

Revisión Casos 2023

*Soledad Ojeda
H.U. Reina Sofía
(Córdoba)*

21 Casos

Coronarios (n= 14)

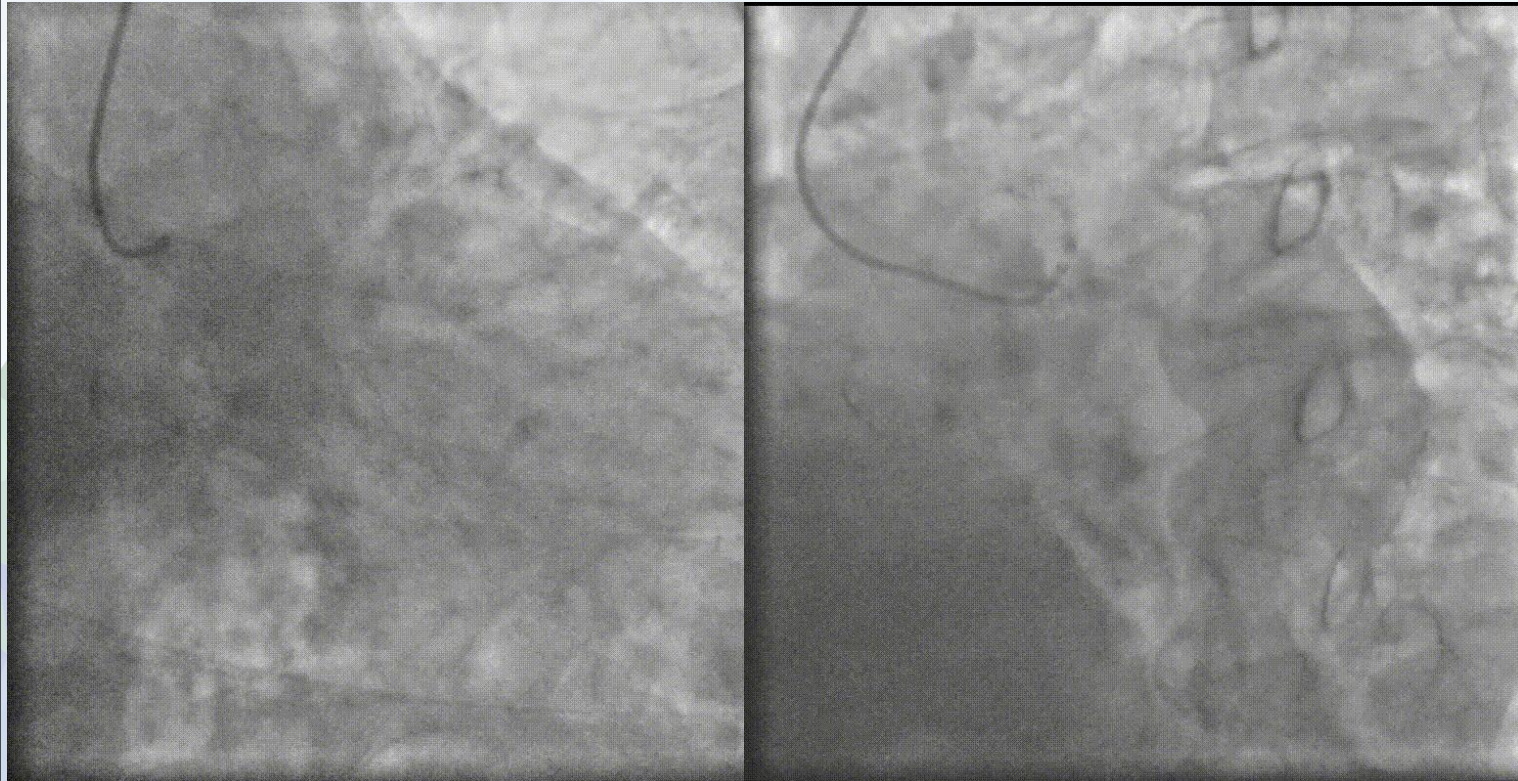
- TCI-Bifurcaciones (n= 6)
- Largas- Calcificadas (n=5)
- Otras (n=3)

TAVIs (n=7)

- Autoexpandibles (n=4)
- Balón-expandibles (n=3)

TCI *Bifurcaciones*

- Varón de 78 años, HTA y dislipemia
 - 2014: Stent farmacoactivo 3x18mm en DA
 - Enfermedad actual: Angina y disnea de esfuerzo
- Angina progresiva en el último mes



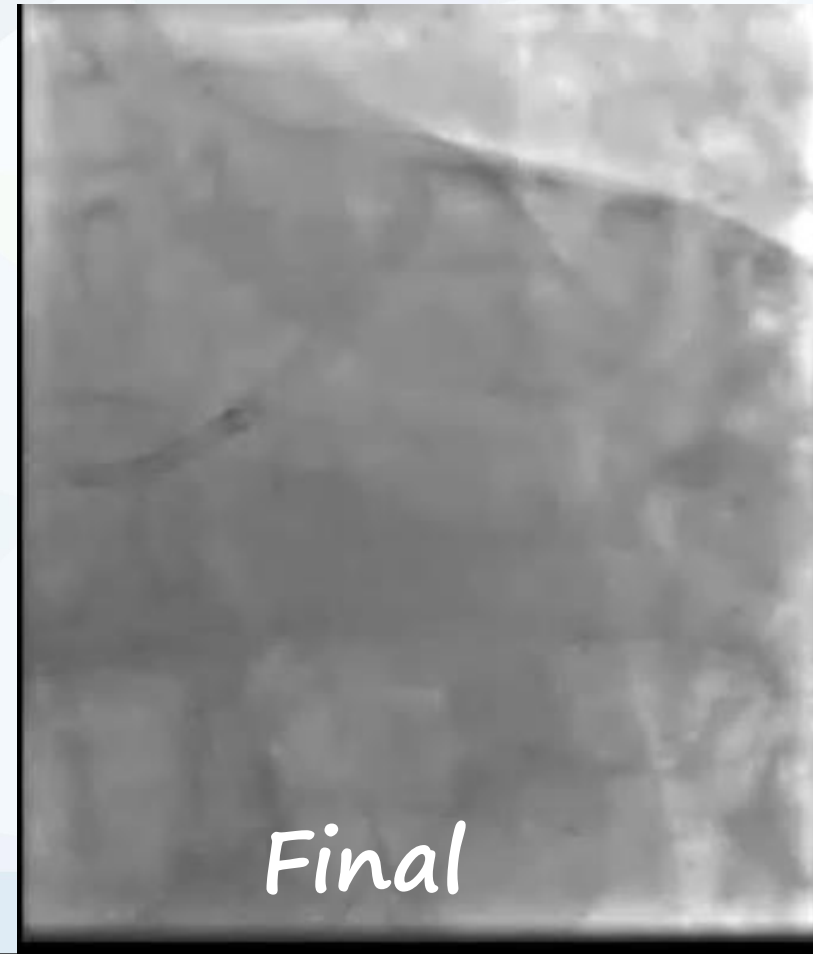
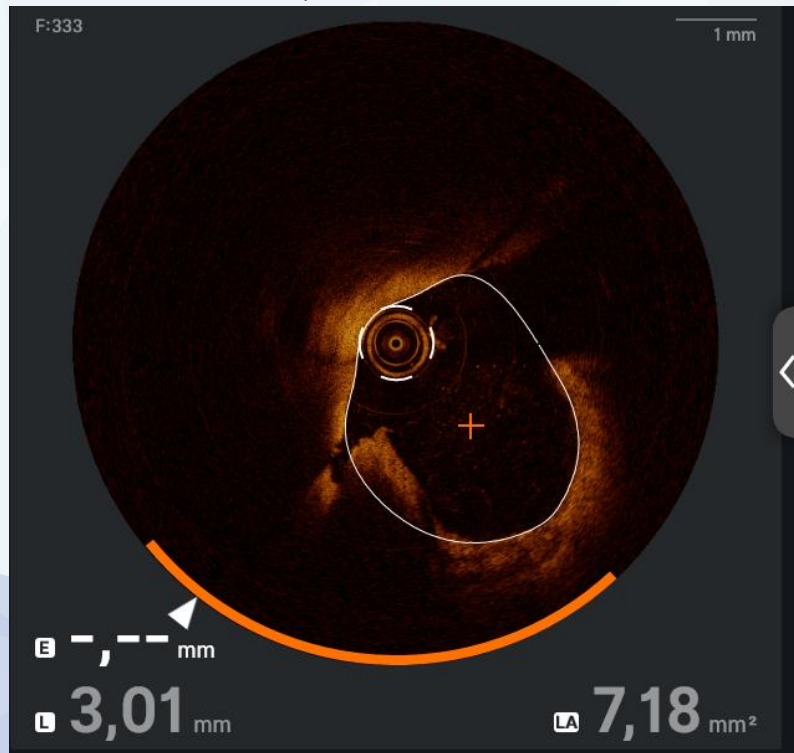
Dilatación con kissing balloon

OCT que muestra nódulo de calcio en Cx

Shockwave 3.0 x 12 mm (80 pulsos).

TAP con stent 3.0 x 18 mm en Cx, balón 3.5 x 10 mm en DA

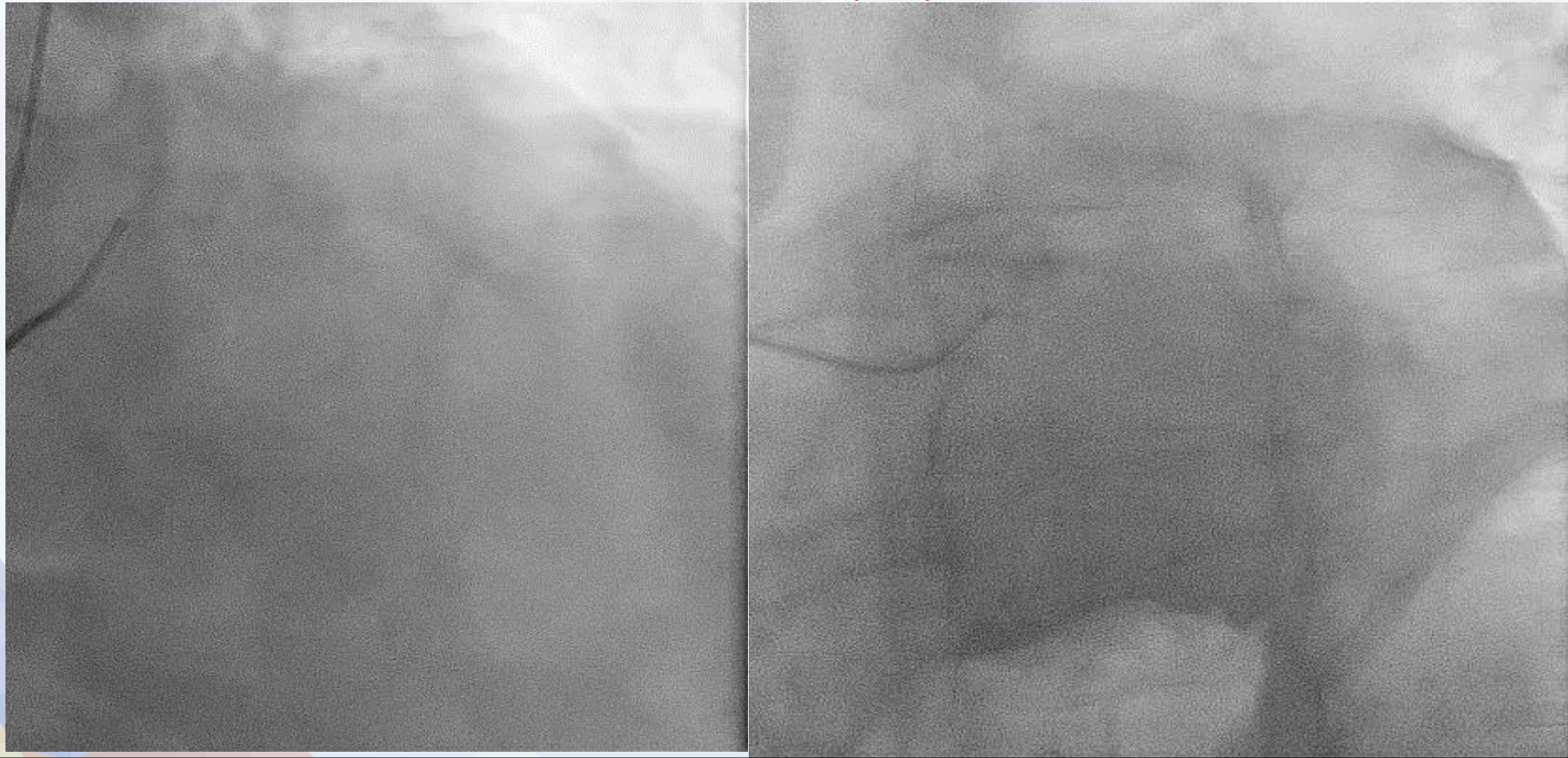
Cx ostial

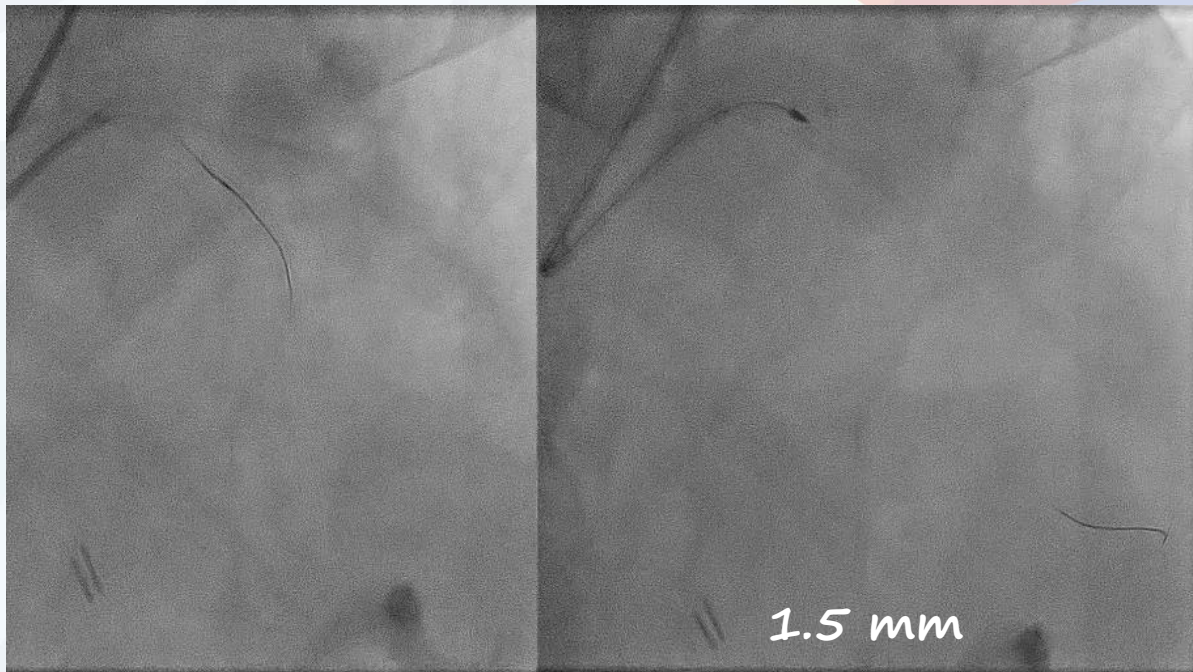


- Varón, 79 años, poliglobulia. FRCV:NC
- SCASEST alto riesgo: Stent en CD proximal

