

CASE REPORT

CATETERISMO CARDÍACO CON STENT FARMACOACTIVO ANGIOLITE®

Presentamos el caso de un varón de 81 años de edad, sin factores de riesgo cardiovascular ni tratamiento habitual que acudió a su centro de salud con un cuadro clínico de dolor torácico opresivo de inicio en reposo de 5 horas de evolución, con cortejo vegetativo asociado pero en situación hemodinámica estable.

Se le realizó un electrocardiograma que objetivó ritmo sinusal con descenso del segmento ST en precordiales (V1 a V3) e inversión de ondas T en cara inferior. Presentó un pico enzimático de Troponina-T (hs) de 1963 ng/ml, por lo que fue derivado a nuestro hospital para realización de cateterismo cardiaco.

Durante la coronariografía basal se objetivó una lesión significativa en el segmento proximal de la arteria descendente anterior (DA); se trataba de una lesión de bifurcación con la primera diagonal, de tipo 1-1-1 de acuerdo a la clasificación de Medina. En el segmento medio del mismo vaso presentaba una lesión severa, también de bifurcación, en este caso con una gran rama septal. El resto de arterias coronarias no presentaban lesiones significativas tal y como se muestra en la Figura 1.

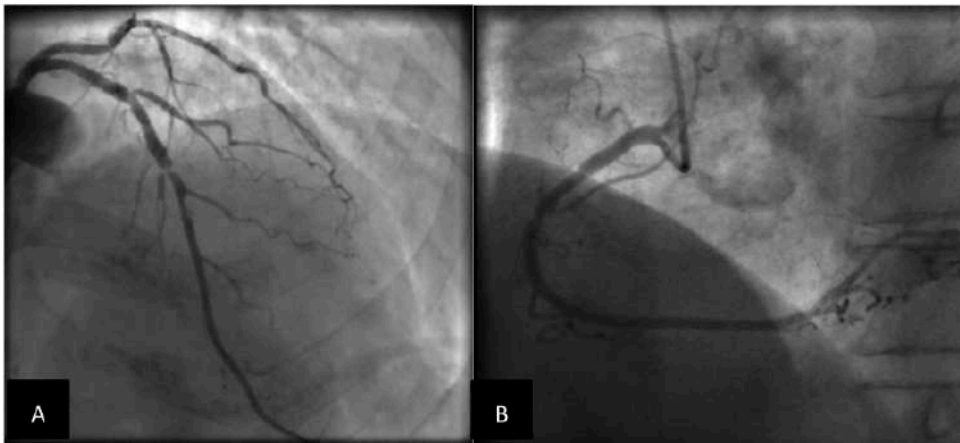


Figura 1.

Ante estos hallazgos se decidió tratamiento percutáneo mediante implante de dos stents farmacoactivos Angiolite (iVascular) solapados en DA proximal y media, respectivamente. La actitud inicial sobre ambas bifurcaciones fue predilatación con balón semicompliante 2.5/15 y provisional stenting del vaso principal, protegiendo la rama diagonal mediante una guía no hidrofílica con recubrimiento polimérico y sólo en caso de compromiso valorar el tratamiento de la primera diagonal.

Tras la predilatación se valoró angiográficamente el comportamiento de la carina, que no mostró compromiso (Figura 2, panel A) y se procedió al implante de los dos stents Angiolite solapados (2.75/19 y 3/24 mm) tras lo cual se objetivó un flujo adecuado tanto en el vaso principal como en la rama como se muestra en la Figura 2, panel B. El ostium de la rama quedó encarcelado por el stent pero sin desplazamiento de la carina, permeable y con flujo TIMI III.

El paciente no presentó complicaciones en las 24 horas siguientes y fue dado de alta hospitalaria con doble antiagregación y estatinas.



