

TRATAMIENTO DE LESIONES DEL TCI

APRENDE DE UN CASO

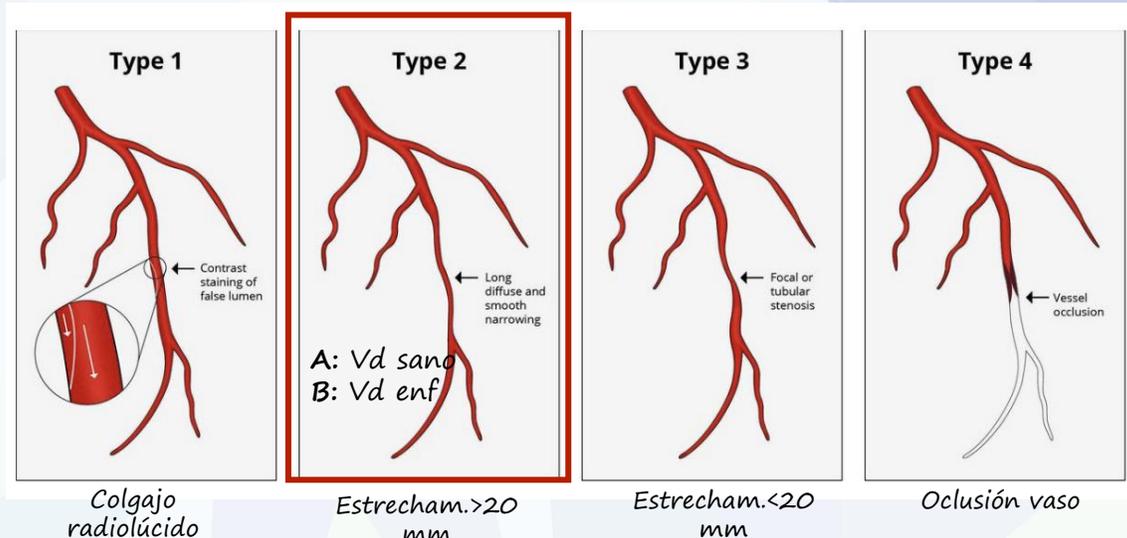
CONCLUSIONES

Dra. Ana Serrador
H.Clínico Universitario Valladolid

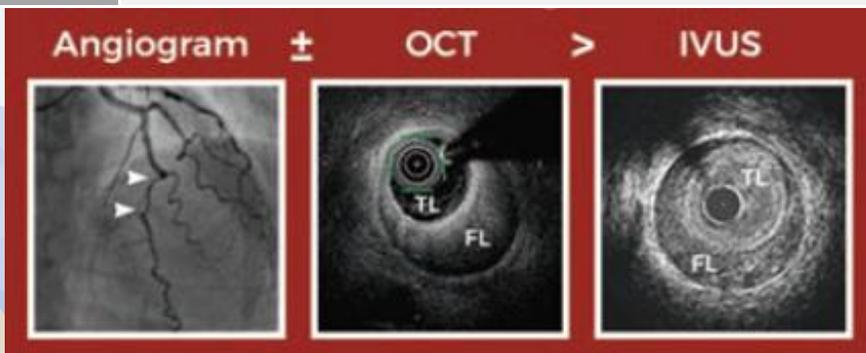
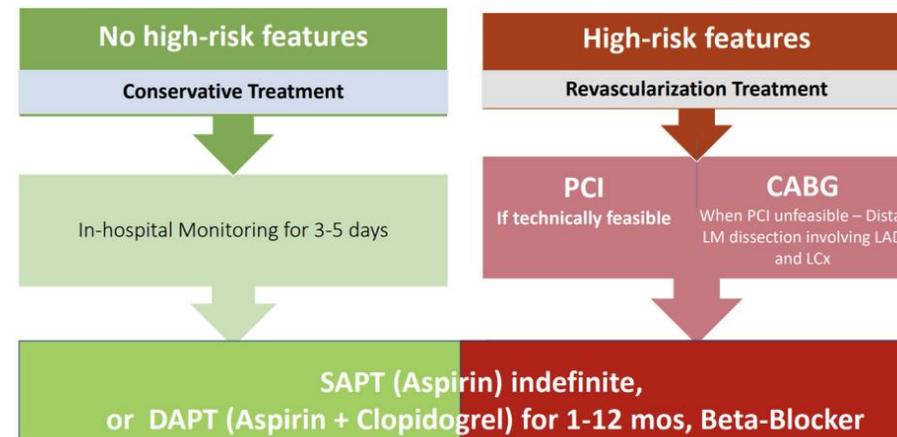
DISECCION ESPONTANEA ARTERIA CORONARIA

