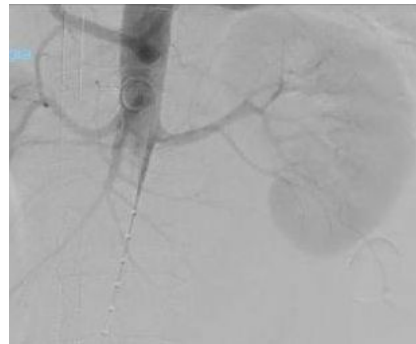
Se implanta a ese nivel stent farmacoactivo con buen resultado angiográfico final



Sangrado a nivel de ambas cánulas + líquido libre abdominal aumento del láctico y anemización progresiva
→ TAC



Radiología
intervencionista



Gran hematoma retroperitoneal izquierdo con varios focos sugerentes de sangrado activo

Cateterización selectiva y embolización con coils de rama lumbar L3-L4



CSC 2024

CORONARY AND STRUCTURAL COURSE
CURSO CORONARIO Y ESTRUCTURAL

Evolución

- Retirada soporte con ECMO-VA en 48 horas.
- Principal problema **hipoxemia severa** secundaria a componente de atelectasia bilateral
- Incertidumbre de la situación neurológica (datos clínicos y analíticos de mal pronóstico, tras situación de PCR durante 38 minutos)
- Tras estudio de potenciales evocados somatosensoriales con ausencia de respuesta bihemisférica cortical se decide en sesión médica retirada de medidas invasivas.



CSC 2024

CORONARY AND STRUCTURAL COURSE
CURSO CORONARIO Y ESTRUCTURAL

Discusión



- El tratamiento intervencionista de las oclusiones totales crónicas ha sido uno de los procedimientos más complejos para el cardiólogo intervencionista.
- Aunque las técnicas de intervención han progresado mucho y se han introducido equipos especializados, la intervención coronaria percutánea en la oclusión coronaria total crónica continúa siendo técnicamente difícil y se realiza a una minoría de los pacientes con este hallazgo angiográfico.
- Es probable que ello se deba en parte a la complejidad percibida de la intervención y la tasa de complicaciones no despreciable.
- Presentamos el caso de una intervención coronaria percutánea sobre una oclusión crónica total de CD complicada con trombosis aguda del TCI y secundaria situación en PCR con necesidad de soporte con ECMO-VA y complicación hemorrágica inmediata con hemoperitoneo y hematoma retroperitoneal por sangrado de ramas lumbares que requiere embolización.
- En cuanto a la anticoagulación en estos casos, se recomienda mediante HNF siendo controlada a través de ACT cada 30 minutos (250 segundos en abordaje anterógrado y 350 segundos si abordaje retrógrado).
- Debido a la complejidad técnica que abarca junto con tasa de éxito relativamente baja, la elección del paciente para un abordaje percutáneo de intervención coronaria sobre una oclusión crónica es primordial y debe ser personalizada.



Muchas gracias

CSC 2024
CORONARY AND STRUCTURAL COURSE
CURSO CORONARIO Y ESTRUCTURAL
MADRID