TCI 0,1,0

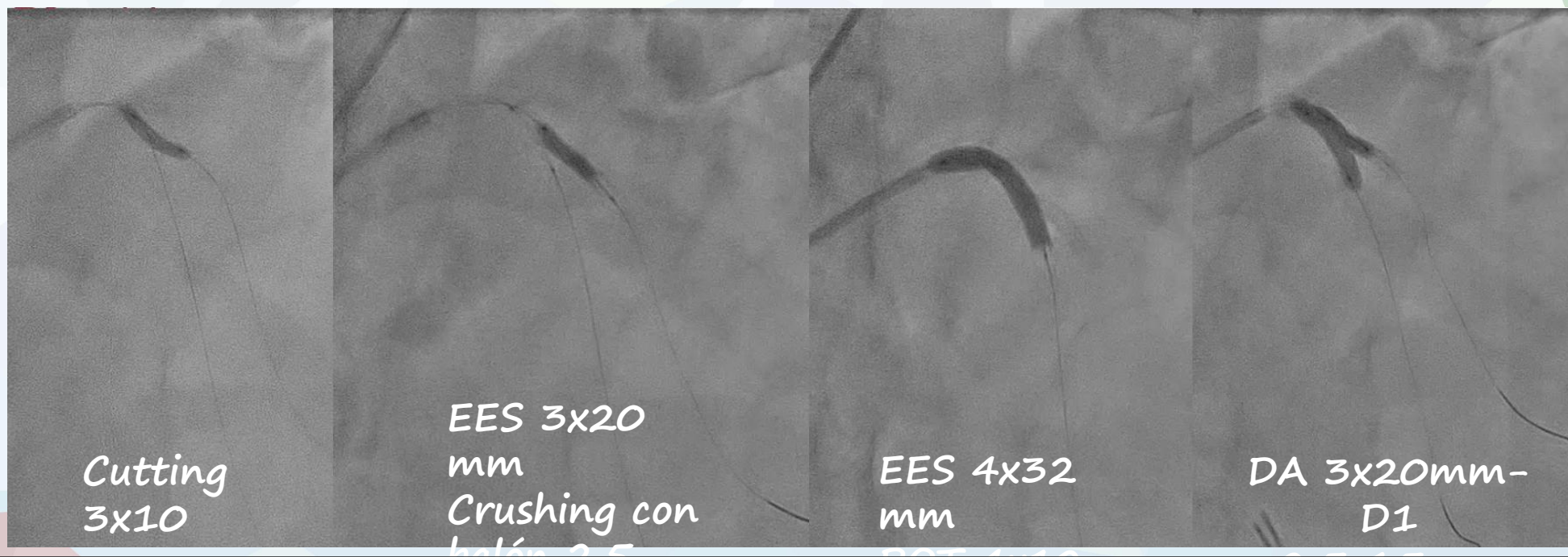
DA-D1: 0,0,1





Minicrush DA-D1

Stent across TCI-DA



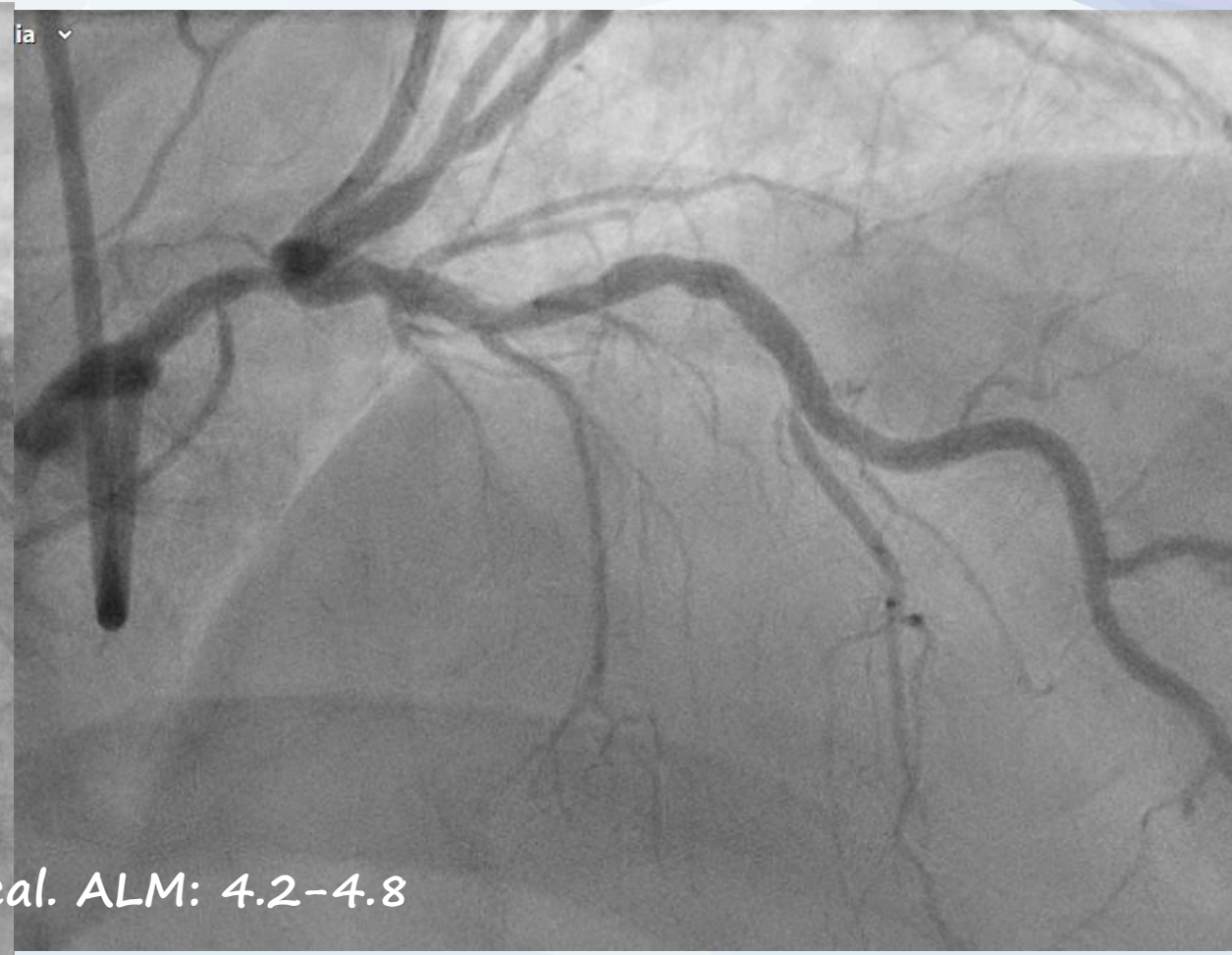
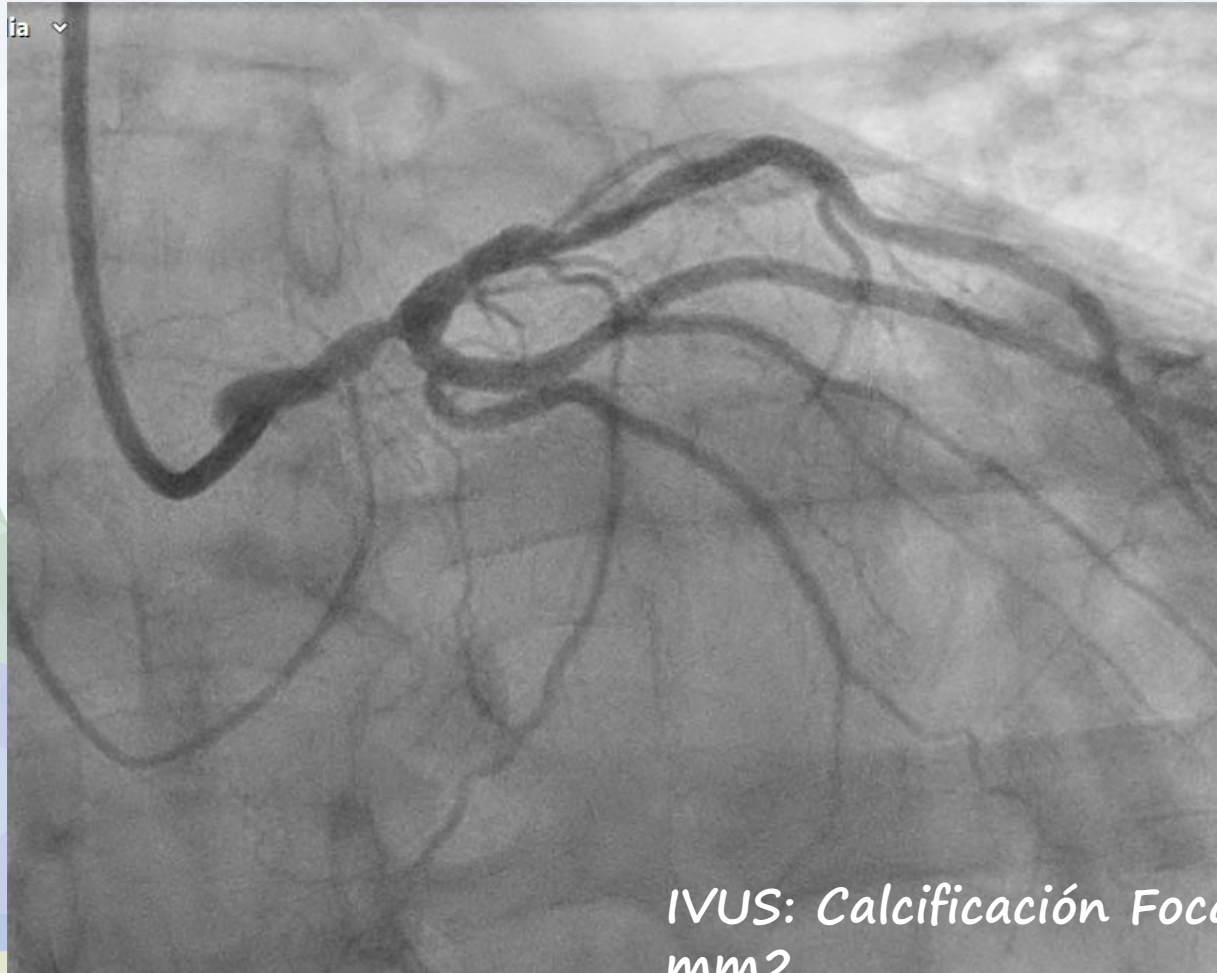
Resultado Final



Evolución: Sin incidencias

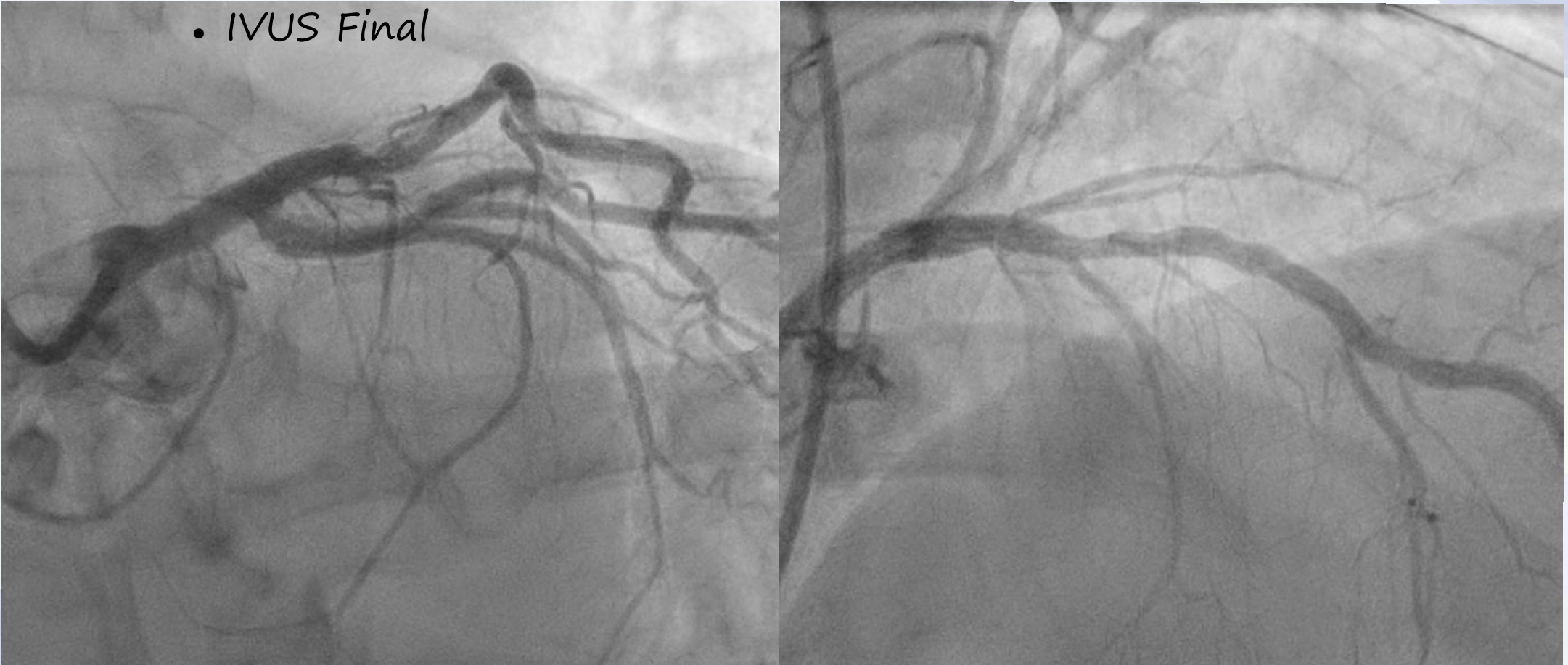
TCI 1,0,0

- Varón 63 años
Fumador 20 c/ día, HTA, sobrepeso
Ingreso por IAM inferior: Stent CD



IVUS: Calcificación Focal. ALM: 4.2-4.8
mm²

- Predilatación del TCI y DA proximal con cutting balón 3.5/10 y balón NC 4.0/12 mm.
- Onyx 4.0/26 mm TCI-DA. Kissing-balón con balón 3.0/15 y 2.5/12 mm.
- POT con balón 4.5/12 mm
- IVUS Final



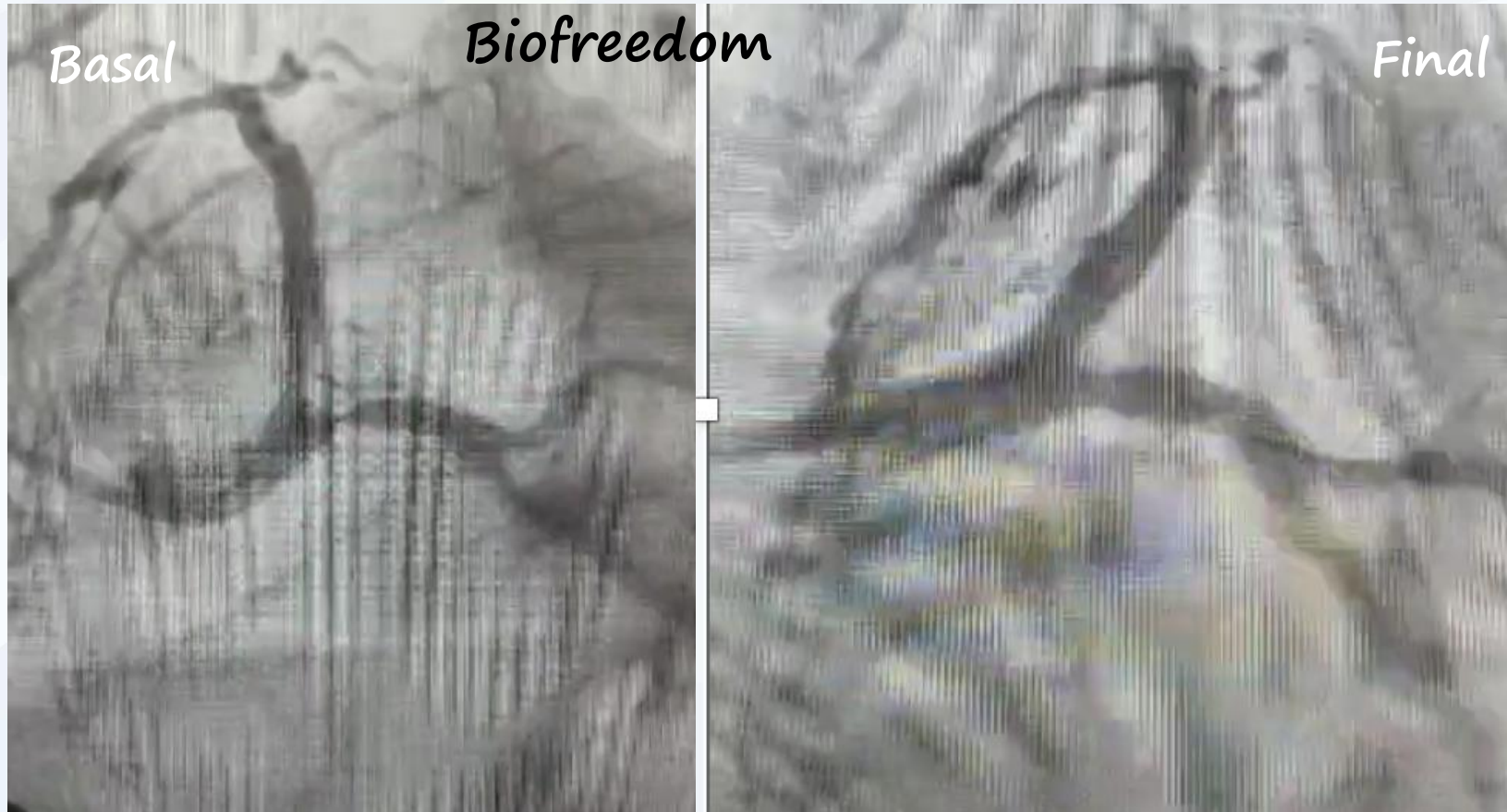
Seguimiento: Sin incidencias

TCI 0,1,1

Mujer 78 años, Anemia, SCASEST

ICP guiado por IVUS

- Rotatripsy DA y Cx
- DK-Crush con Biofreedom



Seguimiento: Sin incidencias

DA-D₁: Medina 1-

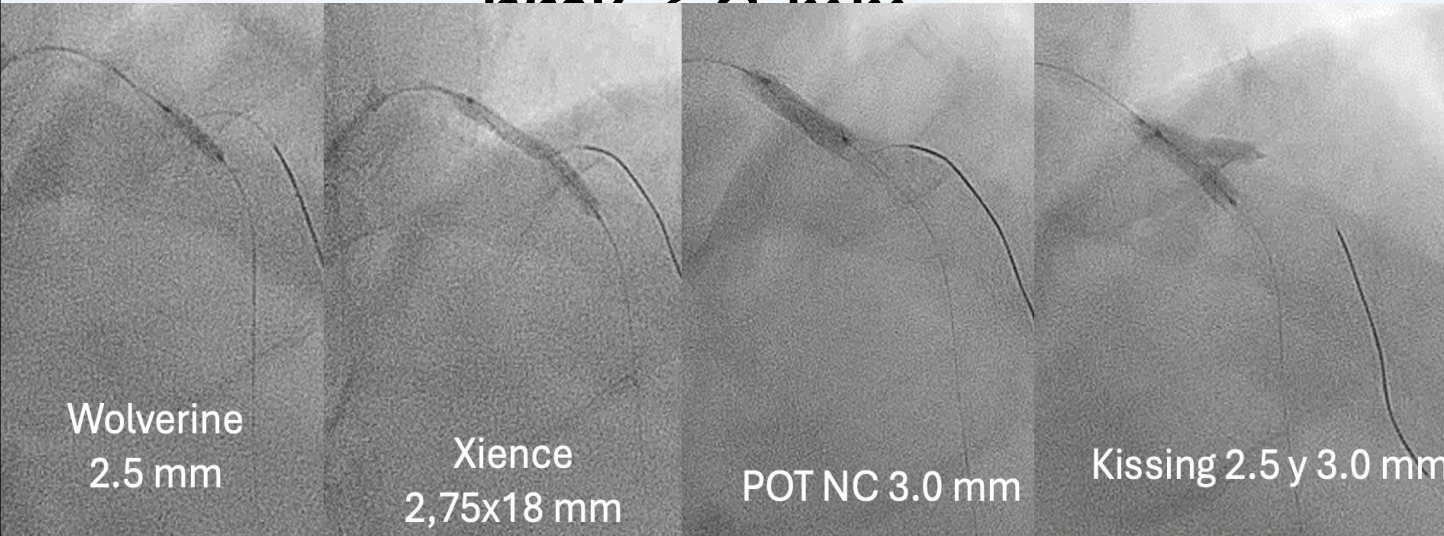
- Varón de ~~77~~ **1-1** años
- IAMCEST inferior
(5/11/23):



Resultado Final

Guiado por OCT: calcificación moderada, landing distal 2.75mm,

max 3.0 mm



Seguimiento: Sin incidencias

Lesión en bifurcación DA- D1

Varón, 78 años

Antecedentes:

- IRC Estadio II
- Cáncer de Colon en 2015, en seguimiento y sin recidiva
- Cáncer de próstata con Prostatectomía radical
- FA paroxística bajo ACO con Edoxaban

Angina de esfuerzo CCS II de 6 meses de evolución

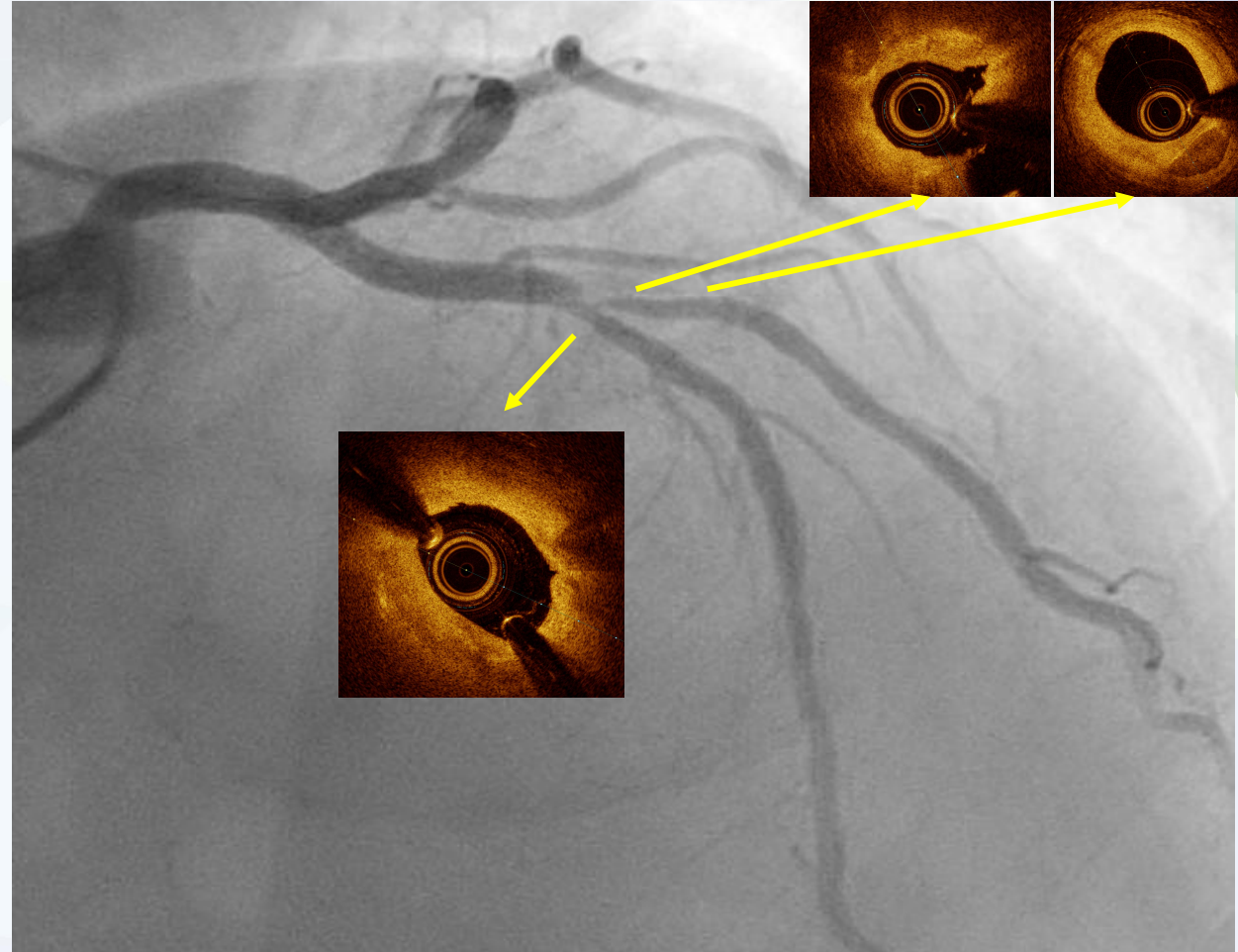
ESCALAS DE RIESGO:

-CHA₂ DS₂- VASc : 4 puntos.

-HAS -BLED 4 puntos Alto Riesgo de Sangrado.