Epidemiología	SCAD representa el 5-8% de los SCA. Mujeres mediana edad (45-55 años). Responsable 25-30% SCA en mujeres <50 años. Precipitado: estrés emocional intenso, ejercicio intenso
Patogénesis	Separación de capas arteriales por hematoma intramural. Hemorragia vasa-vasorum y compresión luz verdadera.
Clínica	SCA (>90% casos). Segmentos mediodistales y ramos secundarios. DA 65%, OM 22% CD 10%. Mas de una arteria y riesgo extensión disección. Tipo2 ++.
Diagnóstico	Coronariografía y clasificación Saw. Complementada por OCT/IVUS. Riesgo disección yatrógena TCI 4,8% Dco/2ºProced
Tratamiento	PCI o CABG en casos de alto riesgo: isquemia continua o inestabilidad hemodinámica. Generalmente manejo conservador. TMO antitrombótico monoterapia o doble (si SFA) 1-12m
Complicaciones	Recurrencia SCAD alta, 17-18% en 3-4 años, Mortalidad baja (1% en 3 años),
Cribado alt. Vasculares	Alta prevalencia : displasia fibromuscular y aneurismas intracraneales

Clasificación Angiográfica SCAD de Saw



Manejo del paciente

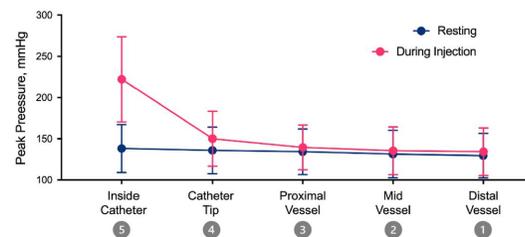
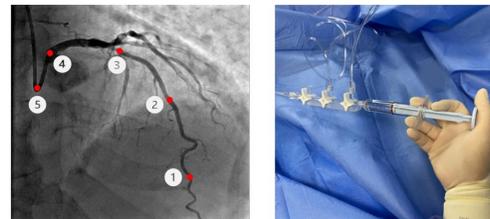


Factores de riesgo. Mecanismo disección-propagación

Parameters	
Predisposing factors	N = 49 (52.1)
Unfavorable origin of coronary artery (n = 94, excluding SVG dissections n = 2), multiple choice:	46 (48.9)
Ostial-proximal atheroma and/or small ostial-proximal diameter (< 3.0 mm)	39 (41.5)
Precipitating factors (multiple choice)	N = 82 (85.4)
Catheter deep seating or deep insertion during device delivery/removal (> 10 mm)	49 (51.0)
Non-coaxial catheter alignment	33 (34.4)
Repeated vessel wall prodding with catheter tip	31 (32.3)
Catheter systolic-diastolic mobility (> 5 mm or dislodgement)	26 (27.1)
Too aggressive catheter	20 (20.8)
Mechanisms of dissection and its propagation	N = 96
Wedged contrast injection	44 (45.8)
Forceful catheter engagement (or vigorous pecking motion)	27 (28.1)
Deep catheter insertion (for device delivery or retrieval)	25 (26.0)
Propagation	N = 29 (30.2)
Repeated injections	18 (62.1)
Unchanged catheter (or its position)	14 (48.3)
Dissection not stented immediately or incompletely covered	10 (34.5)
Dissection unnoticed or misinterpreted	8 (27.6)

