

ANGIOPLASTIA PRIMARIA. UTILIDAD DEL CATÉTER DE TROMBECTOMÍA CAPTURER®

Dr. Antonio Jesús Domínguez Franco.

Cardiólogo intervencionista. Laboratorio de Hemodinámica.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

Descripción del caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 61 años, sin alergias conocidas, exfumador, dislipémico en tratamiento con rosuvastatina y diabético tipo 1 (insulinodependiente), de inicio a los 25 años de edad con afectación microvascular: retinopatía diabética bilateral, que había precisado de panfotocoagulación.

Consulta en urgencias por episodio sincopal, sin dolor torácico asociado ni cortejo vegetativo, mientras deambulaba por la calle. A su llegada se objetiva en el EKG un ritmo sinusal a 90 lpm con PR normal, QRS estrecho con onda q, así como segmento ST elevado y T isodifásicas en derivaciones de cara inferior y posterior.

Se contacta desde el servicio de urgencias hospitalario con el equipo de hemodinámica de guardia y se activa el código infarto. El paciente se encuentra hemodinámicamente estable, con buenas constantes: TA 100/50, FC:80 lpm, sin arritmias ni dolor. Se le administran 300 mg de AAS y 180 mg de ticagrelor y es conducido a la sala de hemodinámica.

Procedimiento

Se accede por la arteria radial derecha con introductor de 6F y se realiza coronariografía urgente que muestra:

- **Coronaria izquierda:** tronco común sin hallazgos. Descendente anterior: con calcificación moderada en tercio medio, enfermedad difusa del vaso y del ramo diagonal no severa. Lecho distal difusamente enfermo. Circunfleja: con enfermedad difusa no severa en rama obtusa marginal con lecho distal de pequeño calibre.
- **Coronaria derecha:** dominante, presenta oclusión trombótica en tercio proximal, sin lecho distal visible (flujo TIMI 0). Ver figura 1.

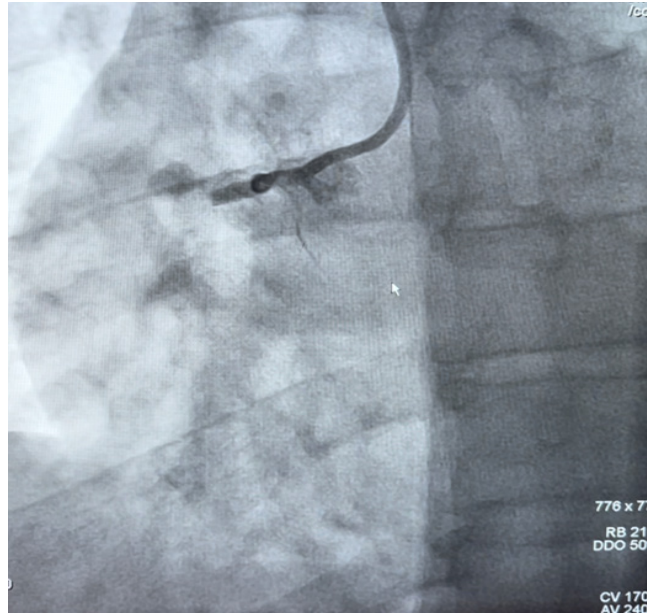


Figura 1. Oclusión proximal de la coronaria derecha dominante, por trombo.

Se administran 6000 unidades de heparina sódica intravenosa y se inicia la realización de la angioplastia primaria. Con catéter guía AR 1 y guía de angioplastia PT2, se avanza hasta lecho distal, se inyecta nitroglicerina intracoronaria, sin conseguir apertura del vaso. Se decide utilizar catéter de trombectomía Capturer® (iVascular, Barcelona, España). Tras la aspiración de dos jeringas completas con dicho sistema de presión negativa, se consigue la apertura del vaso y el restablecimiento del flujo TIMI III. Ver figura 2.

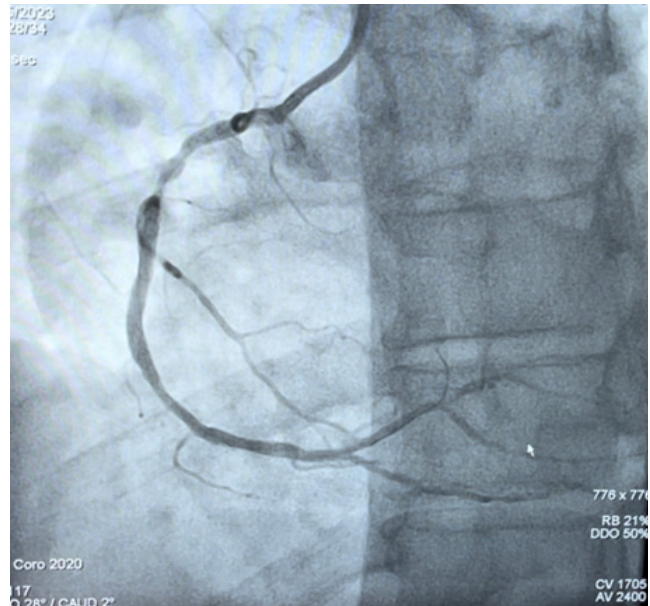


Figura 2. Apertura completa de la coronaria derecha tras la tromboaspiración, que muestra la placa proximal culpable del síndrome coronario agudo y enfermedad difusa del vaso distal.

El sistema de recuperación del catéter Capturer permitió objetivar la presencia de un trombo fusiforme de unos 3-4 centímetros. Ver figura 3.



Figura 3. Trombo fusiforme en el pocillo de recuperación, extraído con el catéter Capturer®.

Procedimiento

El excelente resultado obtenido únicamente con la trombectomía permitió el implante directo de un stent liberador de sirolimus de 3x22 mm en el tercio proximal del vaso, obteniéndose un flujo TIMI III y la resolución del caso sin ninguna embolización distal.

El paciente presentó una evolución favorable en UCI y posteriormente en planta de cardiología con ecocardiografía prealta que mostró hipoquinesia inferoseptal basal, media y apical y función sistólica global conservada. Fue dado de alta a domicilio a las 72 horas con AAS, ticagrelor, enalapril, bisoprolol, rosuvastatina y empaglofozina. Permanece asintomático a los 6 meses del cuadro.

Discusión

Este caso es muy demostrativo de la utilidad de los catéteres de trombectomía en el escenario del intervencionismo coronario agudo como es la angioplastia primaria. La trombectomía es una herramienta muy útil en el intervencionismo coronario primario cuando hay abundancia de material trombótico intracoronario. En este caso, a priori, dado el perfil de paciente (diabético tipo 1) era esperable que existiera una mayor cantidad de placa aterosclerótica subyacente. Sin embargo, el uso inicial de la trombectomía puso de manifiesto que el componente trombótico era el predominante y permitió resolver el caso con un stent focal y evitar manipulaciones del trombo, con las temidas embolizaciones distales o fenómenos de no-reflow.

El sistema Capturer® dada su mayor superficie interna de aspiración, permite una captación de material trombótico superior a otros catéteres y es de especial utilidad en vasos de calibre grande y lesiones proximales. El caso es muy ilustrativo del papel adyuvante de los catéteres de trombectomía en el complejo escenario que es en ocasiones, la angioplastia primaria.



Catéter extractor de trombos Capturer® (iVascular, Barcelona, España).



Cardivagroup



Cardivagroup



Cardiva



Cardiva