

Revascularización por vía retrógrada y doble abordaje de oclusión crónica de coronaria derecha complicada por perforación de rama septal

Dr. Fernando Cohen

Fellow de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
Hospital Italiano de Buenos Aires
Argentina



Caso Clínico

84 años de edad, sexo femenino

Hipertensión arterial, dislipemia

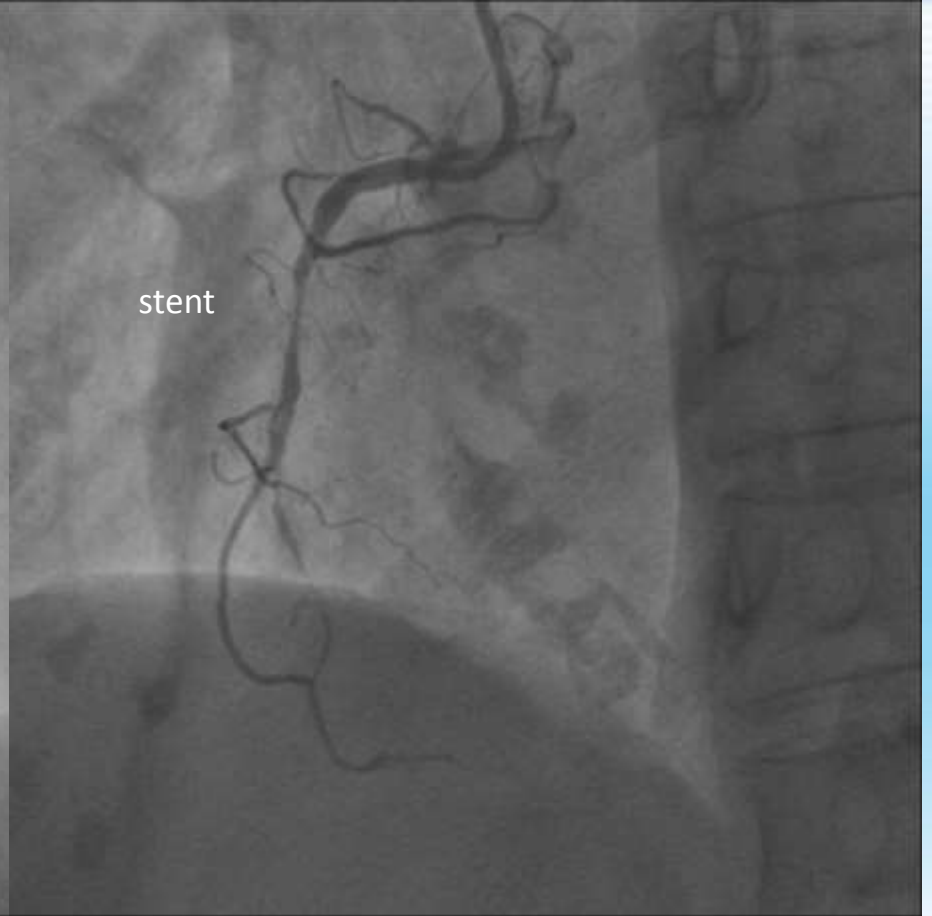
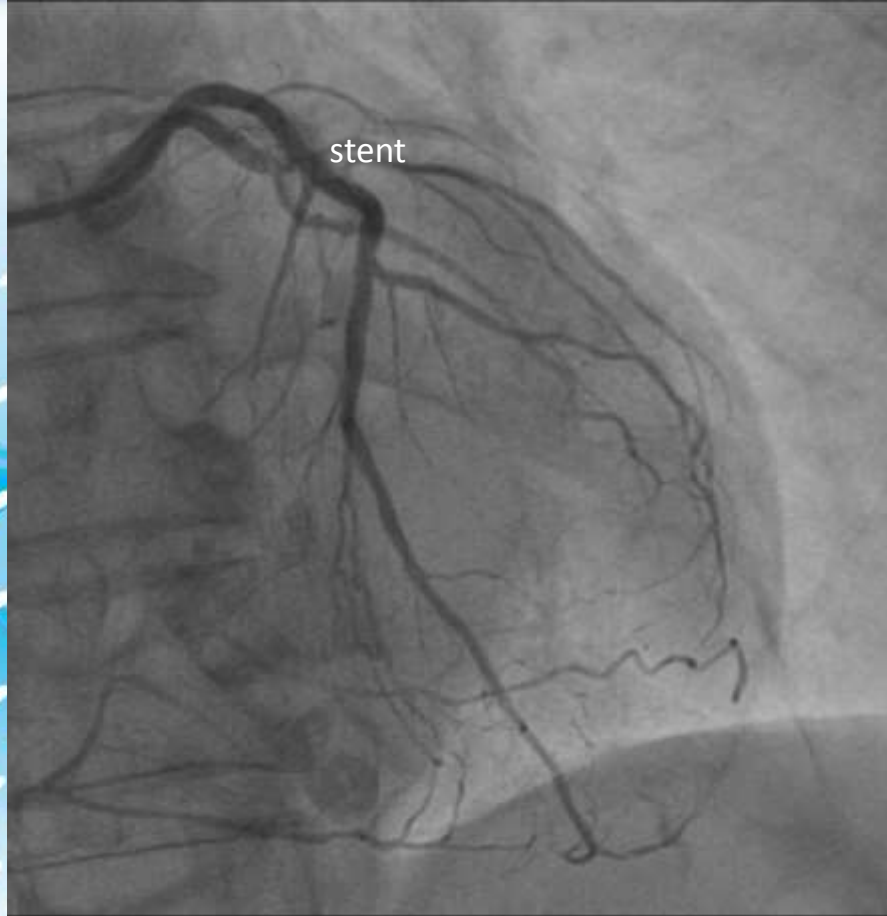
Antecedentes CV:

2000: ATC con BMS a DA proximal y CD tercio medio por angina de esfuerzo

ECG: BCRI

Medicación Habitual: Aspirina 100 mg/día, bisoprolol 2.5 mg/día, enalapril 10 mg/día, atorvastatina 20 mg/día

**CCG EN CONTEXTO DE ISQUEMIA INFERIOR
(SPECT) SOLICITADO POR DISNEA**



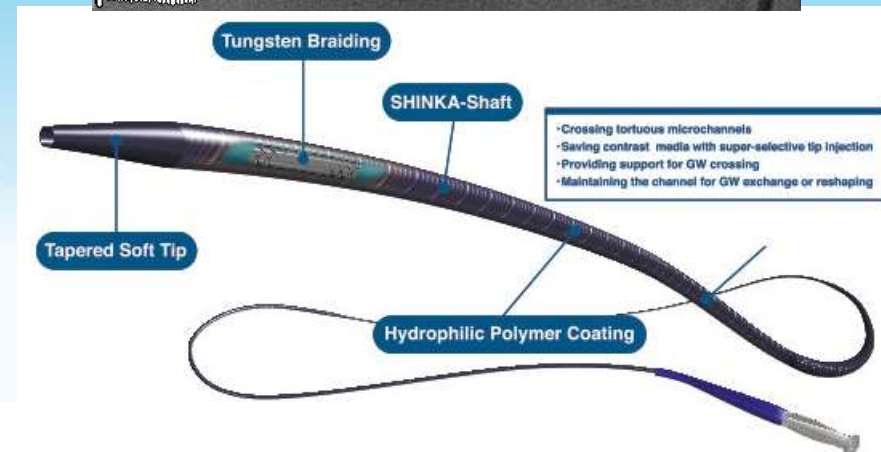
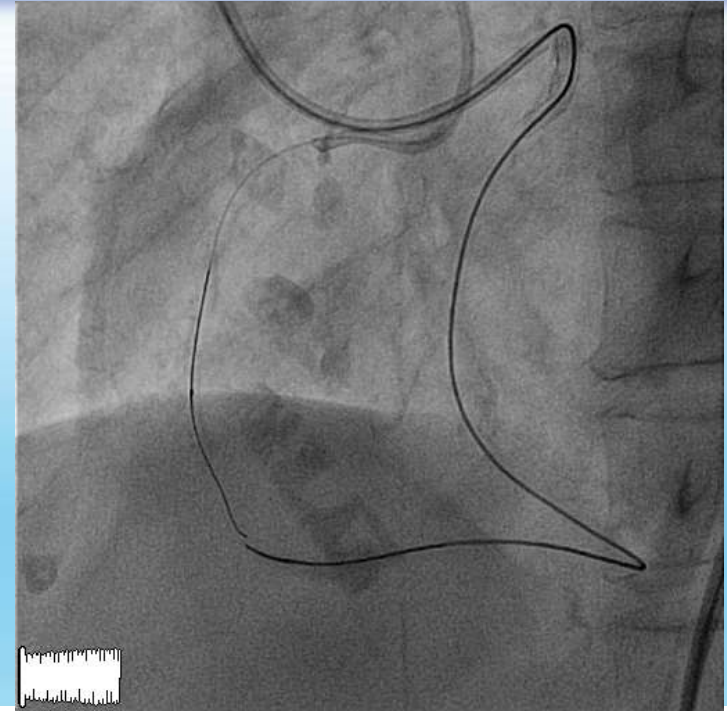
Estrategia