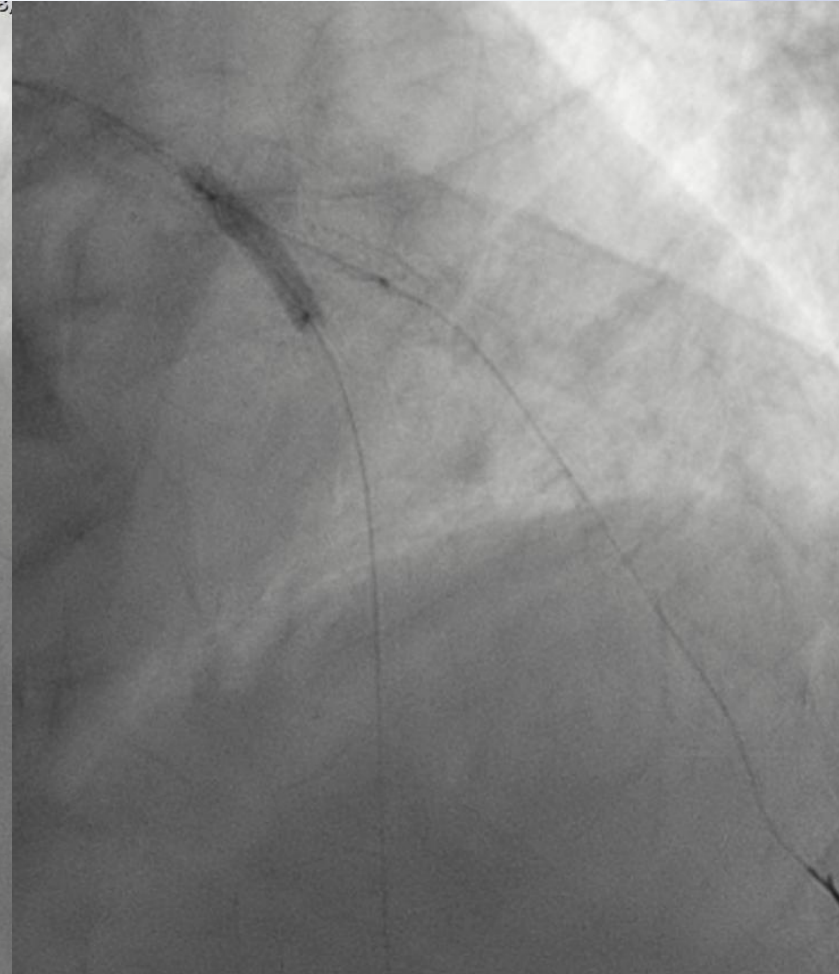
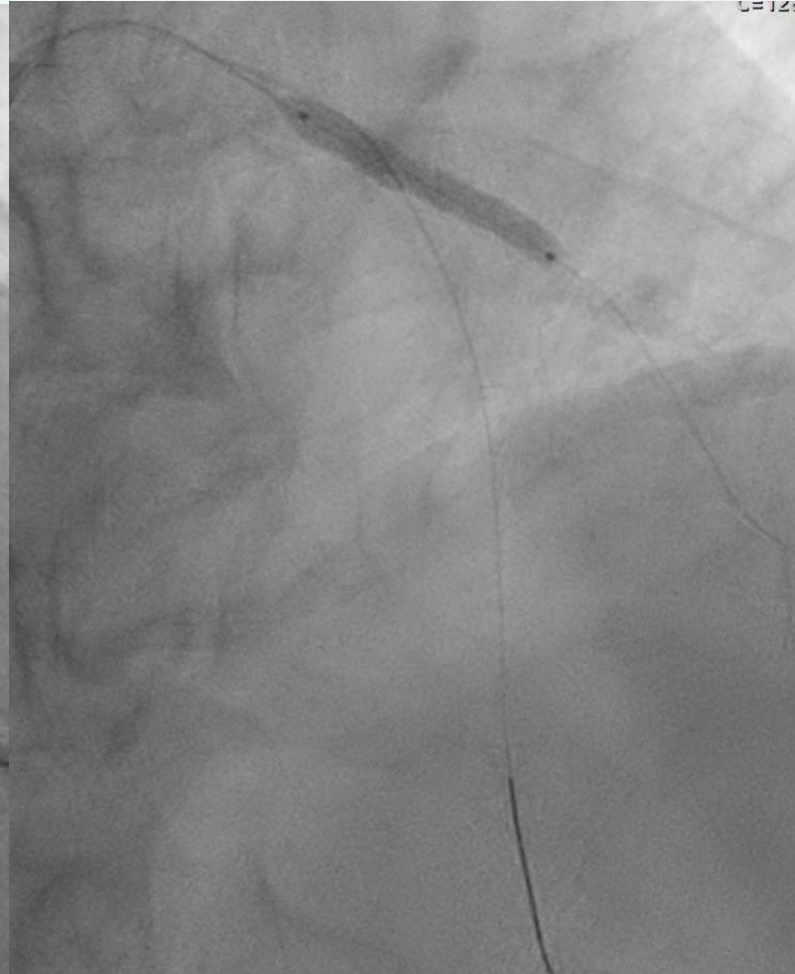
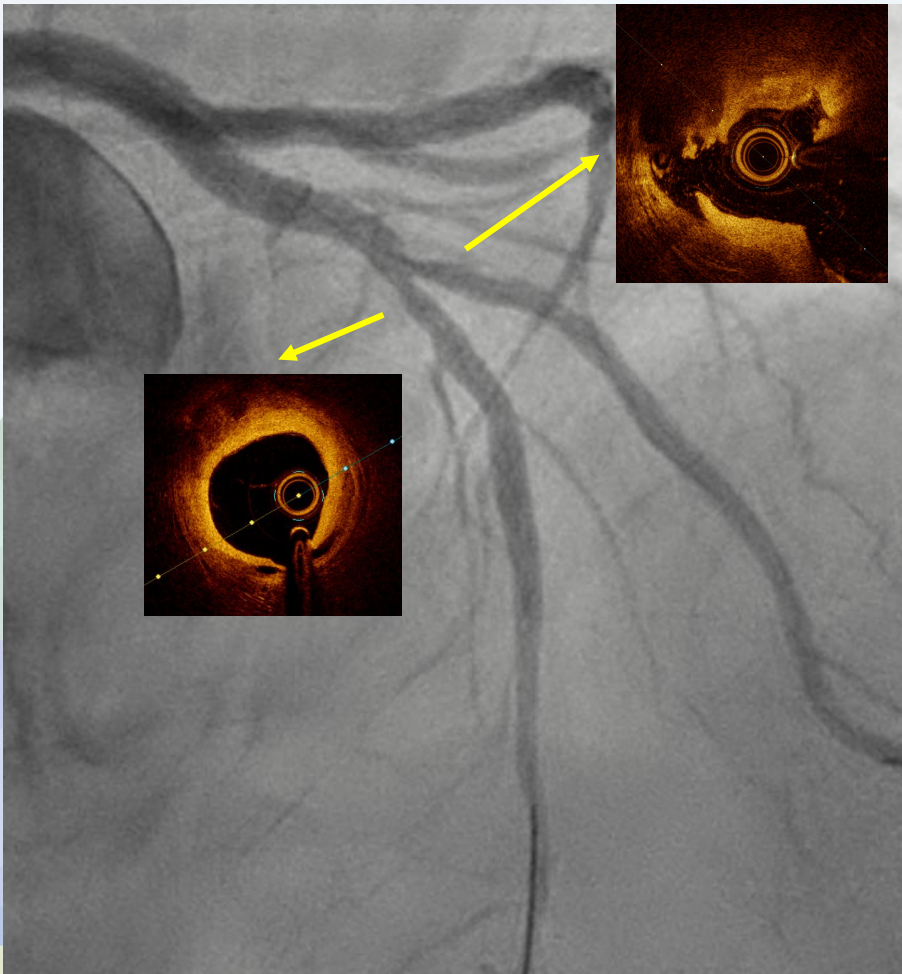
ALTO RIESGO ISQUEMICO Y DE SANGRADO

Medina 1,1,1

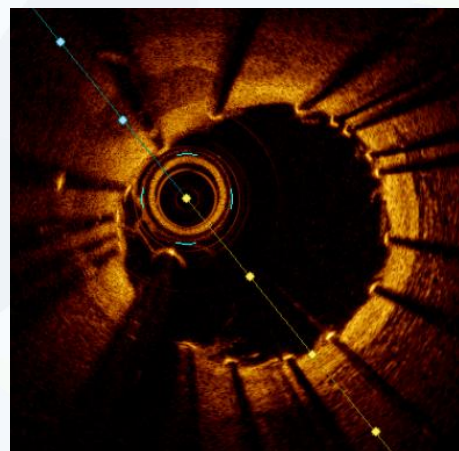
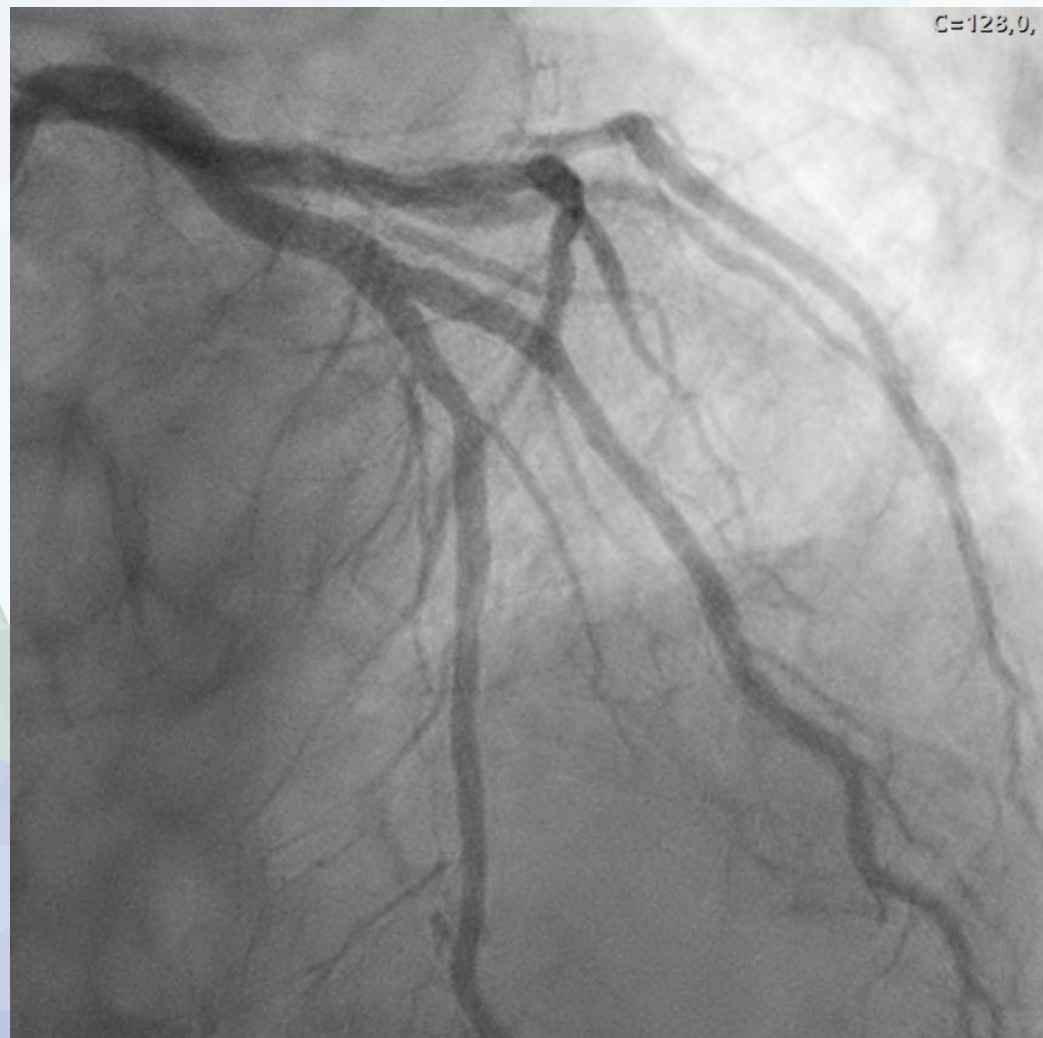


*Diagonal: Predilatación balón SC
y scoring balloon
Estenosis residual de >50% y
disección tipo B.*

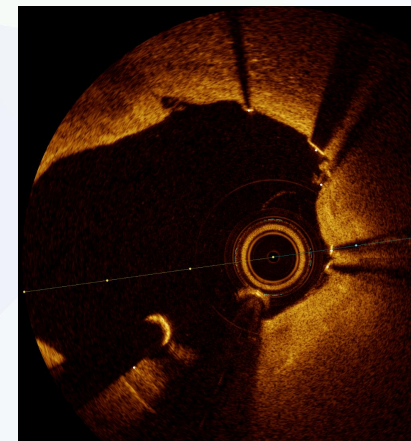
*Bail out con stent Angiolite 3/24mm DA proximal a
DG1 y DCB Paclitaxel Essential pro 2.5/15mm en 1
inflado de 30 seg a DA media*



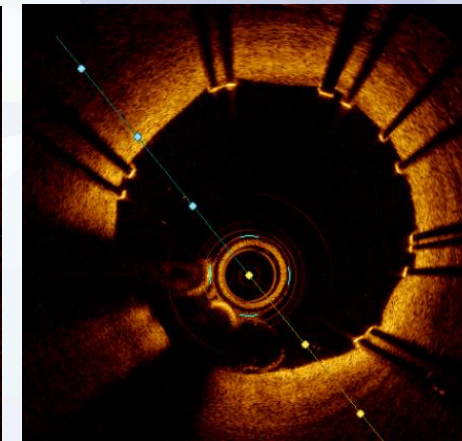
Resultado Final



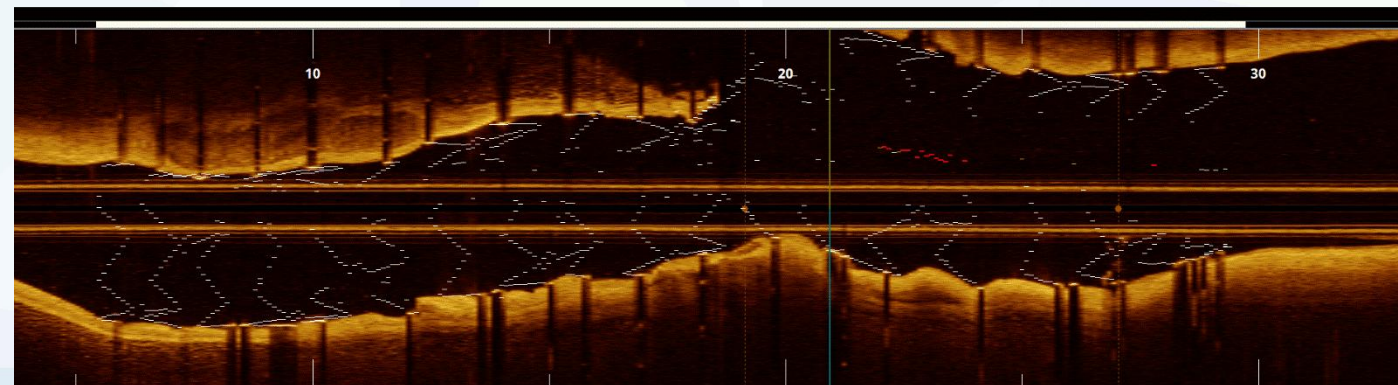
Diagona
↓



Apertura
a DA
media
↓



DA
proximal
↓



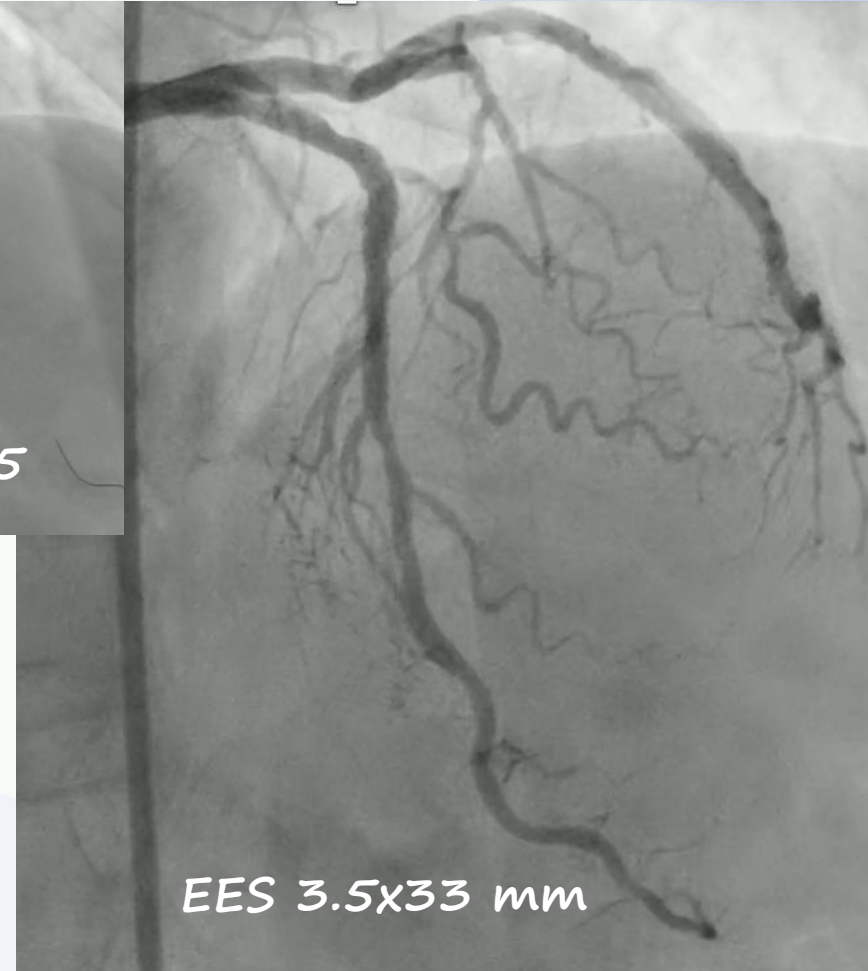
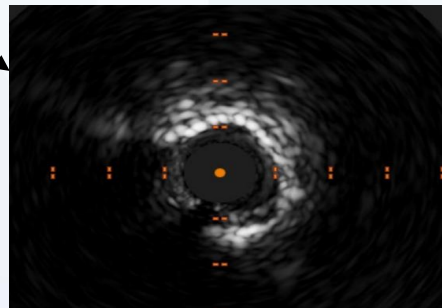
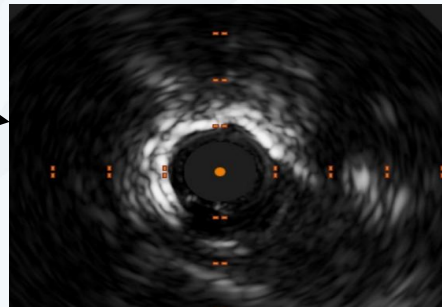
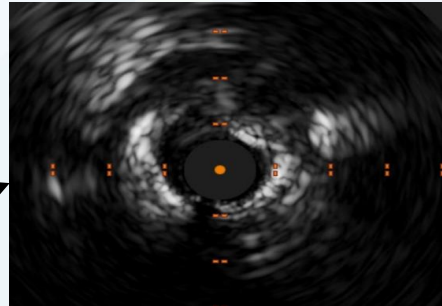
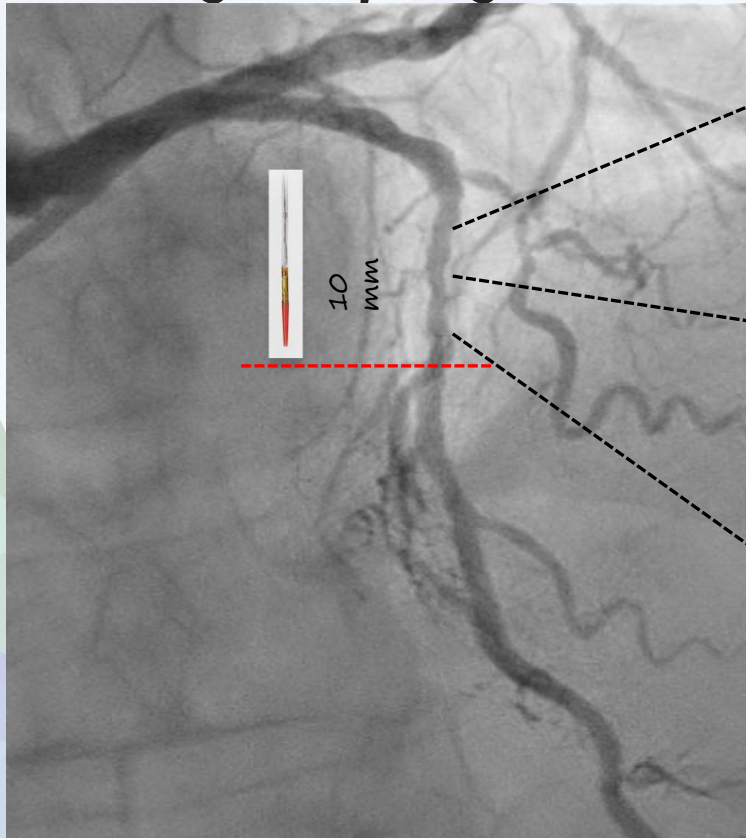
EVOLUCIÓN CLÍNICA

- Alta el día siguiente con Adiro y Clopidogrel + OAC (Edoxaban) durante 1 mes
- Posteriormente Clopidogrel + Edoxaban hasta completar 6 meses
- 7 meses post-ICP: El paciente es atendido en su domicilio por síntomas neurológicos abruptos compatibles con probable hemorragia cerebral
- Éxitus