Jacek Klauzel et al., Cardiology Journal 2024, Vol. 31, No. 3, 398–408

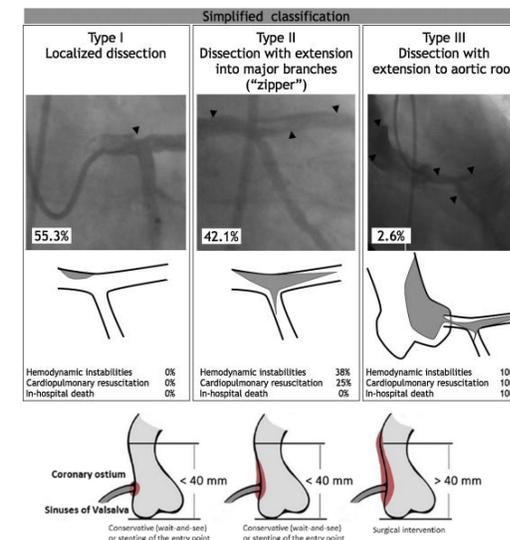
Efecto de inyecciones contraste en la hemodinámica intracoronaria



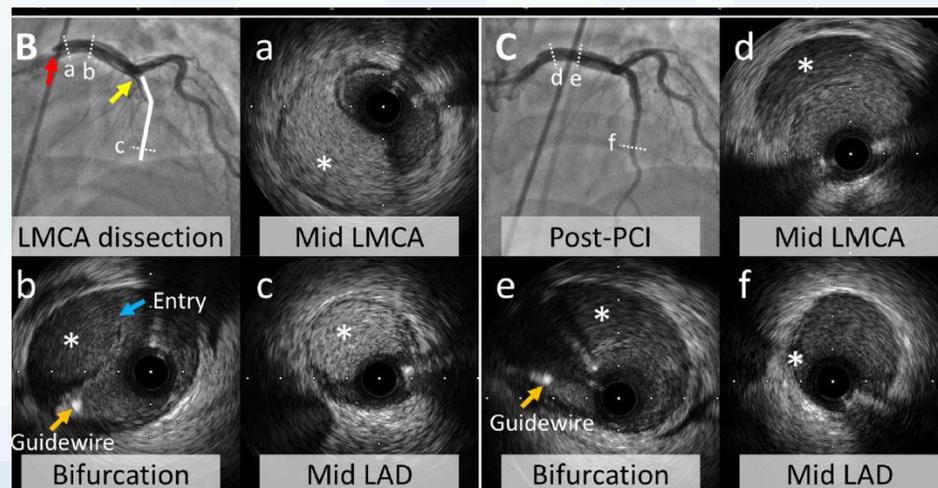
Los cambios de presión fueron significativos solo dentro del catéter (p79,1 mmHg; P < 0,01) y en la punta del catéter (p10 mmHg ; P < 0,01) e insignificante en la arteria coronaria

D. Chami e et al. JSCAI. IN PRESS

Clasificación Disección del TCI



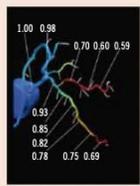
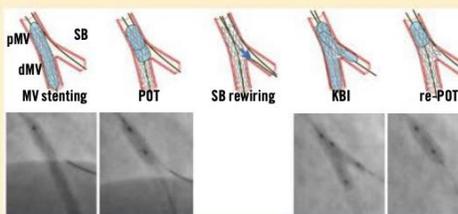
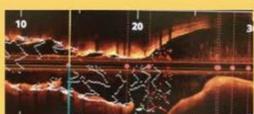
Eshtehardi et al. Am Heart J 2010;159:1147-53



IVUS es CLAVE en el manejo de la disección yatrogena TCI

Localiza flap, p. entrada, LF.LV
Garantiza el paso a la L.V
Optimiza técnica tto elegida
Verifica resultado final

Claves de la angiografía

Before PCI	During PCI	Optimal angiographic result
 <p>Revision of CT imaging (if available)</p>	 <p>Systematic application of the technical steps reported for the selected technique</p>	 <p>TIMI 3 flow in both branches with full expansion of the implanted stent(s) & no severe dissection of non-stented segment(s)</p>
 <p>Meticulous assessment of angiography for PCI planning</p>	 <p>Intraprocedural use of stent enhancement tools</p>	
 <p>Careful estimation of bifurcation segments' reference vessel diameters</p> <p>$pMV = 0.678 * (dMV + SB)$</p>	 <p>In the case of any technical problem with an unrecognised cause, bailout use of IVUS or OCT</p>	

- Angiografía óptima
- Análisis exhaustivo imágenes
- Estimación calibre vasos :

ley ramificación.vasc.

