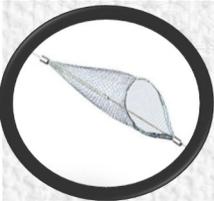




## INTRODUCCIÓN



Uno de los principales desafíos de la cardiología intervencionista es el tratamiento de la enfermedad coronaria obstructiva multivasa, y mas aun del injerto de vena safena. En 2010/2011 debido a la solidez del ensayo SAFER original, el uso de dispositivos de protección embólica distal para todos los procedimientos de PCI-SVG, cuando fuera técnicamente factible, recibió una recomendación de Clase I por parte de la Sociedad Europea de Cardiología y la Fundación del Colegio Americano de Cardiología. Datos que han cambiado en la actualidad; así como es el uso mandatorio de la imagen intravascular sobre todo en procedimientos de alta complejidad.

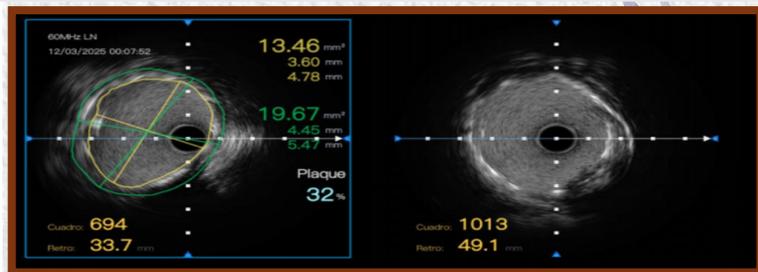
## RESUMEN DEL CASO

Paciente masculino de 68 años de edad con antecedente de revascularización miocárdica quirúrgica en 2010 por enfermedad arterial coronaria obstructiva significativa de tronco principal de arteria coronaria izquierda y 03 vasos principales, quien inicia su enfermedad actual en marzo del 2024 con angina y disnea clase funcional III. Es llevado a nuestro laboratorio de hemodinamia donde el cateterismo diagnóstico a través de acceso radial derecho con introductor 6Fr evidencia: enfermedad arterial coronaria obstructiva significativa de tronco principal izquierdo, 03 vasos principales ( ADA 100% - ACX 100% - ACD 99%), puente safeno aortocoronario a 1ra OM 90% proximal y puente AMI – ADA permeable. Por lo que se decidió revascularización de ACD y puente safeno aortocoronario a 1ra OM.

Utilizando Catéter guía AL1 6FR para la canulación de ACD, con guía de angioplastia intermedia hasta segmento distal de ACD, donde se avanza balón convencional 2.50x15mm hasta segmento medio de ACD para predilatación, posteriormente en segmento distal. Se realiza inyección control donde se observa que no hay modificación de la placa, por lo cual se avanza scoring balon 3x15mm y se insufla en 4 oportunidades, logrando así modificación de la placa. Seguidamente se avanza Stent liberador de everolimus 4x38mm y Stent 4.0x19mm mediante técnica de overlapping. Posteriormente se cruza balón 4x19 mm para Postdilatar los sitios de overlapping. Se realiza inyección control sin evidencia de lesión residual con flujo TIMI 3.

A continuación se avanza catéter guía AL2 6FR para la canulación de puente safeno aortocoronario a 1ra OM, se introduce guía de angioplastia intermedia 0,014x190 cm hasta anastomosis distal del puente safeno aortocoronario a 1ra OM, donde se avanza filtro de protección embólica distal 4.0mm, se avanza stent liberador de everolimus 4.0x18mm y se impacta en segmento ostial.

Finalmente se realiza corrida de IVUS evidenciando Stent bien expandido y aposicionado con diámetro máximo 4.78mm y área luminal mínima 13.46 mm<sup>2</sup>. Se realiza inyección control evidenciando flujo TIMI 3, concluyendo procedimiento como exitoso sin complicaciones.



## CONCLUSIÓN

Existen múltiples ensayos que validan la revascularización completa, ya que puede ofrecer mejoras en la calidad de vida, reducir significativamente la mortalidad y además generar una mejoría significativa de la fracción de eyección al momento del alta, así como prevenir nuevos eventos cardiovasculares. En vista de estos desafíos, creemos que es necesario ser cautelosos y seguimos convencidos de que el principio de precaución es el mejor enfoque para la intervención en injertos de vena safena.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Faro DC, Laudani C, Giuseppa F, Ammirabile N, Finocchiaro S, et al. Complete Percutaneous Coronary Revascularization in Acute Coronary Syndromes With Multivessel Coronary Disease: A Systematic Review. JACC: Cardiovascular Interventions. 2023; 16 (19): 2347-2364.
- Costa, F., & Cohen, D. J. (2019). Embolic protection devices in saphenous vein graft intervention: Better safe than sorry. Circulation: Cardiovascular Interventions, 12(5), e007879