Lesiones Largas Calcificadas

Lesión Calcificada DA

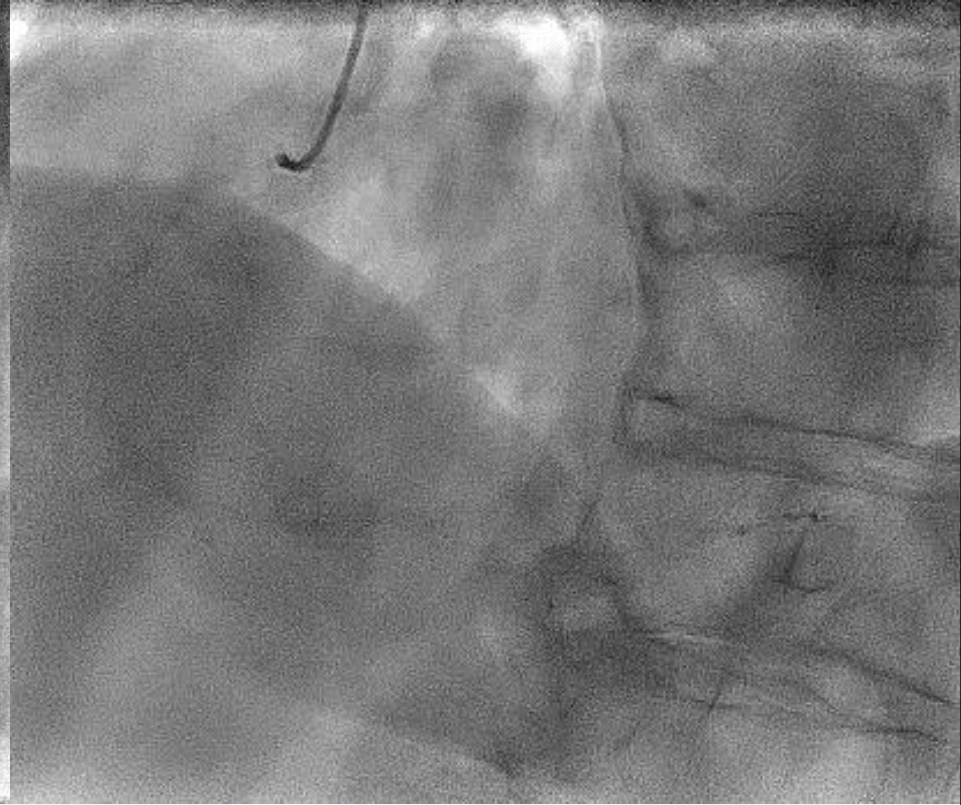
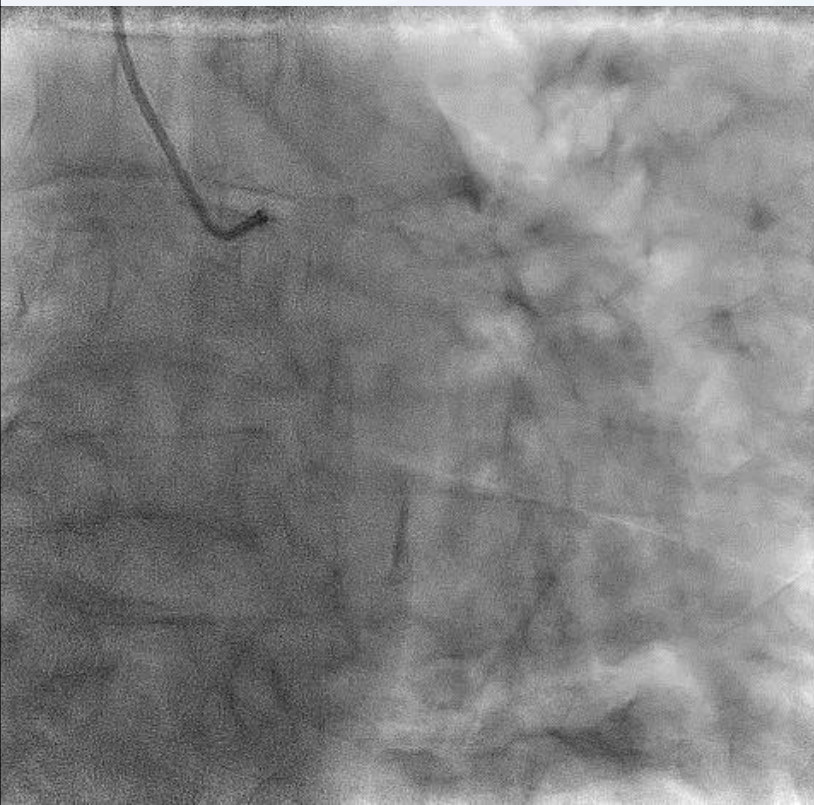
- Mujer 70 años, HTA, Dislipemia
- Angina progresiva



Seguimiento: Sin incidencias

Multivaso. Lesión larga y calcificada en DA

- Mujer 86 años
- HTA, DM tipo II, dislipemia
- IAMSEST

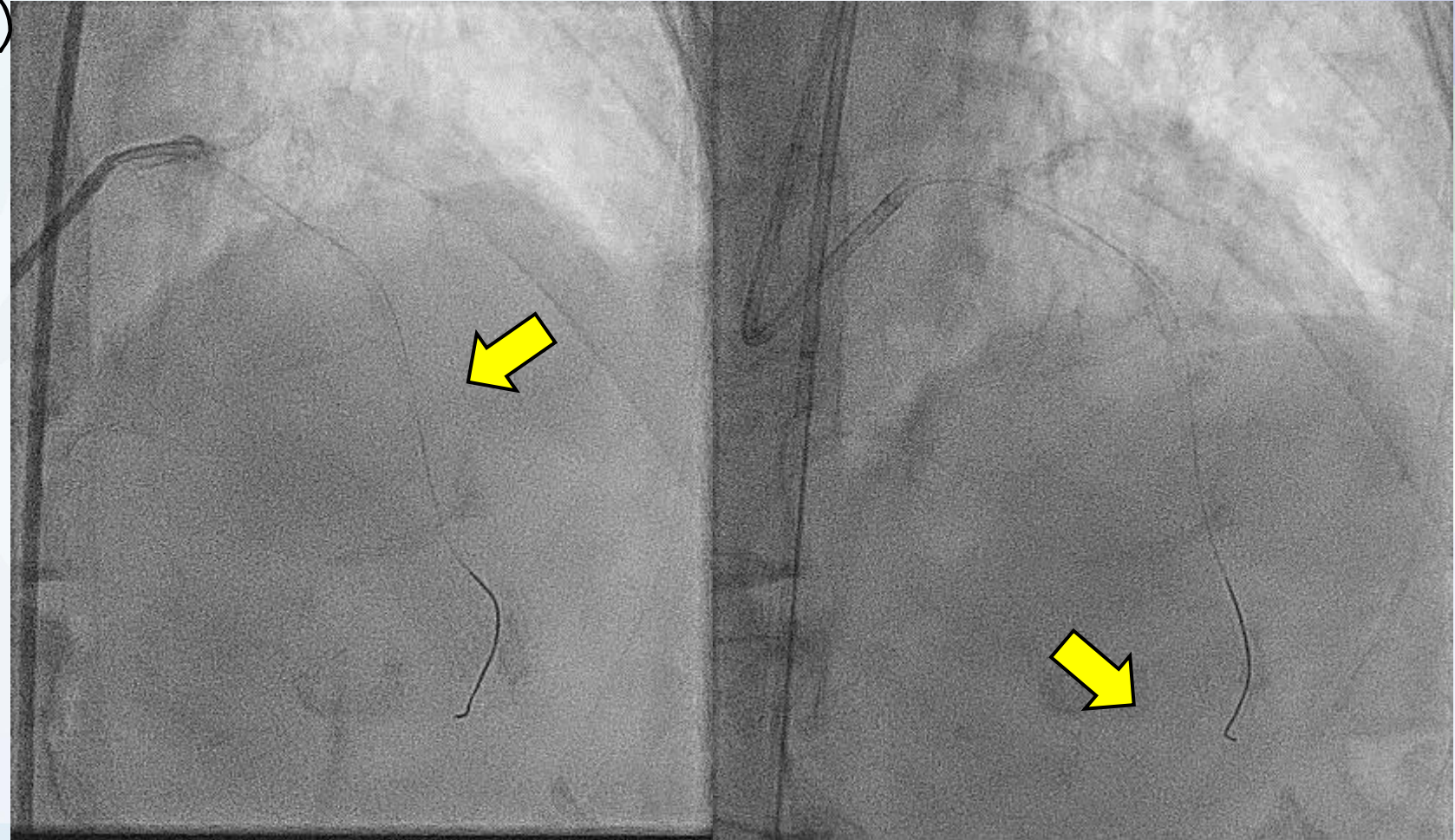


Plan:

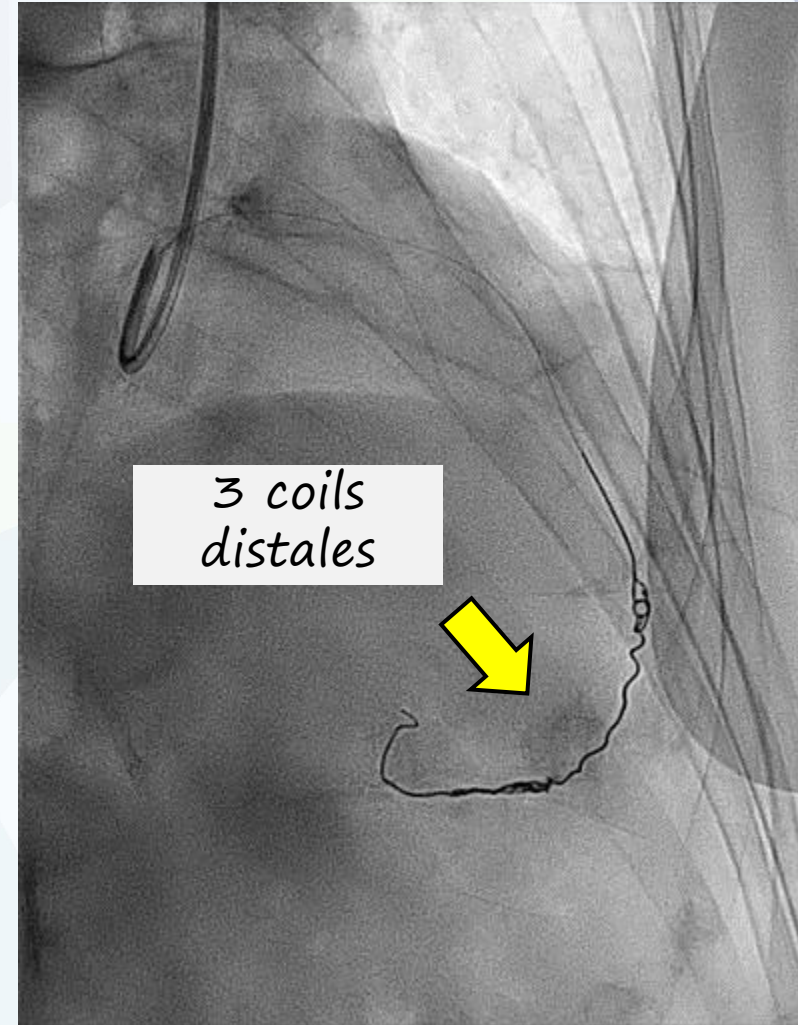
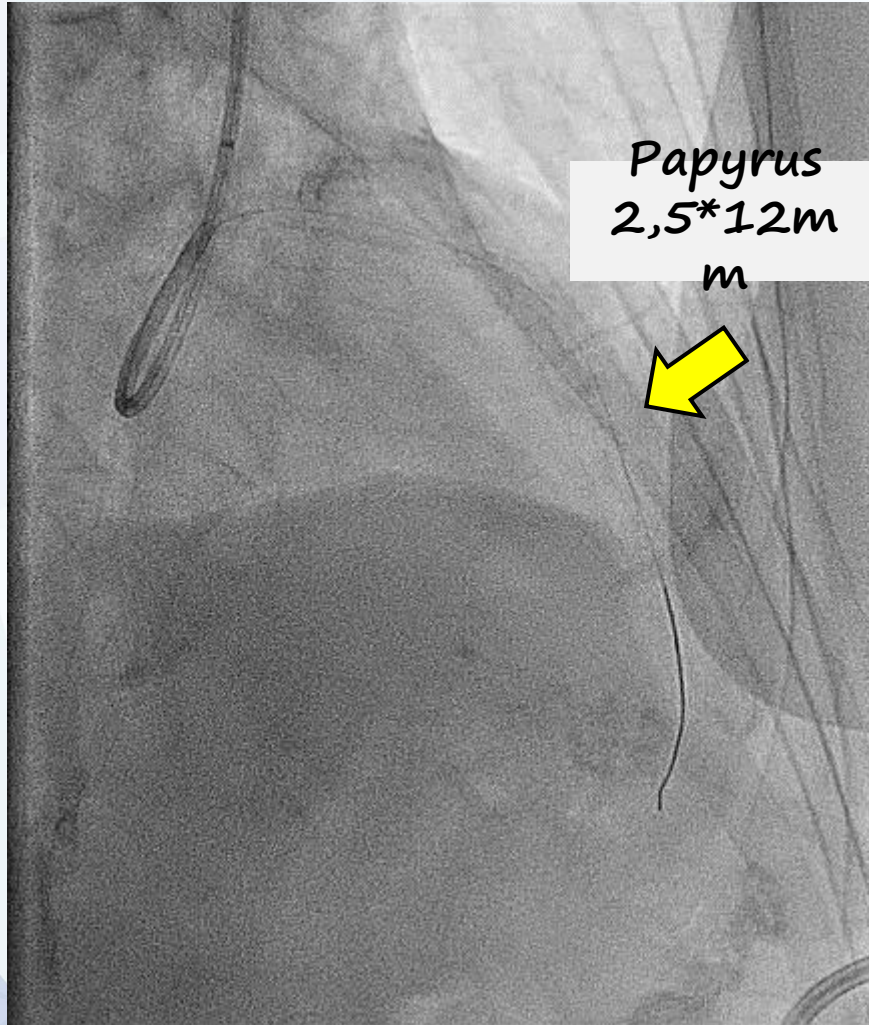
ICP guiada por IVUS y fisiología (QFR e iFR co-registro)

Valoración funcional del resultado (iFR co-registro)

Doble perforación coronaria iatrogénica tras paso de guía de angioplastia

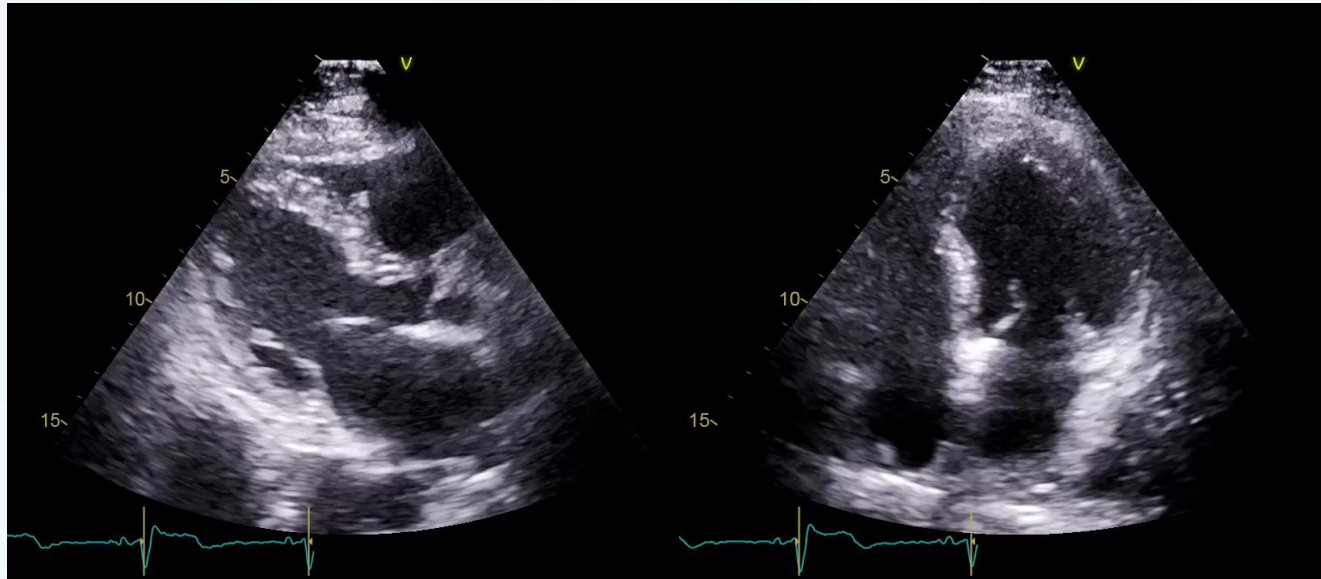


Resolución de la Complicación



Derrame pericárdico severo con taponamiento precisando pericardiocentesis y noradrenalina

Evolución hospitalaria



*FEVI normal al alta tras
10 días de ingreso. No
derrame pericárdico*

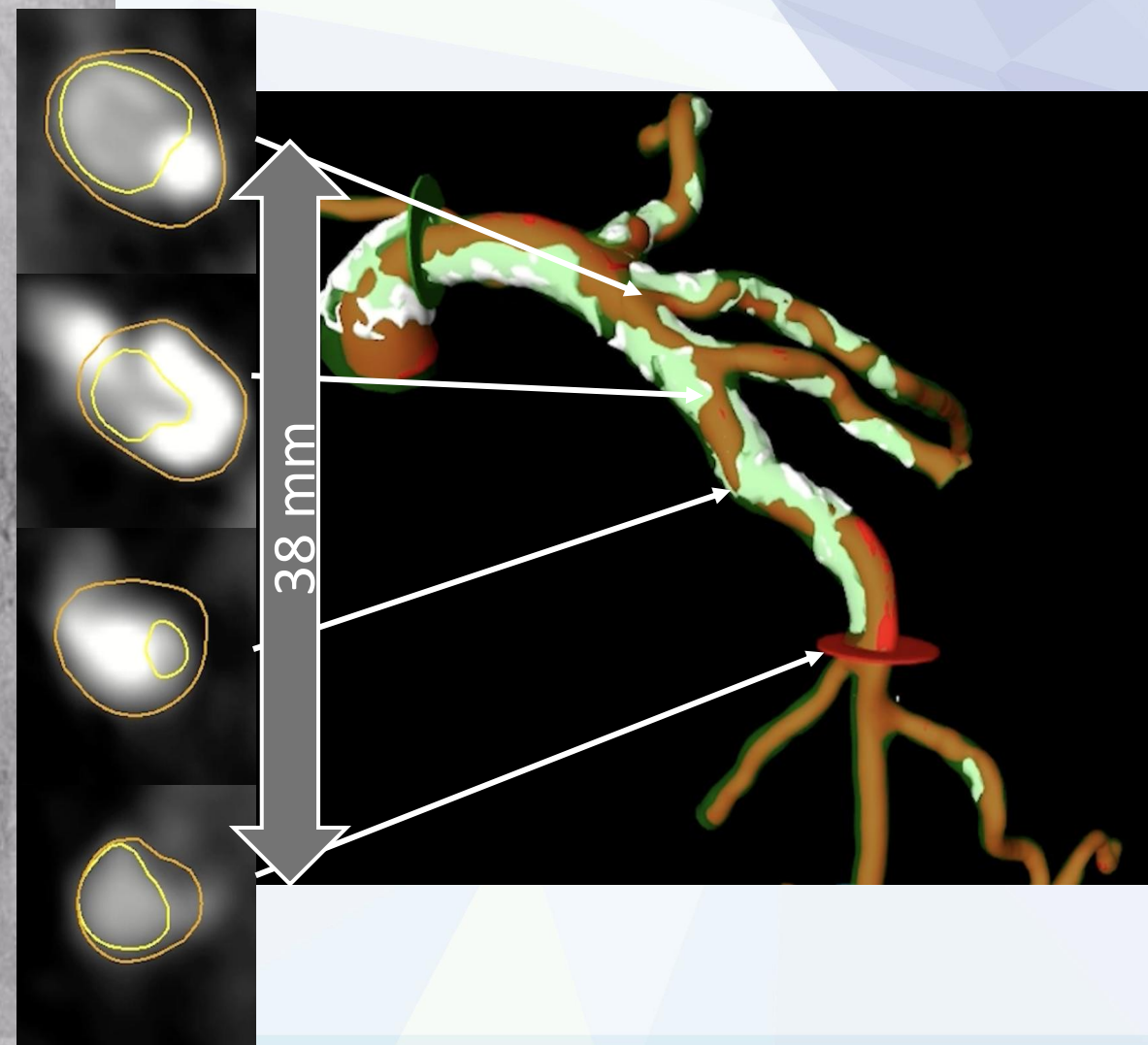
Evolución al año del episodio índice

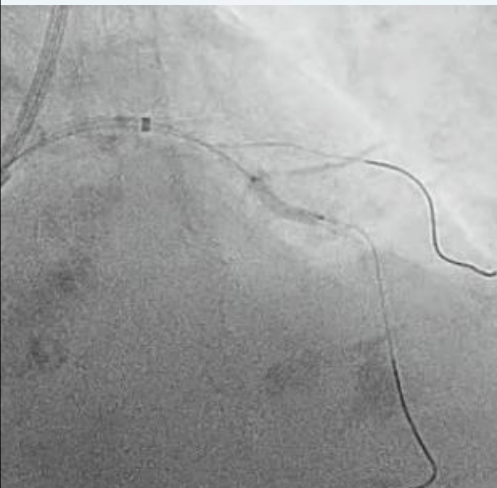
15/10/2024 Revisión en consulta:

87 años. Vida activa, camina a diario. CCS 2. Episodios aislados de dolor torácico que controla con NTG s.l.