- Procedimiento bajo anestesia general
- Abordaje por vía femoral bilateral a través de introductores 7 Fr.
- Heparina: 80 UI/Kg
- Se posiciona catéter guía AL 1 sobre ostium de CD
- Se posiciona catéter guía EBU 3.5 sobre ostium de TCI

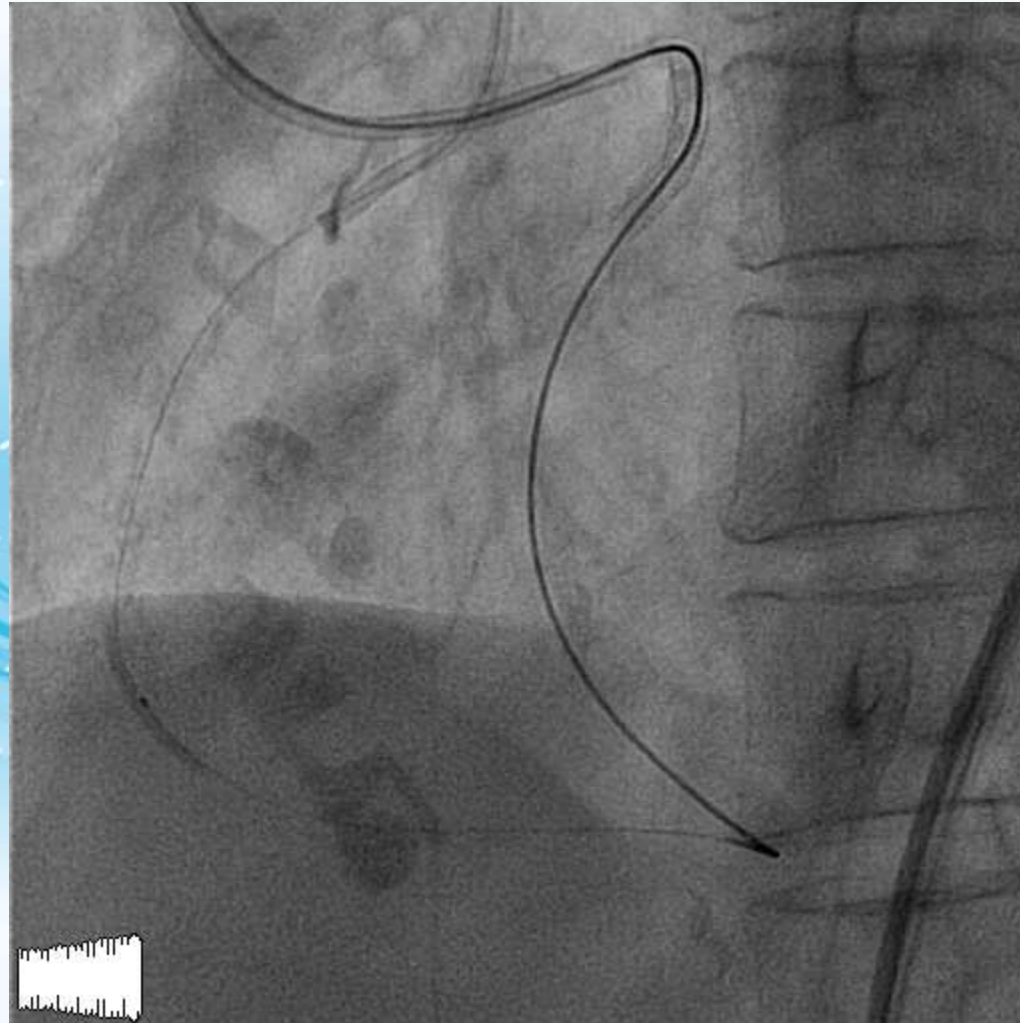
Estrategia

- Procedimiento bajo anestesia general
- Abordaje por vía femoral bilateral a través de introductores 7 Fr.
- Heparina: 80 UI/Kg
- Se posiciona catéter guía AL 1 sobre ostium de CD
- Se posiciona catéter guía EBU 3.5 sobre ostium de TCI
- Se avanza cuerda 0.014" ASAHI SION por vía anterógrada logrando atravesar parcialmente la oclusión

Se avanza posteriormente cuerda 0.014" ASAHI Intermediate por vía retrógrada a través de ramo septal de DA con ayuda de microcatéter (Corsair 135 cm).



Una vez atravesada la oclusión se intercambia por cuerda ASAHI RG3, externalizando la misma a través de catéter guía AL 1.



Previa dilatación con balones semi y no complacientes, se completa con ATC con DES a tercio proximal, medio y distal de CD (Biolimus 3.0x24 mm, 2.5x28 mm y 2.25x24 mm respectivamente)

Angiografía control desde microcatéter

Cierre con coils

ATC con BES a DA (3.0 x 14 mm)

Consideraciones finales I

Las oclusiones totales crónicas (> 3 meses) son identificadas en aproximadamente 20% de las angiografías coronarias diagnósticas.

