

## MANEJO HÍBRIDO MEDIANTE DES Y DCB DE CASO COMPLEJO DE TRONCO ANGULADO Y RESTENOSIS



**Dr. Javier León**

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera

### Introducción

En las últimas décadas hemos asistido a un aumento en la complejidad de los casos que se afrontan en las salas de intervencionismo coronario. El envejecimiento poblacional, las reintervenciones o el desarrollo de lesiones complejas han condicionado una evolución tanto en el material como en las técnicas de abordaje de lesiones coronarias. Exponemos un caso de intervencionismo complejo en el que la adecuada selección de la técnica y el material fueron cruciales en el resultado final del mismo.

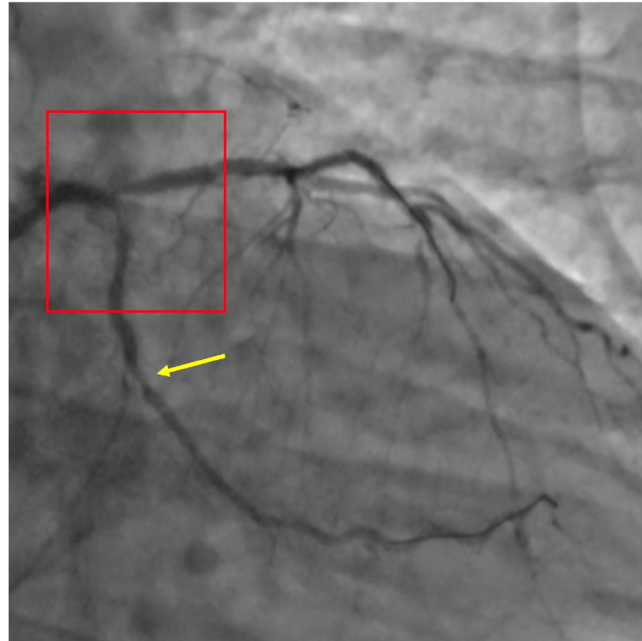
### Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 71 años, con antecedentes personales de tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II y enfermedad por reflujo gastroesofágico. Presenta cardiopatía isquémica con debut en 2018 por IAMSEST, evidenciándose enfermedad coronaria severa de tres vasos, sometida a revascularización completa mediante 1 stent farmacológico (DES) en ACD media, 1 DES en ACX ostial y 1 DES en ADA proximal, así como angioplastia simple con balón a ADA media. Presentó asimismo una trombosis hiperaguda del stent en ADA que se revascularizó mediante tromboaspiración y angioplastia con balón simple.

Asintomático desde 2018, presenta en 2022 clínica de angor progresivo, motivo por el que se optimizó el tratamiento médico y se solicitó ergometría, que resultó clínica y eléctrica positiva de muy alto riesgo, con descenso del ST generalizado y ascenso del ST en aVR.

La coronariografía fue llevada a cabo por acceso radial derecho 6F, mostrando restenosis crítica y focal de borde proximal (Mehran IB) de los stents implantados en ADA

y ACX, resultando en una estenosis funcional en TCI distal bifurcado (Fig. 1, cuadro). Asimismo, presentaba una lesión focal y calcificada, de novo, en ACX media (Fig. 1, flecha).