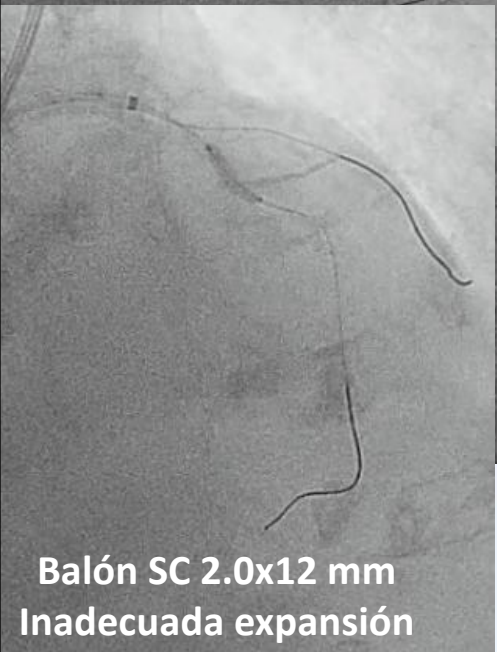
Mujer 77 años, HTA y dislipemia

Ingreso actual por IAMSEST





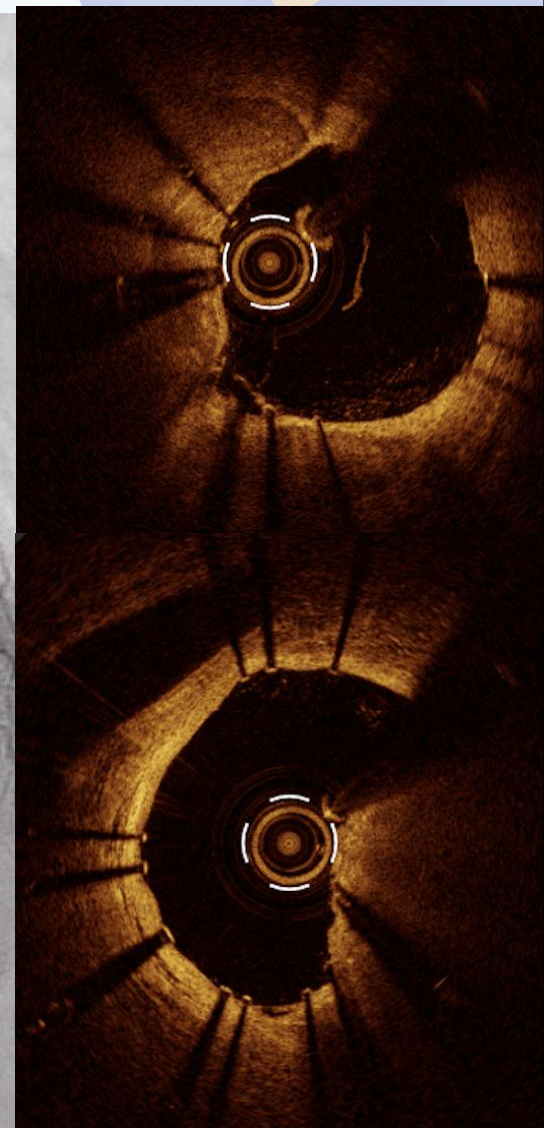
Balón de Shockwave C2+
3.0x12 mm con adecuada
expansión a nivel del nódulo
de calcio, 40 pulsos en total.



Balón SC 2.0x12 mm
Inadecuada expansión



DES 3x40
mm



Seguimiento

- *CTO de la CD recanalizada en Abril 2024 (curso AHO)*



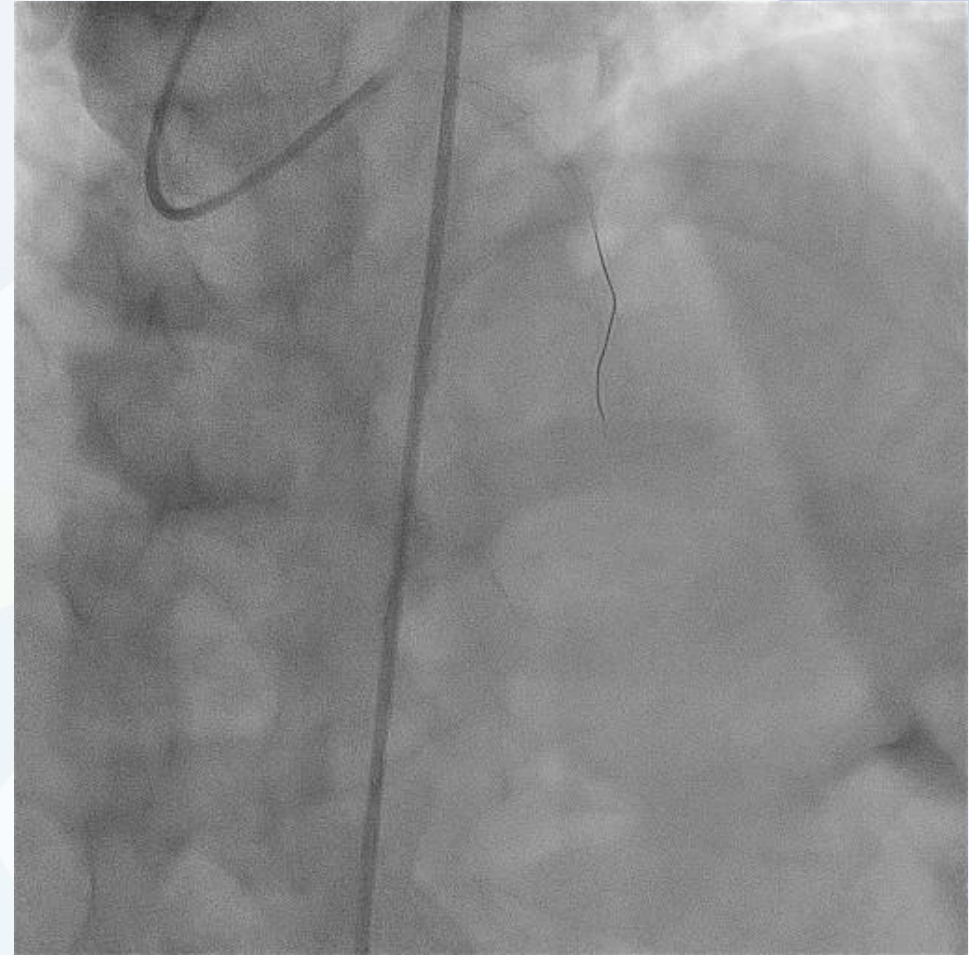
- *Sin incidencias / reingresos*

Multivaso. Lesión larga y calcificada

en **DA** Varón, 66 años

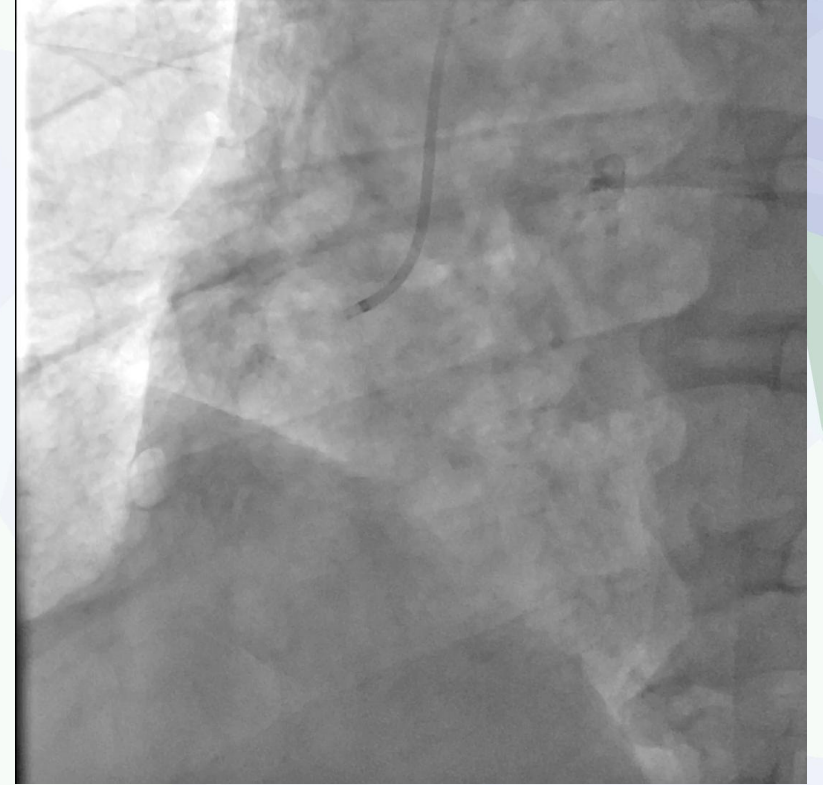
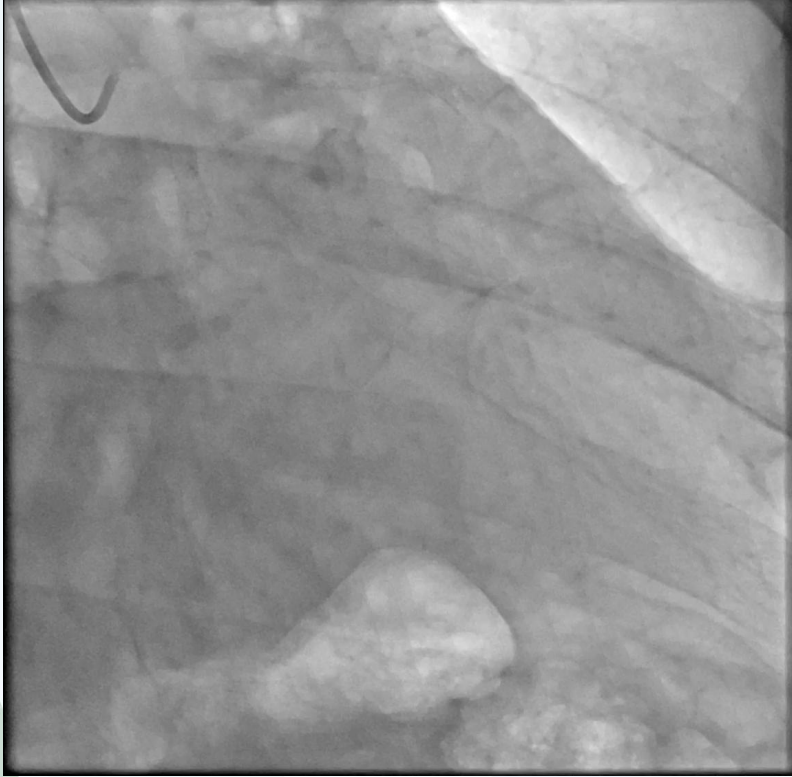
- HTA y exfumador
- Ingreso por IAM posterior
- Lesión culpable (Cx) tratada en el procedimiento





- Enfermedad muy calcificada que requiere dilataciones con balón NC y Litotricia
- Implante de stents Orsiro 3.5/22 y 3.5/30 en DA
- Se decide no tratar el TCI por no ser significativo en IVUS

Angina con ergometría de alto riesgo a los 3 meses del procedimiento



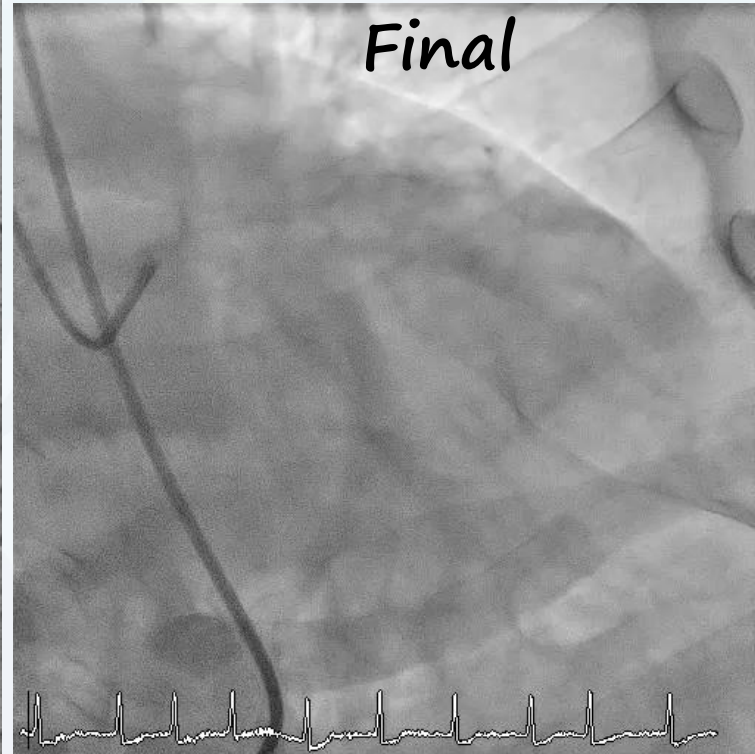
- By-pass a 2 marginales, DA distal, IVP y PL
- Postoperatorio complicado, con disfunción ventricular que posteriormente recupera
- En seguimiento en consulta, asintomático para angina

Lesión Calcificada y Tortuosa

- Varón de 74 años. IRC en hemodiálisis. Pendiente de Tx Renal
- Coronariografía: Opciones de revascularización para inclusión en lista de espera de trasplante renal

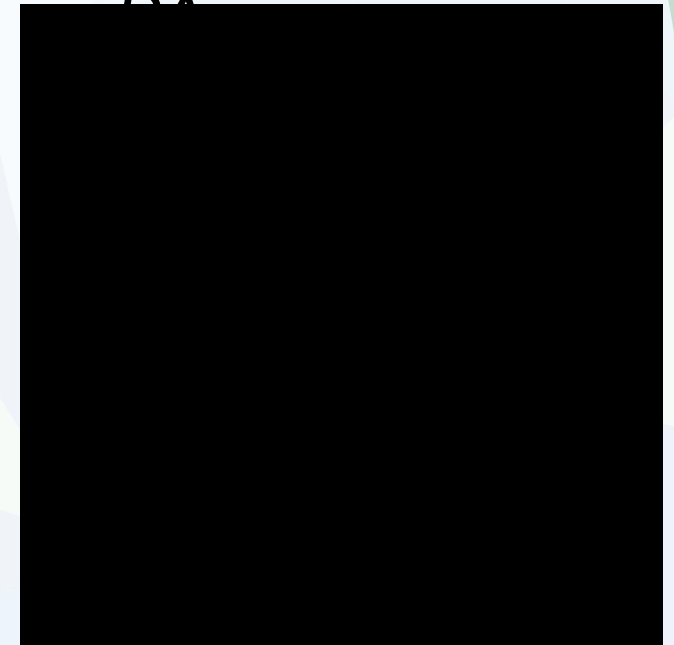
Basal

Final



Seguimiento

- 12/23: Intento CTO



Predilatación con 2.5 mm e IVL 3 mm

2 stents Onyx 2.5x18+3.5x28

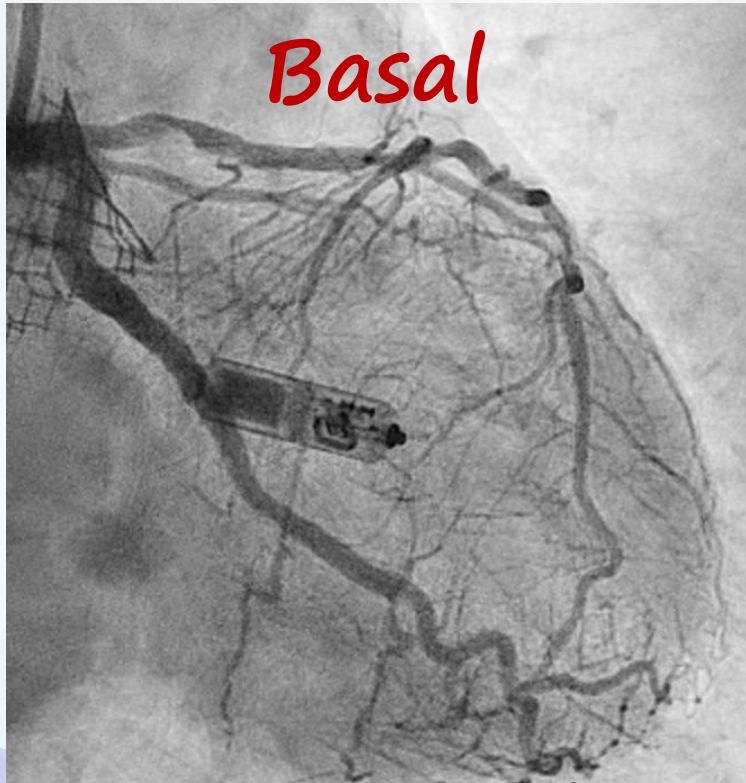
- Gf II
- No trasplante renal

Otras

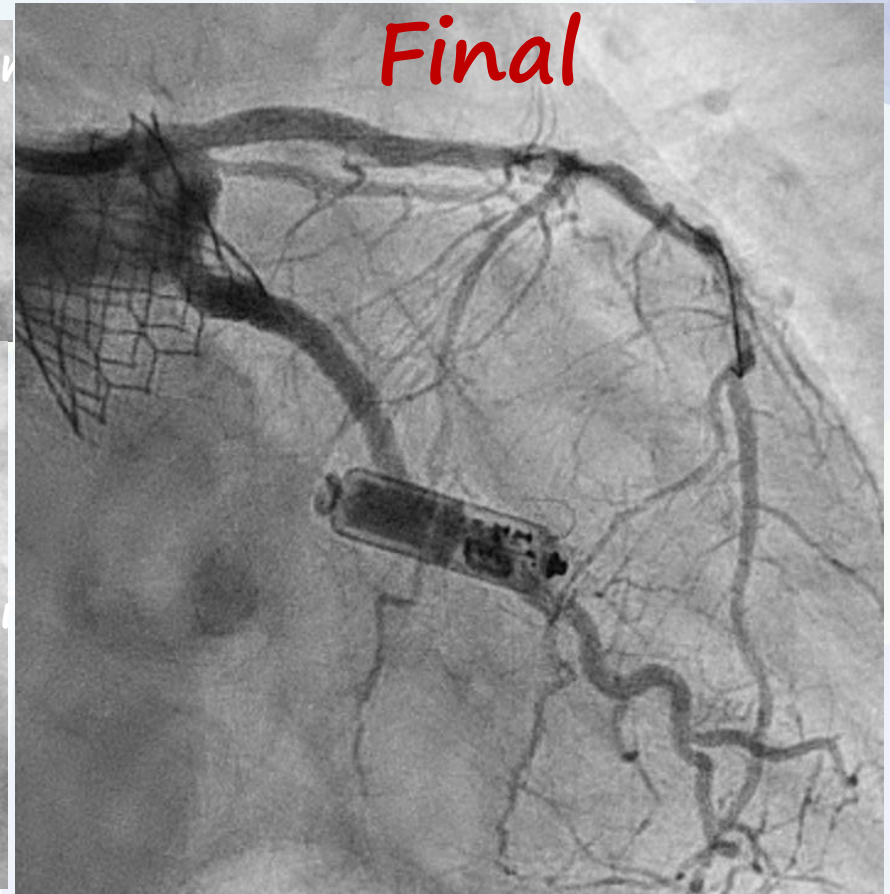
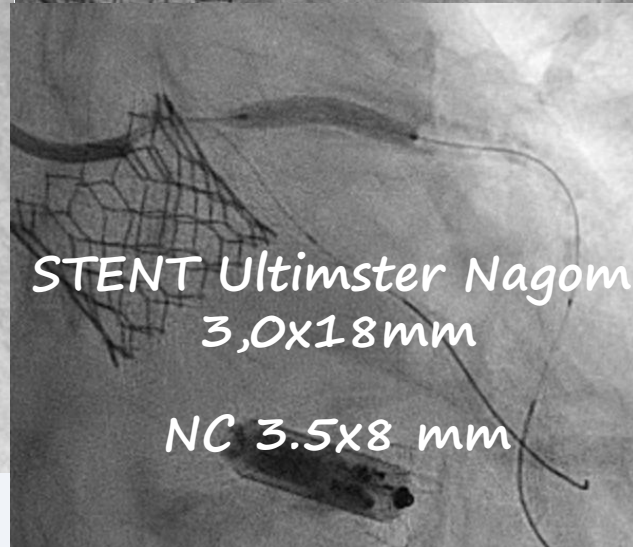
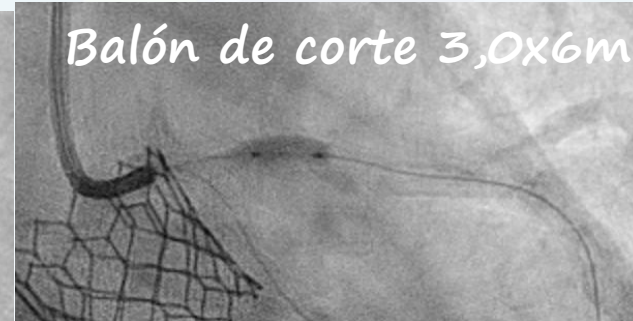
Alto Riesgo Sangrado