PCR on line junio 2024

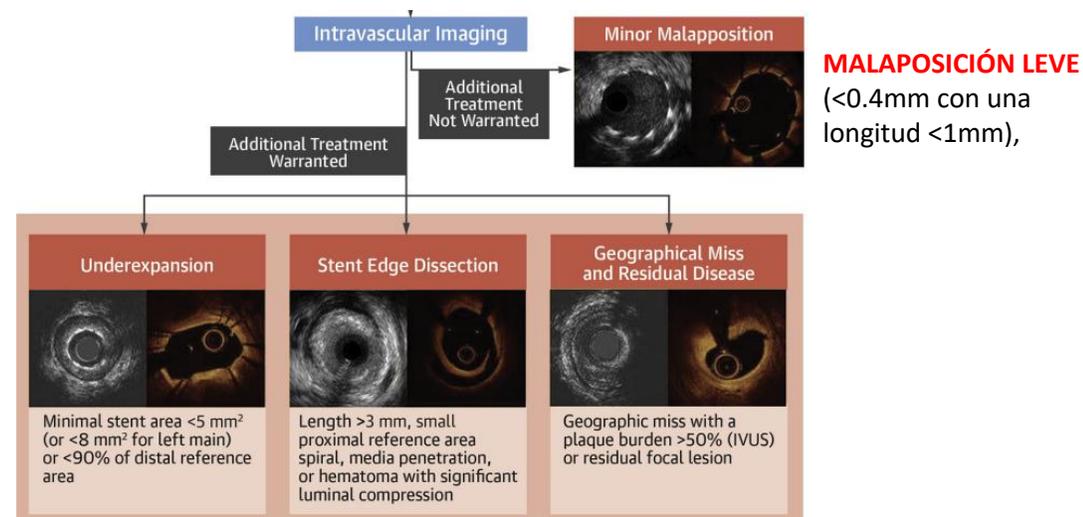
-Aplicación metódica de los pasos técnicos recomendados para la técnica seleccionada.

-Uso de herramientas de realce stent (ST.Boost)

-Umbral bajo para el uso de IVUS/OCT

Optimización stent durante y al final

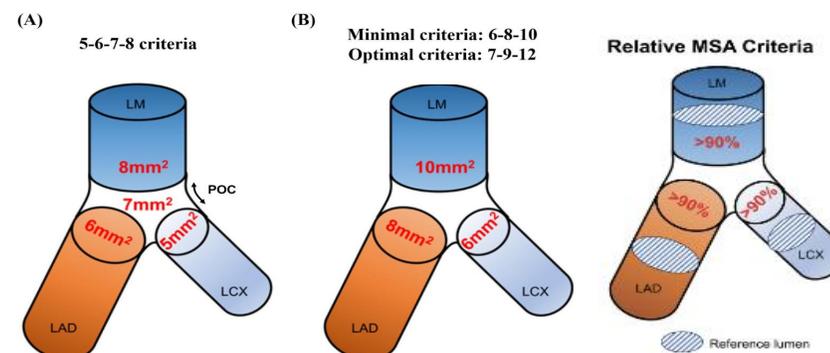
POT final mandatorio en todas las técnicas TCI Recomendado IVUS final



DISECCIÓN DE BORDES (a ≤5mm del stent, extensión hacia la media y con un ángulo de disección >60° o con un flap de disección de ≥3mm).

LESION RESIDUAL: > 50% por IVUS

INFRAEXPANSIÓN: MSA <90% D.Rf (MSA mínimo de 8mm² en TCI)



"En la práctica diaria, cada complicación nos brinda la oportunidad de aprender y perfeccionar nuestras habilidades".

GRACIAS