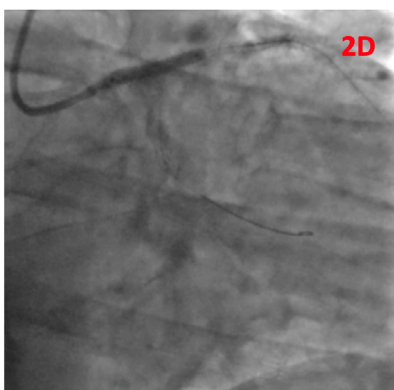
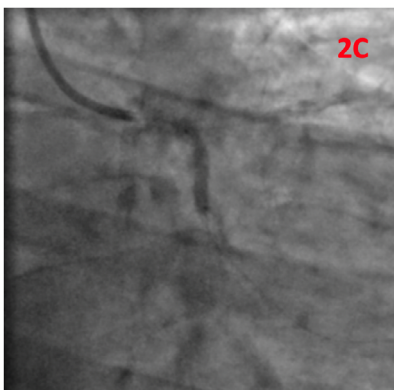
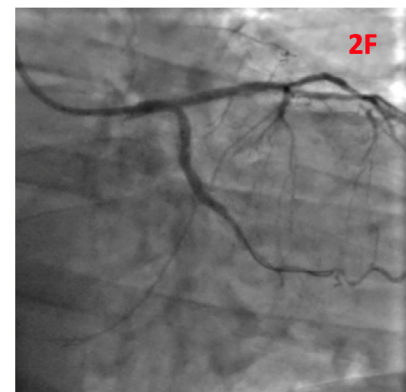
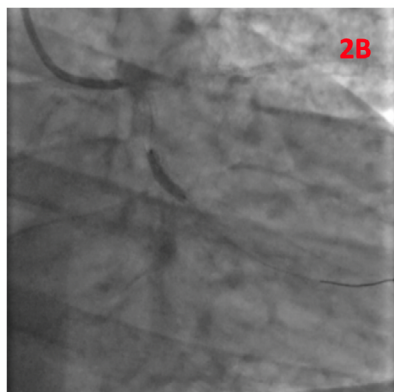
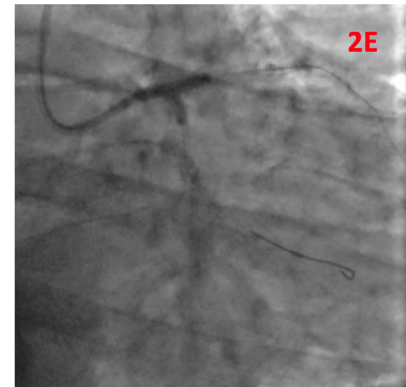
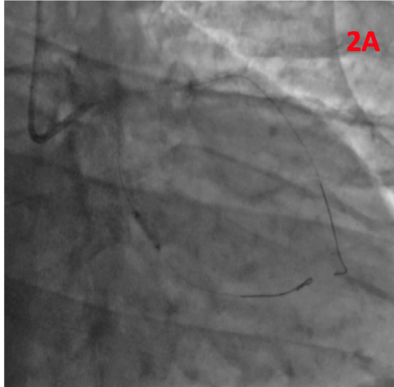


(Fig. 1, flecha).

Tras consensuar el abordaje en sesión médica y con el paciente, se optó por un abordaje percutáneo del mismo. Tras el sondaje del TCI con un catéter EBU3,5, se progresaron dos guías hidrofílicas a ADA y ACX. Se predilató ACX con media y proximal con balón semicompliantes 2\*15mm a 16atm y con balones no compliantes 2,5\*12mm y 3\*8mm a 28atm (Fig. 2A). Dada la angulación con stent previo en la porción ostial-proximal de la ACX, resultó imposible progresar un stent de forma convencional. Se optó entonces por un implante en retirada de un stent farmacológico liberador de sirolimus ANGIOLITE RX 2,5\*19mm con apoyo de un GUIDELINER 6F avanzado hasta el segmento mediodistal mediante anchoring con balón de 3mm (Fig. 2B). Posteriormente, se realizó angioplastia con balón farmacológico ESSENTIAL PRO 3\*20mm a 14atm sobre la restenosis ostial (Fig. 2C).

El TCI-ADA se predilató con un balón no compliantes 3,5\*15mm a alta presión, y se implantó un nuevo stent farmacológico ANGIOLITE RX 3,5\*19mm a 14atm (Fig. 2D). El procedimiento se finalizó con un kissing en TCI-ADA-ACX con balones semicompliantes de 2,75\*12mm a ACX y 3\*15mm a TCI-ADA (Fig. 2E).

El resultado final fue excelente y sin complicaciones (Fig. 2F).



(Fig. 2A - Fig. 2F).

## Conclusiones

Las lesiones en TCI, las restenosis y las bifurcaciones suponen a día de hoy un reto para el cardiólogo intervencionista. Si bien la dilatación con balón farmacactivo es una excelente opción en las restenosis intrastent, las restenosis de borde requieren generalmente del implante de nuevos stents. En nuestro caso, pese a que se trataba de dos restenosis de borde proximal de stents en ADA y ACX proximales, a efectos prácticos se puede considerar como una lesión de TCI bifurcado. En estos casos, la opción híbrida de dilatación con balón farmacactivo a la rama secundaria y el abordaje con un nuevo stent farmacactivo a la rama principal supone una buena alternativa, más si cabe si se trata de una restenosis previa.