Mujer 80 años, FRCV

EAo con implante de TAVI TF derecha ES3 Ultra 23 mm+Micra



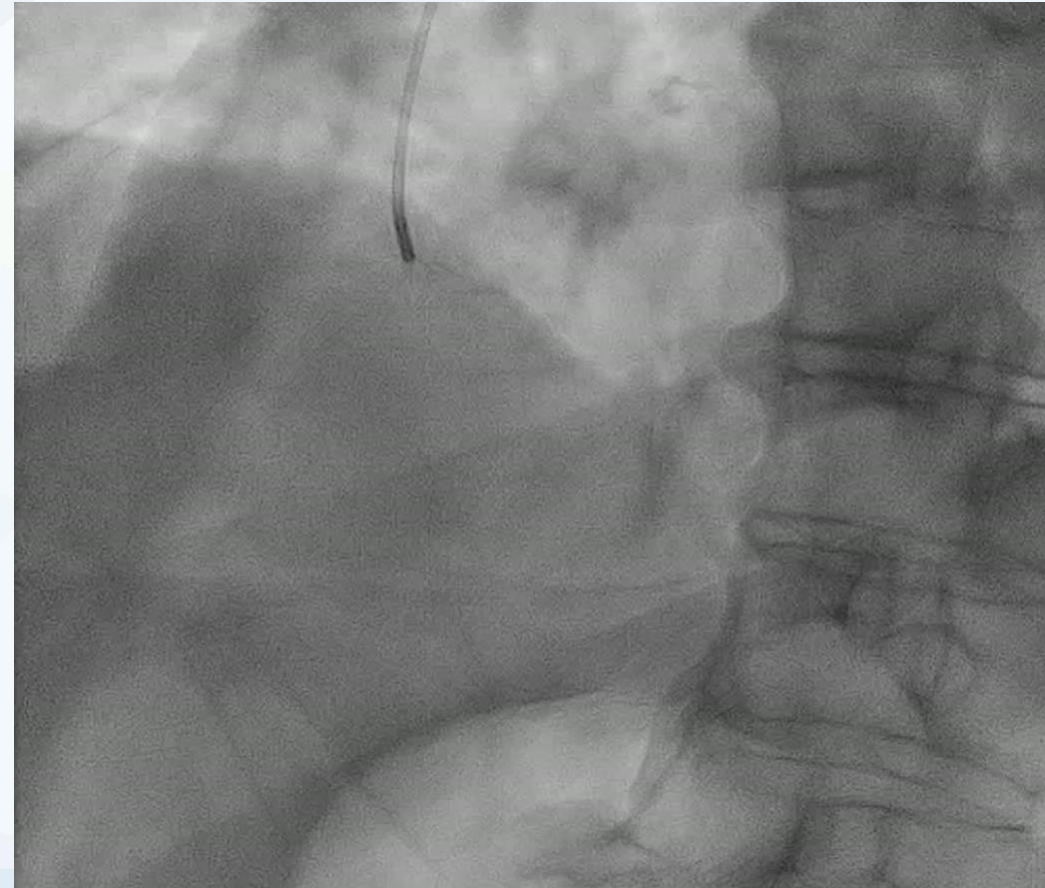
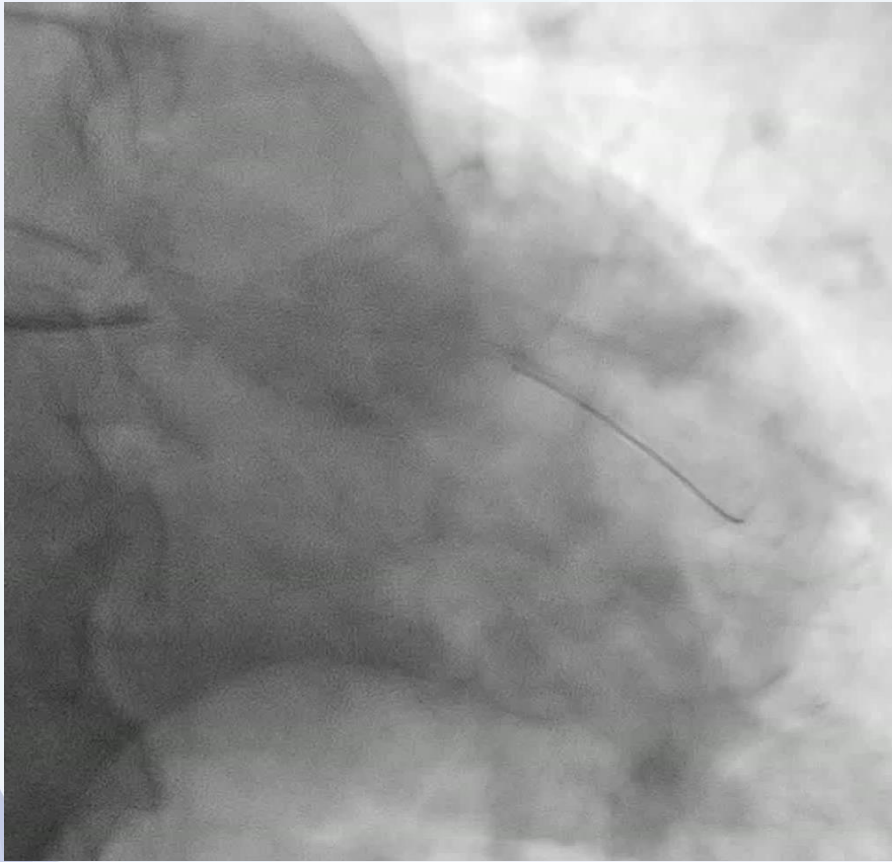
DA prox. Nódulo calcificado
IVUS: ALM 3,1mm²



Seguimiento: Sin incidencias

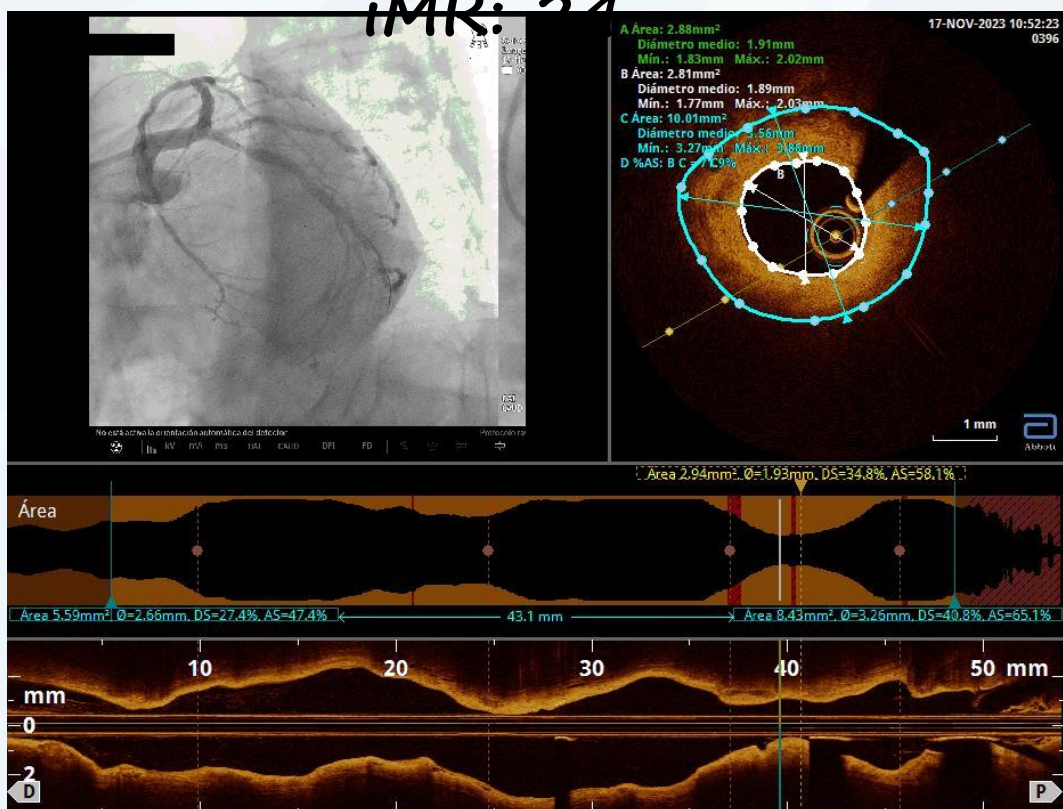
Lesiones no culpables IAMEST

- Varón de 71 años sin otros FRCV
- IAM anterior: Stent DA



Evaluación Fisiología:

RFR: 0,99; FFR: 0,94 : CFR: 2,4;
iMR: 2,4

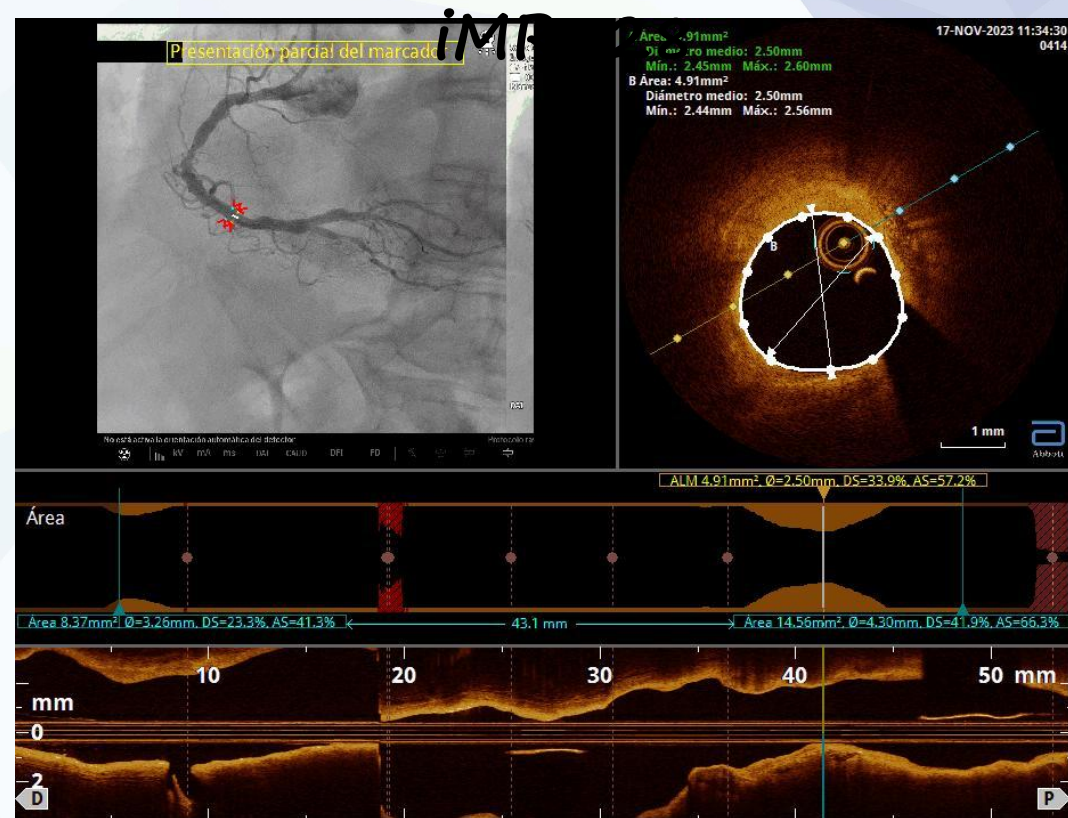


OCT: ALM: 2,81 carga
placa 71%

Placa No vulnerable
Seguimiento:

Evaluación Fisiología:

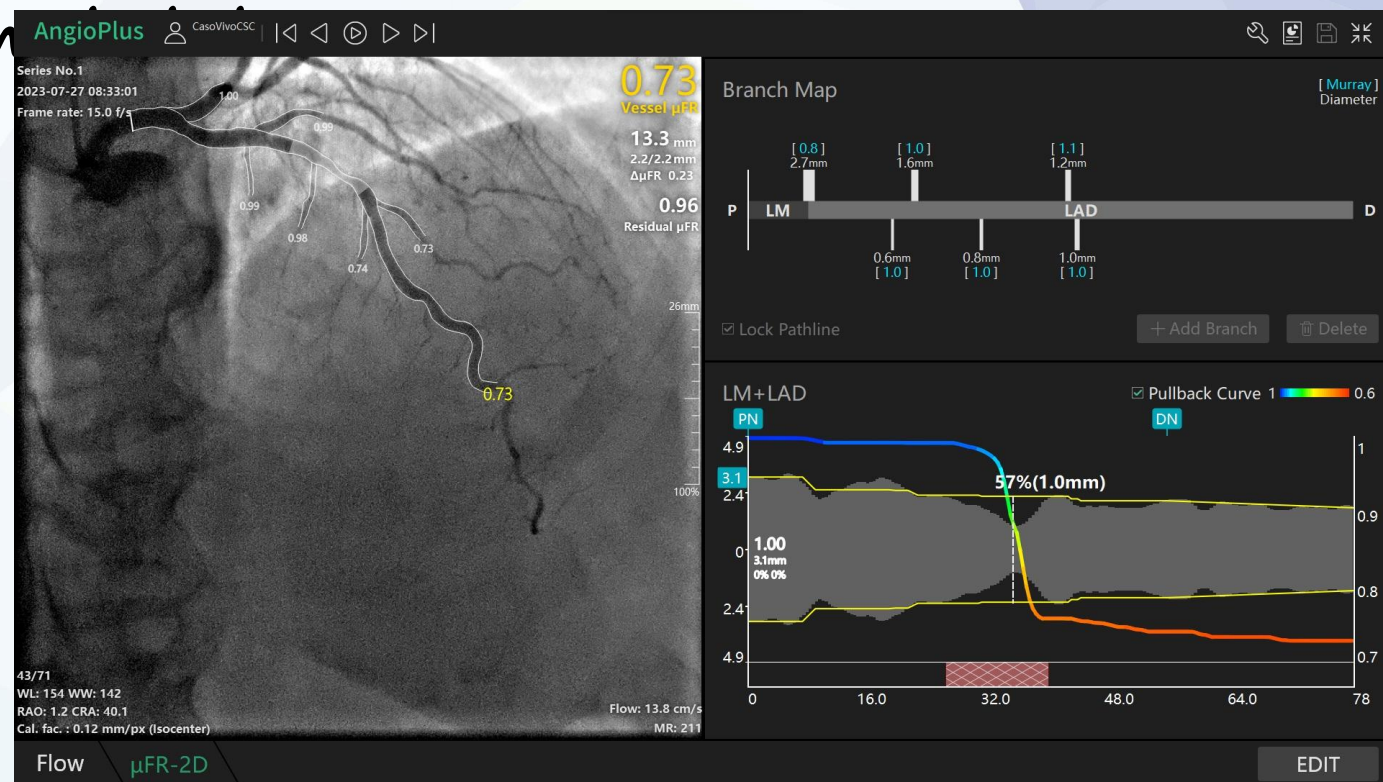
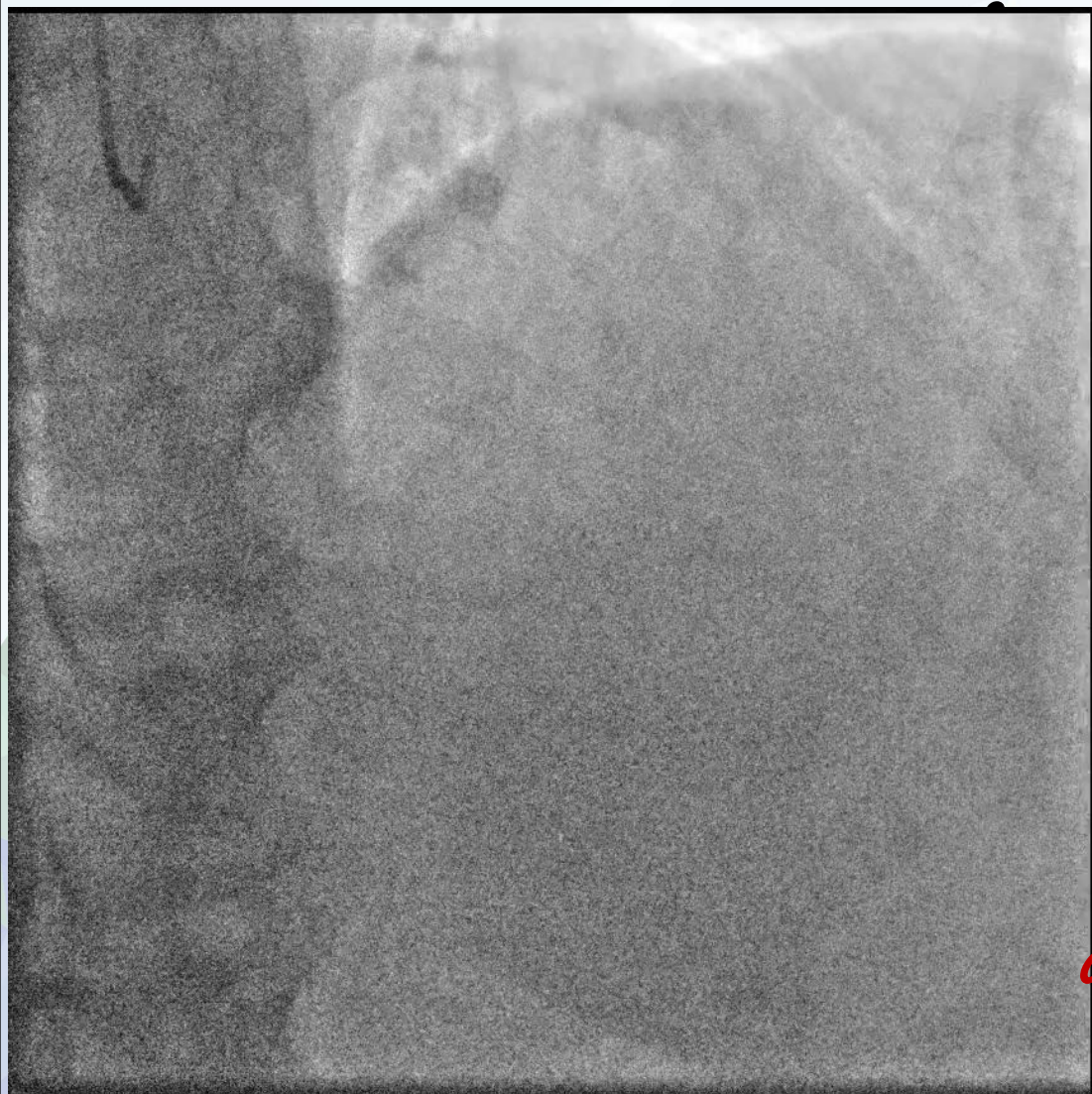
RFR: 0,99; FFR: 0,98 : CFR: 4;
iMR: 4