A pesar de las mejoras en la técnica de angioplastia coronaria y de la expansión de sus indicaciones, los intentos de angioplastiar una CTO continúan siendo infrecuentes. (*)

En países desarrollados, la tasa de éxito del procedimiento ronda el 80% en operadores expertos (**)



(*) Sianos G, Werner GS, Galassi AR, et al. EuroCTO Club. Recanalisation of chronic total coronary occlusions: 2012 consensus document from the EuroCTO Club. EuroIntervention 2012;8: 139–45.

(**) Karpaliotis et al. Multicenter Retrograde CTO PCI Registry. JACC: CARDIOVASCULAR INTERVENTION S, VOL.5, NO.12,2012. Dec 2012:1273–9

Consideraciones finales II

La tasa de complicaciones intrahospitalarias es similar a la de ATC de vasos que no cumplen criterios de CTO. En el registro EuroCTO 2008–2010 (n=4820 pacientes), se describe una mortalidad de 0.3 %, IAM 2.7 %, CRM de urgencia 0.21 % y taponamiento 0.45%. (*)

Hay mayor riesgo de perforaciones (1–5 %), nefropatía por contraste (0.5–1.0 %) e injuria por radiación

Las complicaciones del abordaje de CTO por vía retrograda no deberían ser un impedimento para usarla como estrategia alternativa a la anterógrada, ya que la mayoría de estas tienen resolución endovascular.



(*) Rathore S, Kato H, Matsuo H, et al., Retrograde percutaneous recanalization of chronic total occlusion of the coronary arteries: procedural outcomes and predictors of success in contemporary practice, *Circ Cardiovasc Interv*, 2009;2(2):124–32.

Muchas gracias

fernando.cohen@hospitalitaliano.org.ar