Dr. Ignacio Amat

Cardiólogo Intervencionista
Adjunto

Hospital Clínico de Valladolid
Valladolid
España

CASE REPORT

CATETERISMO CARDÍACO CON STENT FARMACOACTIVO ANGIOLITE®

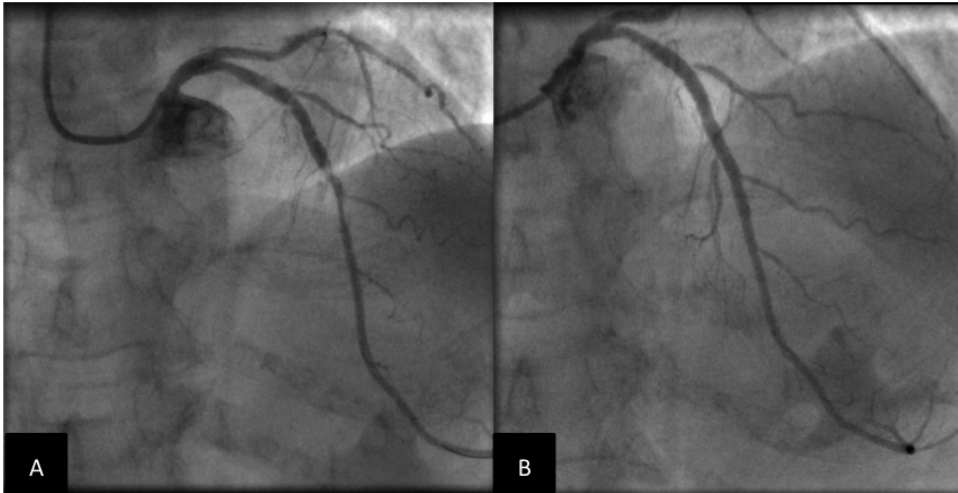


Figura 2.

La primera revisión se realizó a los 6 meses del procedimiento objetivando que desde el mismo el paciente había permanecido asintomático desde el punto de vista cardiológico. Se realizaron angiografía coronaria y OCT de control que demostraron un buen seguimiento angiográfico y la correcta aposición del stent con endotelización de todos los struts y adecuada permeabilidad de la rama (Figura 3). Se cambió el tratamiento a antiagregación simple y estatinas tras lo cuál el paciente permaneció libre de eventos en el seguimiento al año.

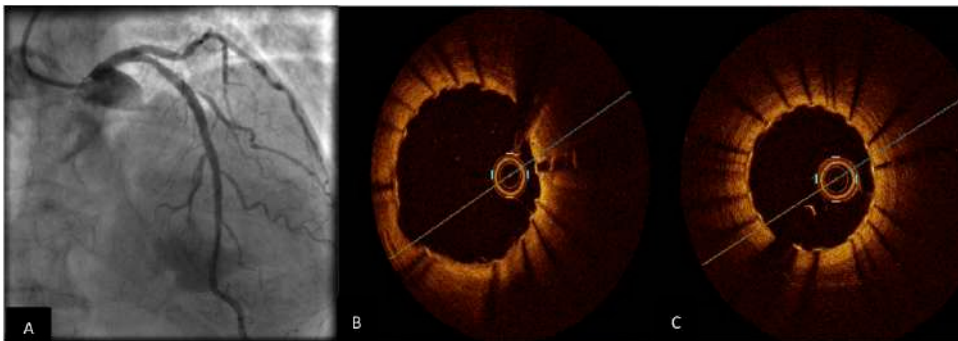


Figura 3.

Este caso ilustra la utilidad de la plataforma Angiolite para el tratamiento de lesiones de bifurcación mediante provisional stenting asegurando una correcta aposición del stent sin distorsión de la carina, y su rápida endotelización que permite reducir el tiempo de doble antiagregación a 6 meses reduciendo el riesgo de eventos.

FIGURAS.

Figura 1. Panel A: Angiografía de coronaria izquierda que muestra lesiones significativas en segmento proximal y medio de arteria descendente anterior, a nivel de bifurcación con primera diagonal y rama septal, respectivamente. Panel B: Angiografía de coronaria derecha que muestra lesión no significativa en segmento proximal.

Figura 2. Panel A: Resultado angiográfico tras predilatación de descendente anterior proximal y media con balón semi-compliant. Paneles B y C: Resultado angiográfico final tras implante de 2 stents recubiertos liberadores de sirolimus (Angiolite).

Figura 3. Panel A: Angiografía control sin evidencia de reestenosis y con permeabilidad de primera diagonal. Paneles B y C: Tomografía de coherencia óptica de stents en descendente anterior proximal (B) y media (C) a los 6 meses de seguimiento verificando adecuada aposición, ausencia de reestenosis y endotelización completa.

Dr. Ignacio Amat

Cardiólogo Intervencionista
Adjunto

Hospital Clínico de Valladolid
Valladolid
España