OCT: ALM: 4,91 Placa No vulnerable

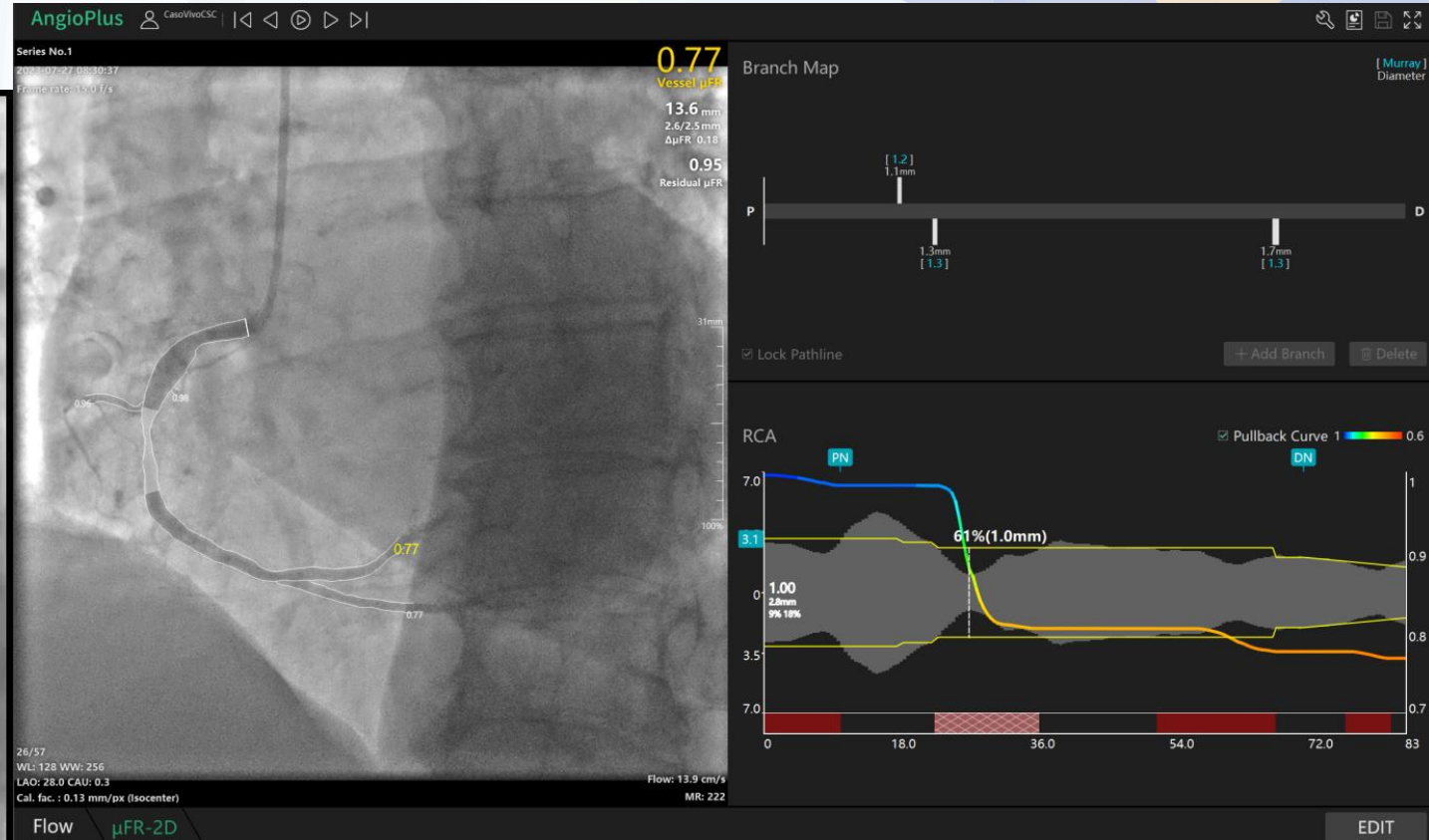
Seguimiento: Sin incidencias

- **Mujer 69 años, Diabetes Tipo II**
- **Angor**



**Analysis μ FR
angiodiagnostic LAD**

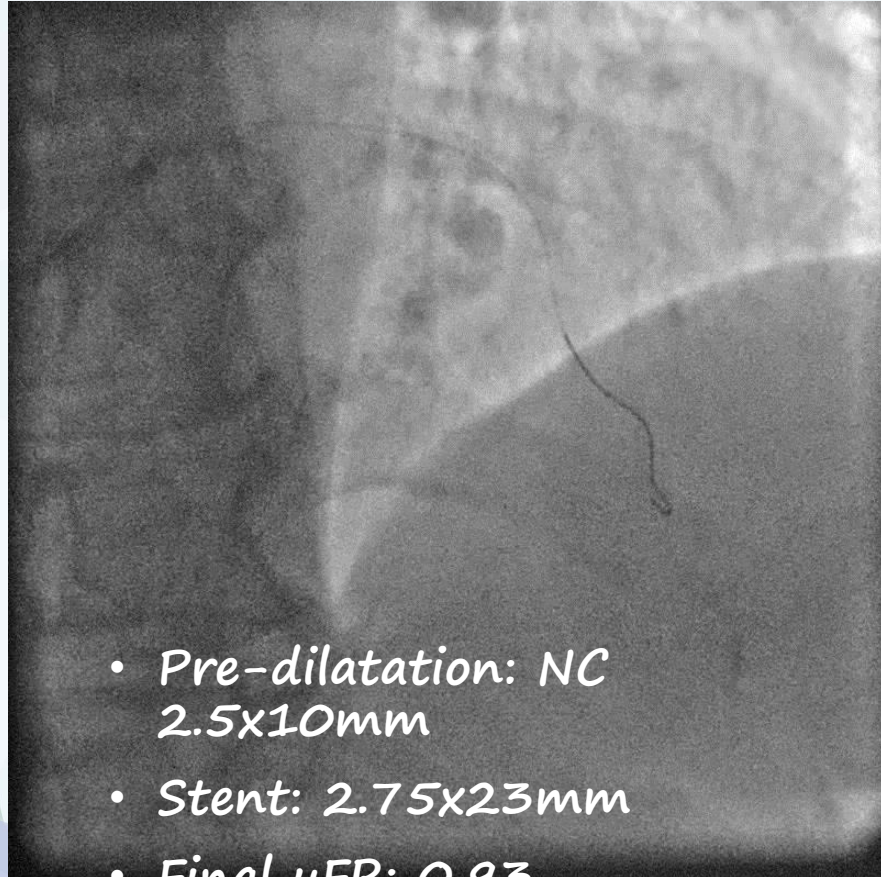
- Lesion 2,2x13mm
- μ FR LAD (Pre) = 0,73
- μ FR LAD post (residual) = 0,96
- Flow = 13,8 cm/seg



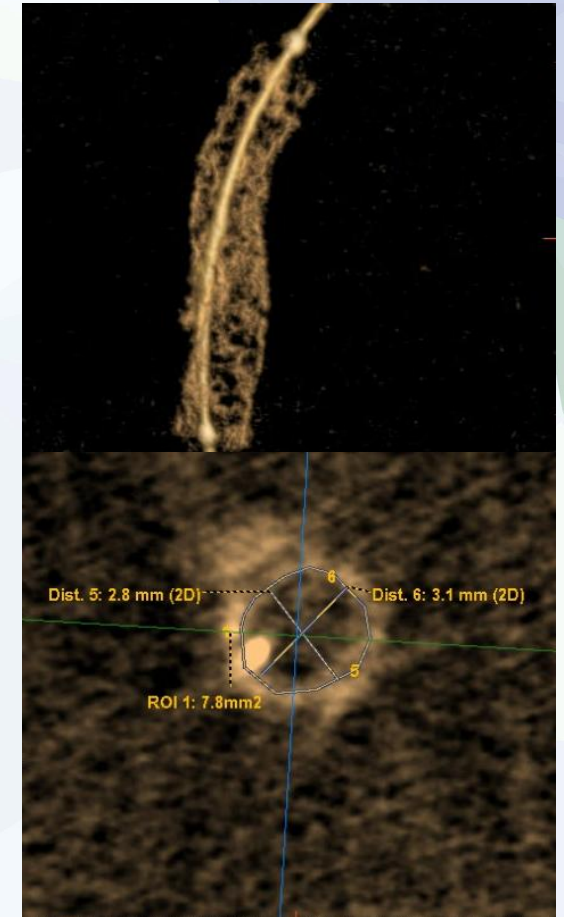
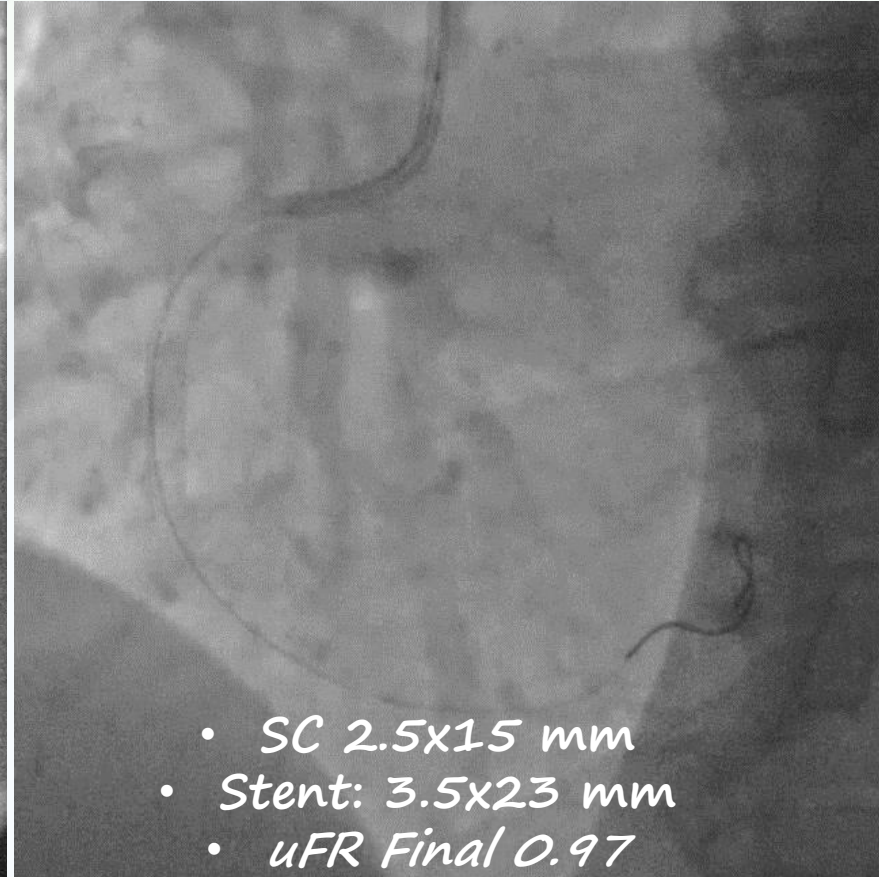
Análisis μ FR angiodiagnostic RCA

- Lesión 2,6x13.6mm
- μ FR CD = 0,77 (Pre)
- μ FR CD post (Residual) = 0,95
- AMR = 222
- Flujo = 11,9 cm/seg

Final DA



Final CD



Seguimiento a 1 año: Sin incidencias

TAVIS

Varón, 78 años

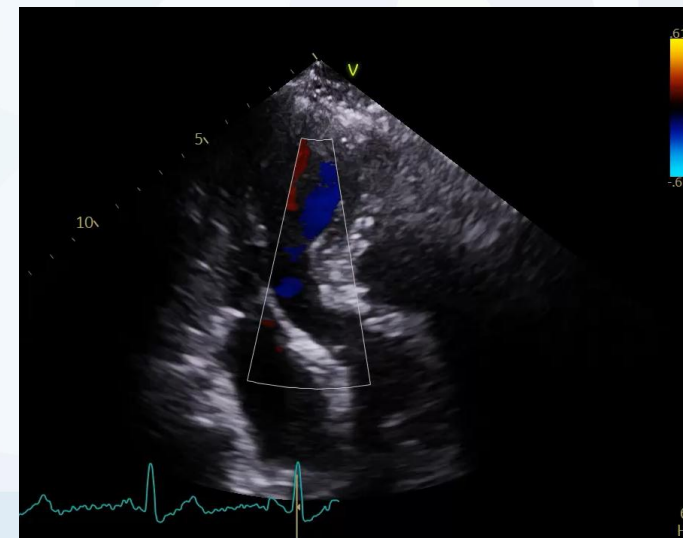
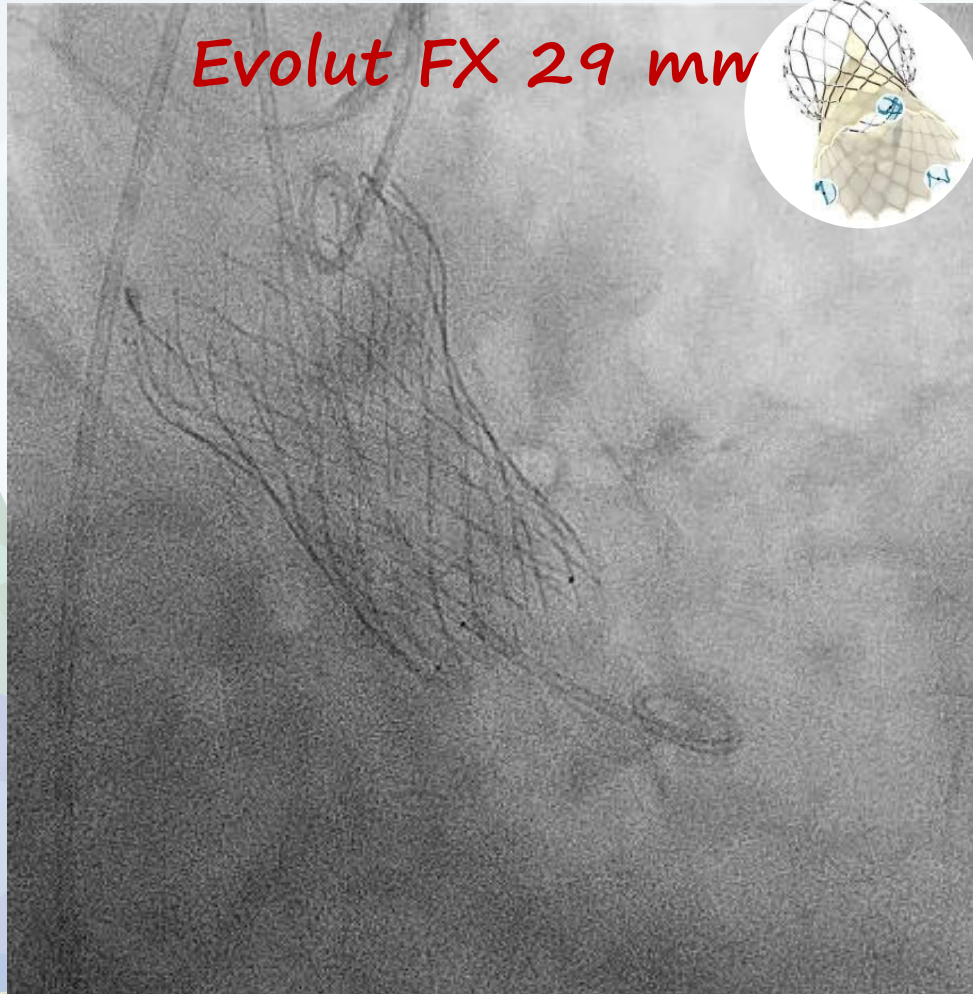
HTA, Dislipemia, EPOC. Disnea de esfuerzo

EAO severa


TAC: Perímetro 73,7 mm, área 423 mm², buenos accesos femorales

Seguimiento

- Evolucion intrahospitalaria: infarto hemisférico izquierdo de probable etiología cardioembólica sin secuelas
- CF I, sin eventos ni reingresos
- ECO:



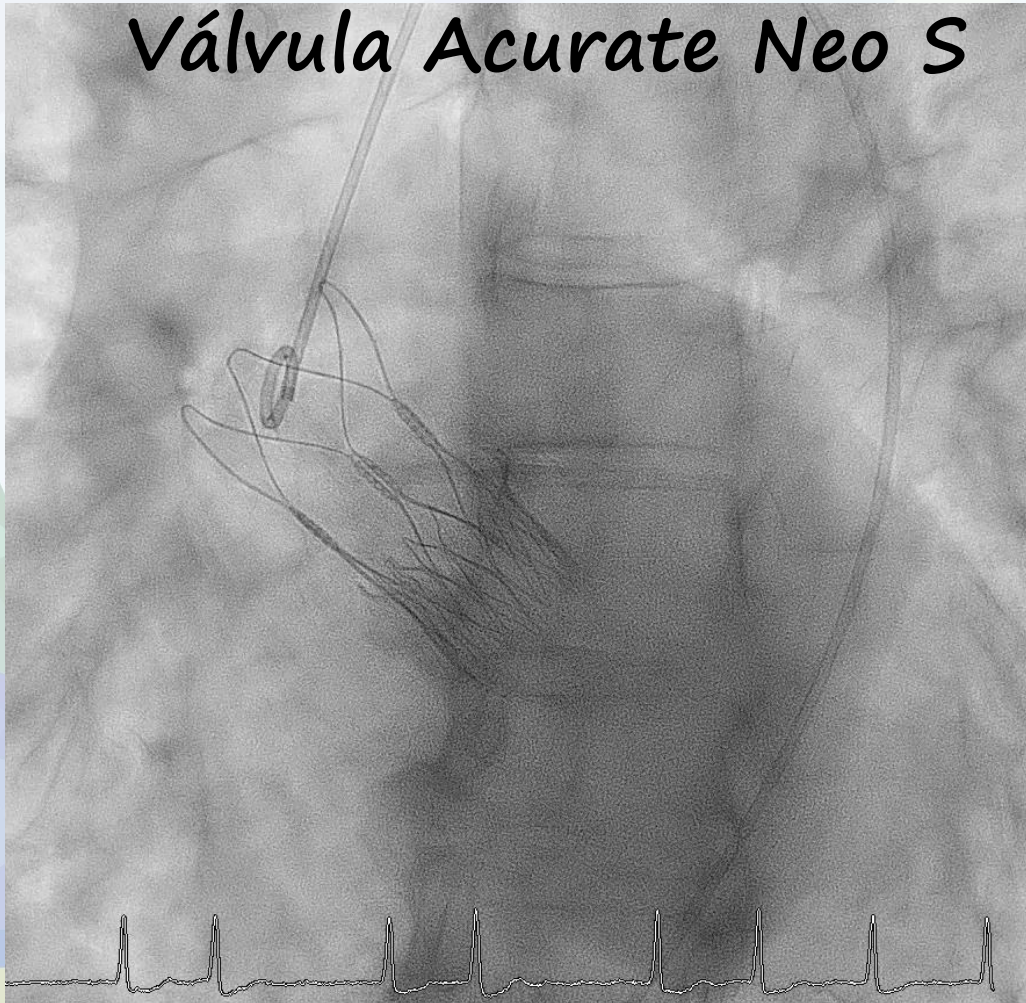
GradM= 3mmHg
AVAo 2.2cm²
FEVI BP 62%

Mujer 75 años, FA paroxística, CHA2DS2VASc 4  6, 7 y 8 NOVIEMBRE
Disnea -CF II NYHA
ETT: FEVI 54%. V. Ao trivalva estenosis severa
TAC: Perímetro 70,5 mm, ateromatosis leve accesos femorales

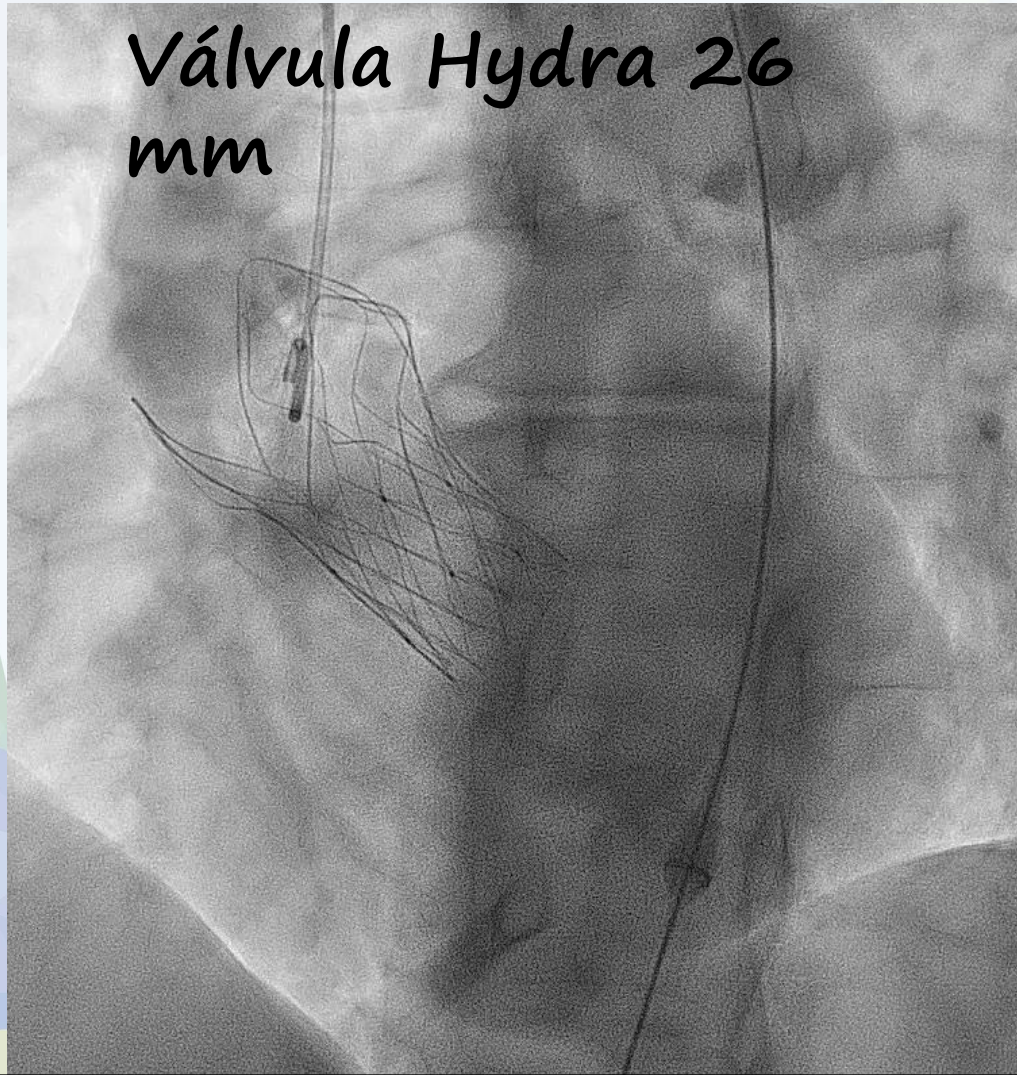
Evolución

- Hematoma
- FA rápida y obstrucción de TSVI que se corrige con medicación
- ECO Feb 2024: Gradiente medio 9,6 mmHg, sin regurgitación
- Clase funcional I, pendiente de operación de rodilla

Válvula Acurate Neo S



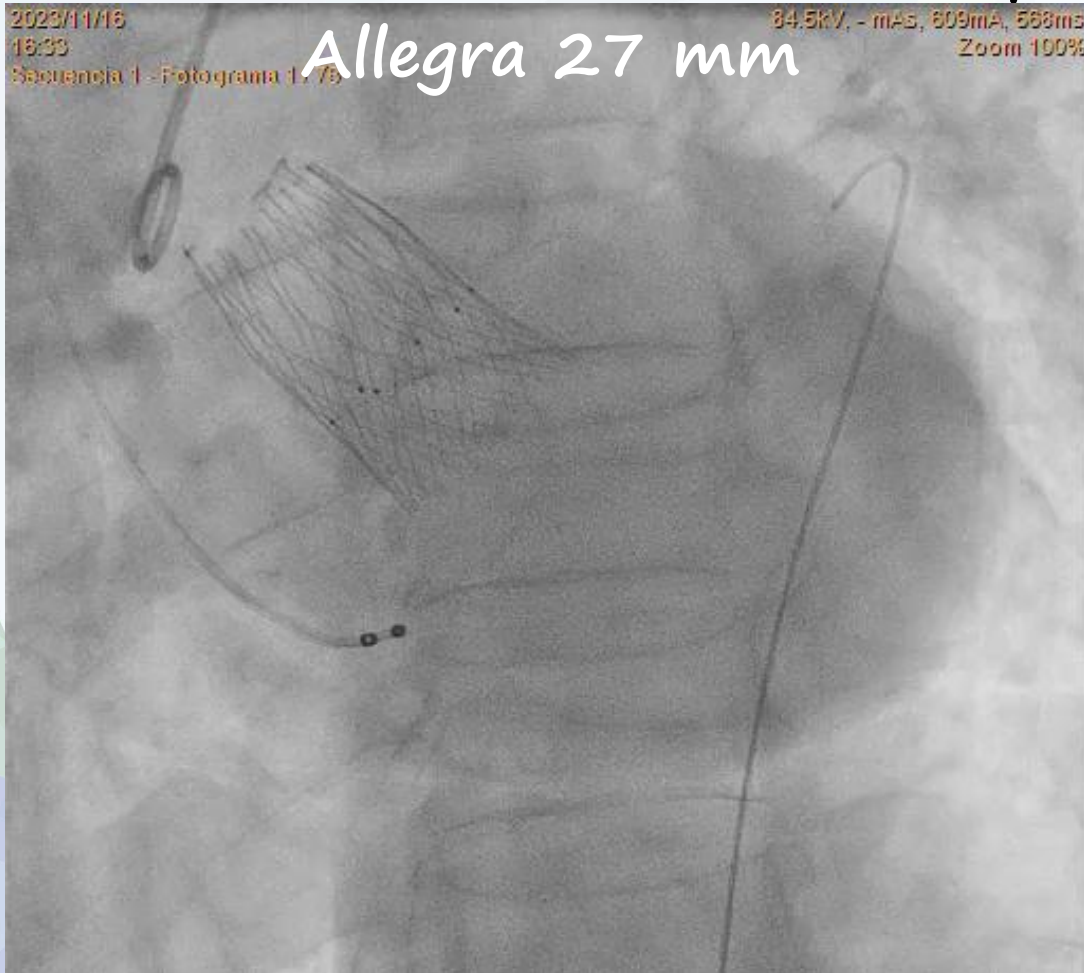
- *Mujer 88 años, HTA y dislipemia*
- *EAO severa. Disnea CF III y syncope*
- *TAC: Perímetro 64,4 mm, ateromatosis leve femoral*



Seguimiento

- *Sin complicaciones*
- *Eco en Enero 2024: VI no dilatado con función ventricular conservada, gradiente medio 12 mmHg, regurgitación paravalvular a nivel de la unión mitroaórtica de grado ligero*
- *Clase funcional II (1/10/2024)*

- Paciente de 84 años, con AP de HTA, IRC con FG 40 ml/h.
- ETT: FEVI preservada, Eao severa (V_{max} 4,6 m/s). IM lig-mod.
- TAC: accesos aceptables, anillo área 418mm² y perímetro 73,5mm

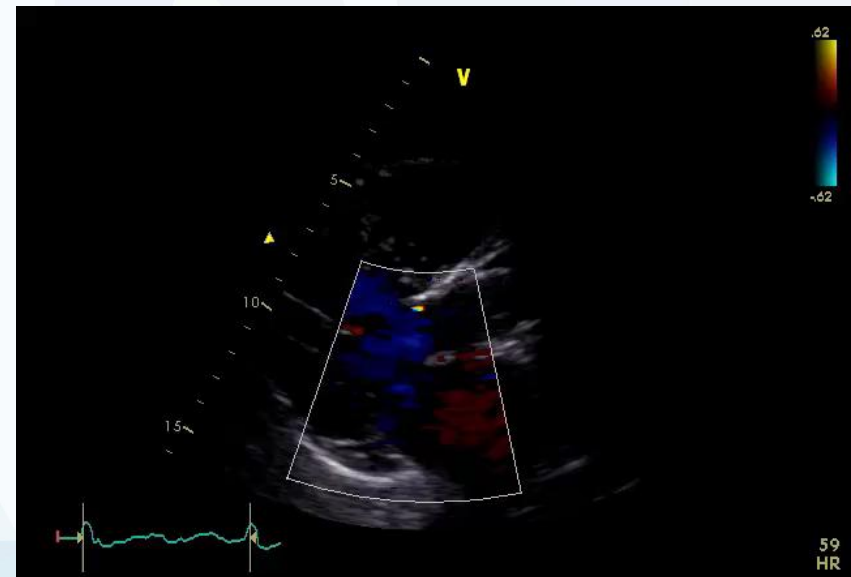


Allegra 27 mm

Predilatación con balón de 20mm
Postdil con balón 23mm

Seguimiento

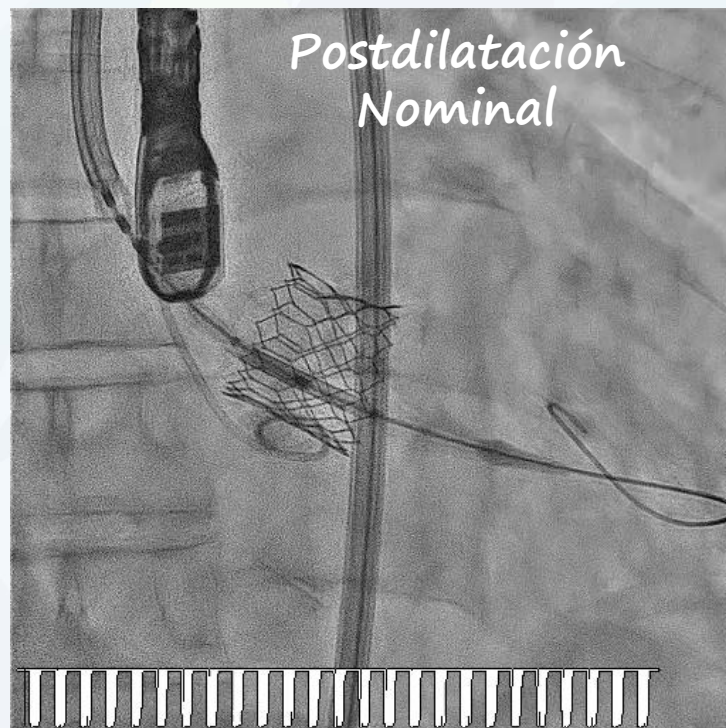
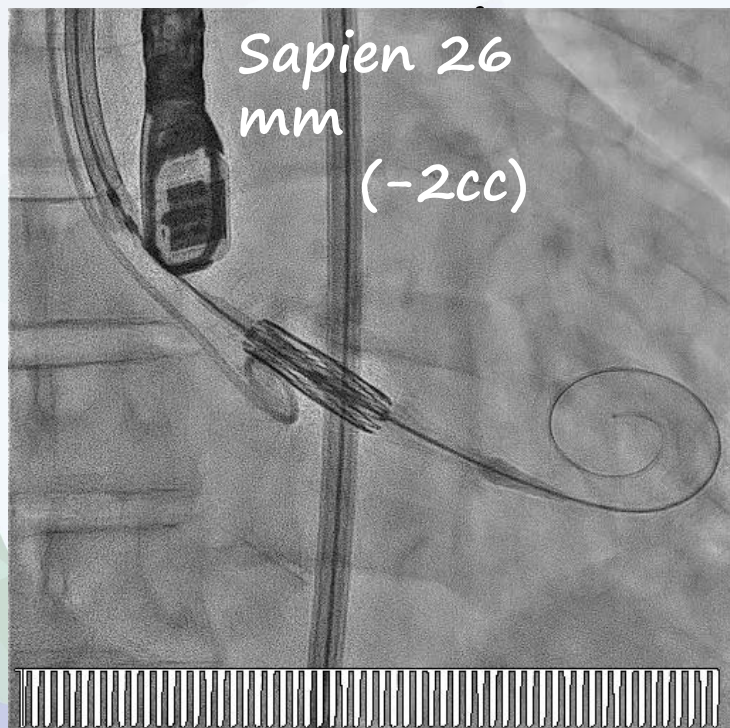
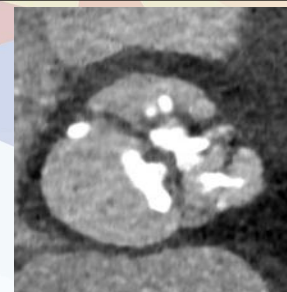
- BCRIHH, sin progresión
- Alta a las 72h
- Asintomático al año
- ETT 4 meses: GM 7mmHg, Leak tra



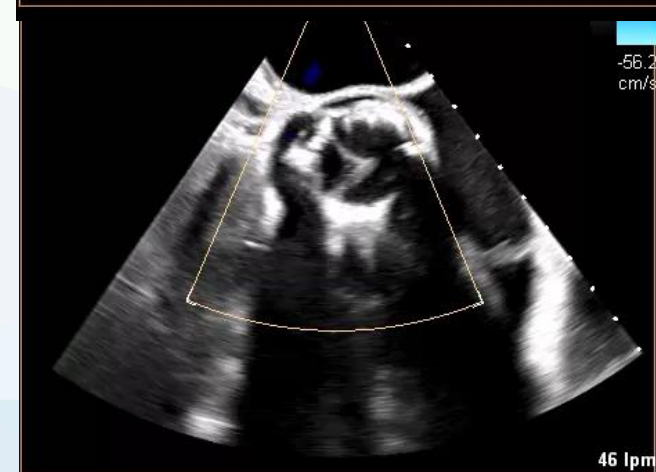
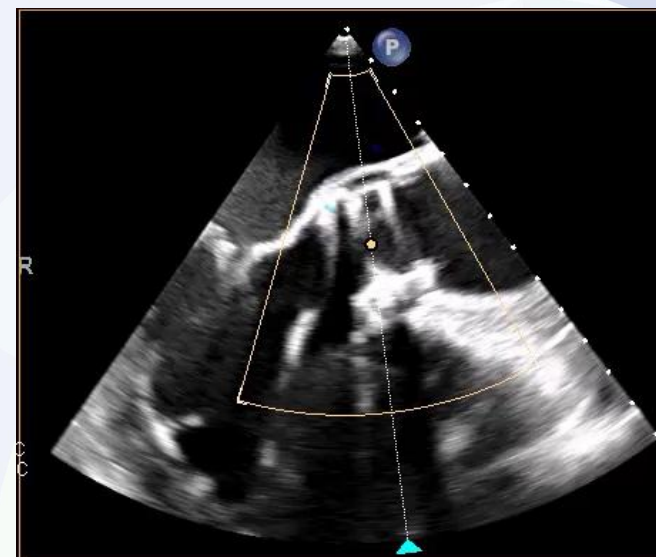
• Varón 87 años. HTA, Obesidad. ERC estadio III B

• Eao severa sintomática. CF NYHA II

• TAC: \varnothing 22.6x29.4 mm, Área 533 mm², Perímetro 82,3 mm. Bicúsp

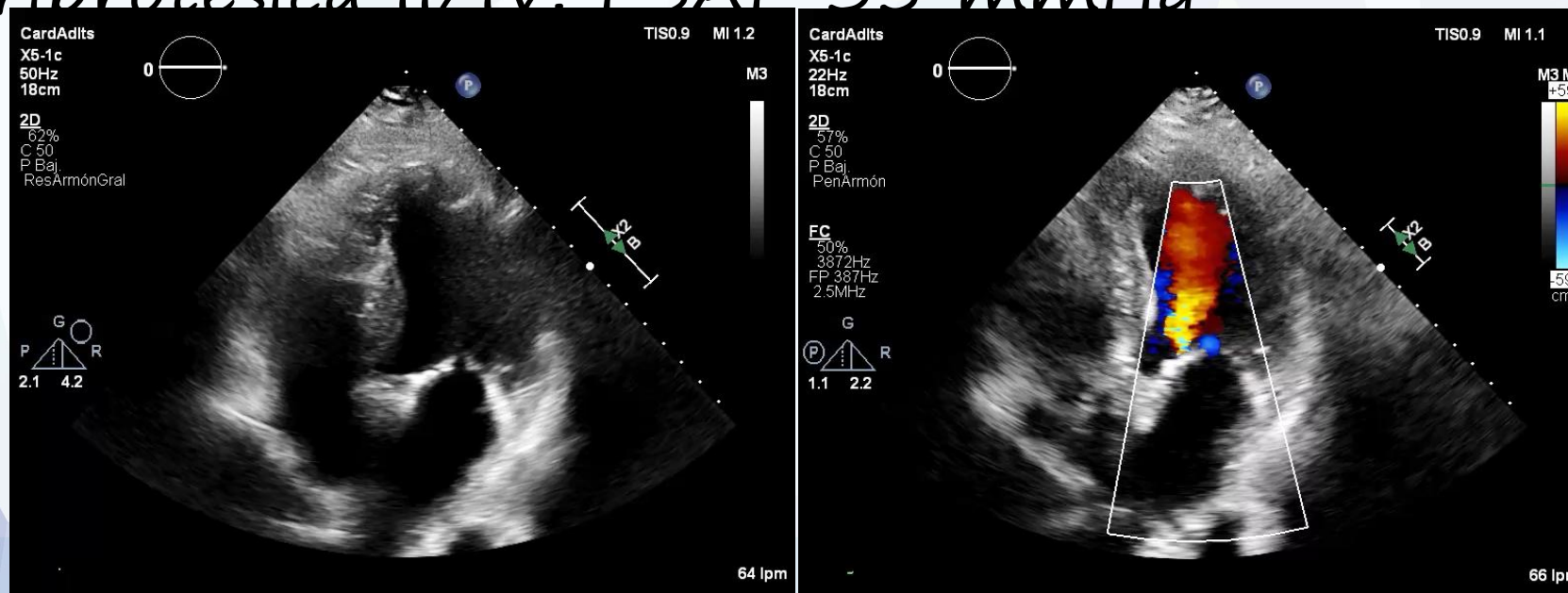


- Sapien3 Ultra 26 mm
- Protección embólica con Sentinel
- Predilatación con balón



Seguimiento 1 año post-TAVI

- NYHA II
- Se diagnostica de amiloidosis ATTR-CM wild type. Se inicia Tafamidis en marzo 2024
- ETT 08/2024: FEVI 46%. IM II/IV. TAVI con gradientes normales (Gmed 10 mmHg), LAo periprotésica II/IV. PSAP 35 mmHg



68 años. CoAo tratada
Eao severa. Válvula bicúspide. Fusión RL

Predilatación
20 mm

Sapien 23 mm

Retirada

Implante

Final

Complicación Femoral Resolución

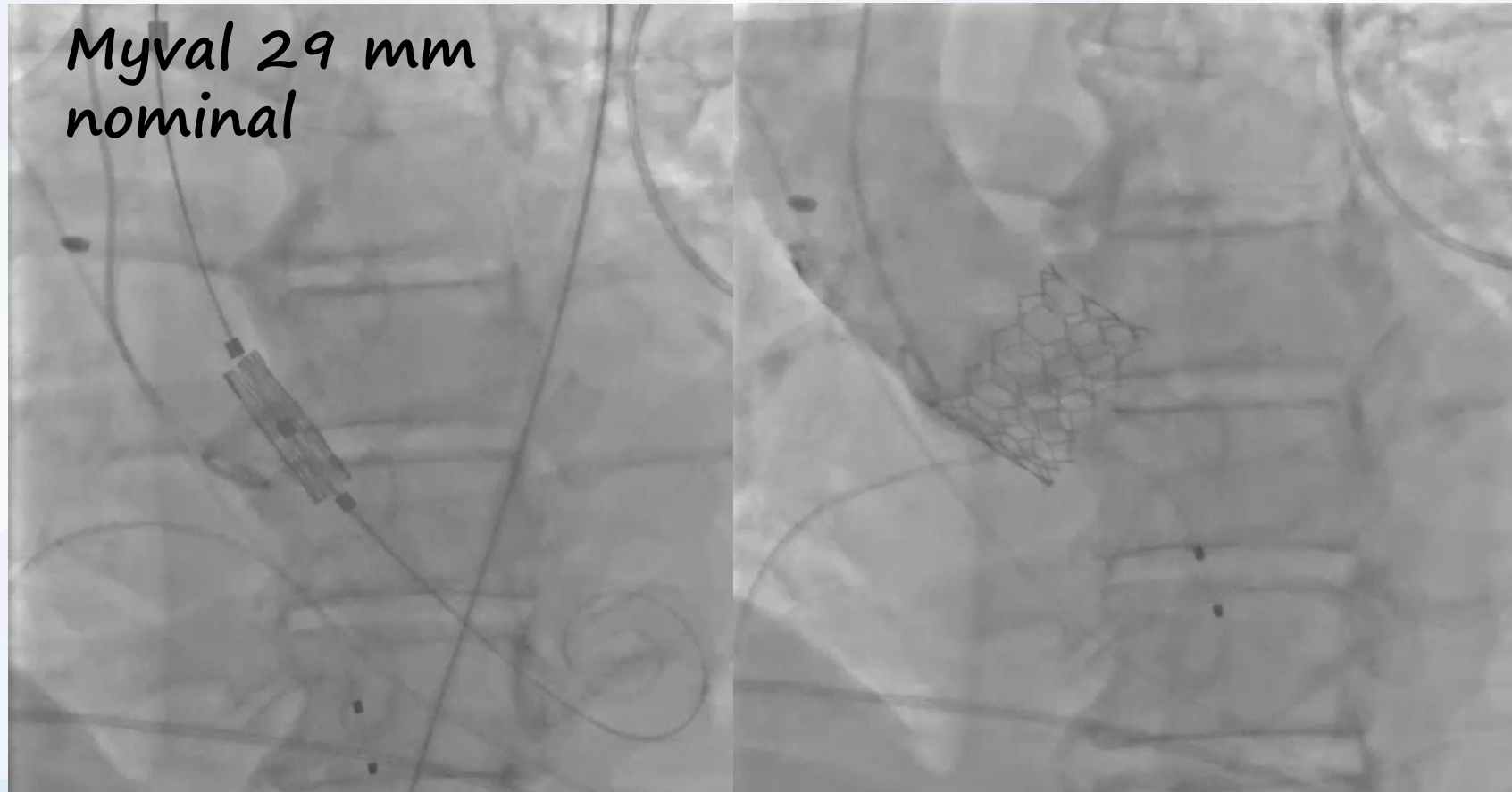
INGRESO HOSPITALARIO

- 20/11/2023. Implante MP bicameral con estimulación rama izquierda por ensanchamiento del QRS con bloqueo intrahisiano en EEF, HV 80
- 21/11/2023. Alta sin otras incidencias.

SEGUIMIENTO

- GF funcional I NYHA. No angina
- Ecocardiograma de control: TAVI normofuncionante (gradientes 27,5/14,2 mmHg). Función biventricular normal. Gradiente de CoAo 17 mmHg

- Varón, 78 años Eao severa GF IV
- Disfunción sistólica grave con insuficiencia mitral funcional grave e HTP
- Obesidad, Insuficiencia renal (FG 28 ml/min), enfermedad coronaria. BRD
- TAC: Perímetro: 88,3, Area: 597 mm². Buenos accesos femorales



Evolución intrahospitalaria

- Bloqueo AV siguientes 24 horas
 - Implante MCP rama
- Alta 7 días post TAVI

Seguimiento 1 año

- NYHA I. Camina 1 hora al día
- Ingreso enero 2024 por insuficiencia renal, no insuficiencia cardiaca
- Ecocardiograma:
 - FEVI 35% (preTAVI 15%)
 - Gradiente medio 9 mmHg
 - PVL trivial-ligero

Gracias!