

Recanalización compleja de la descendente anterior proximal con doble acceso radial. Un desafío intervencionista. Reporte de caso

(a)Dr. Juan Pablo Masías (b) Dr. Armando Buchelli

Médico Postgradista de Cardiología Nivel IV / Jefe del Área de Hemodinámica
Departamento de Cardiología del Hospital Alcívar

INTRODUCCIÓN

Las oclusiones coronarias totales crónicas (CTO) representan una de las formas más avanzadas de enfermedad aterosclerótica y se asocian con un pronóstico adverso, especialmente cuando comprometen territorios miocárdicos extensos, como el irrigado por la arteria descendente anterior. La pérdida sostenida de flujo anterógrado conlleva a isquemia miocárdica persistente, deterioro progresivo de la función ventricular izquierda y aumento de arritmias malignas y mortalidad cardiovascular. La recanalización exitosa de una CTO en estos escenarios no solo restablece la perfusión y mejora la contractilidad regional, sino también se asocia con reducción de eventos mayores y mejor supervivencia a larga plazo. Por ello su identificación y tratamiento mediante estrategias avanzadas como el doble acceso radial modifica favorablemente el pronóstico.

PRESENTACIÓN DE CASO

Adulto de 68 años de edad con factor de riesgo cardiovascular de HTA, acude por dolor precordial tipo angina más cambios eléctricos sin reactividad de biomarcadores de lesión miocárdica, destaca rápida conversión de angina estable a inestable que no cede al reposo y que en las últimas horas suma cotejo vegetativo, en EKG se evidencia Zona eléctrica inactiva en cara anteroseptal con Q patológica, ecocardiograma destaca FEVI 45% con Hipoquinesia marcada anteroseptal y apical por lo que se decide cinecoronariografía en la que se evidenció CTO localizada en segmento proximal de la DA, con ausencia de flujo anterógrado, mediante técnica anterógrada y apoyo de doble acceso radial se logró cruce exitoso de guía hacia el lecho distal verdadero confirmándose la posición luminal, posteriormente se realizó predilatación y colocación secuencial de 2 stents farmacoactivos, obteniéndose una recanalización completa del vaso con restablecimiento del flujo anterógrado (TIMI III).



Figura 1 . OAI 45° Coronaria derecha Figura 2. Flujo colateral a DA Rentrop II

INTERVENCIÓN Y RESULTADOS

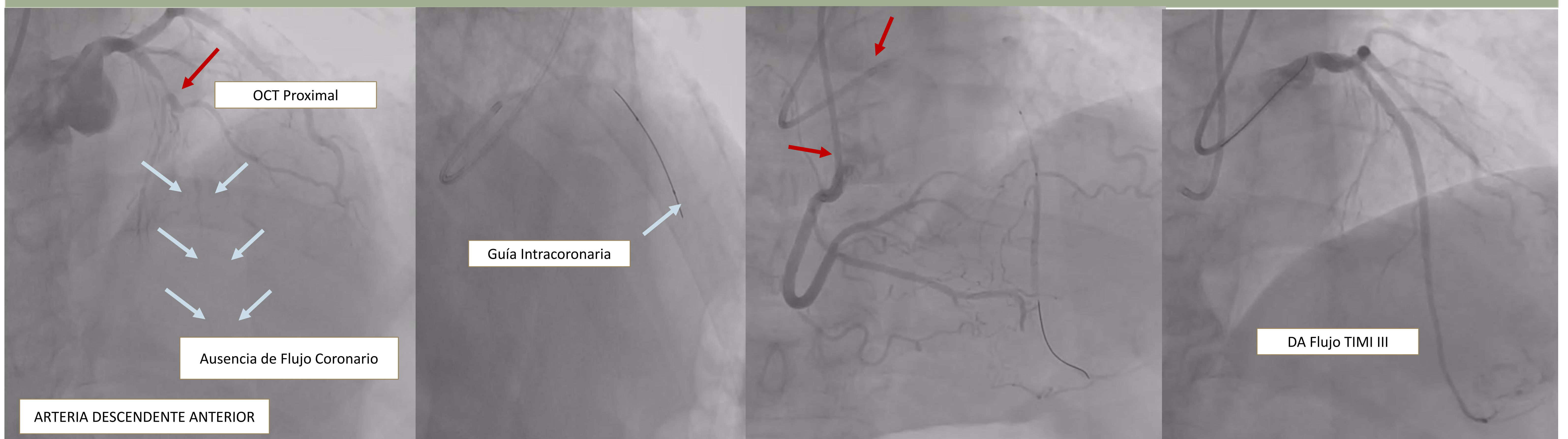


Figura 2 y 3. OCT en zona proximal de DA / Guía intracoronaria

Figura 4 -5 Doble acceso : Guía Intraluminal de DA - Balón y Stent DES / Resultado Final

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

El abordaje de las oclusiones coronarias totales crónicas (CTO) continúan siendo uno de los escenarios más desafiantes para el intervencionismo coronario. Diversos registros contemporáneos como Euro CTO y OPEN CTO, han demostrado que la recanalización exitosa de una CTO se asocia con mejoría de la función ventricular, alivio sintomático y reducción de eventos cardiovasculares mayores, especialmente cuando el vaso comprometido como en este caso la descendente anterior proximal perfunde un territorio miocárdico extenso. En nuestro paciente, la elección de una estrategia anterógrada con doble acceso radial permitió una planificación más precisa y segura del procedimiento, al posibilitar una visualización simultánea de ambos sistemas coronarios y confirmar en tiempo real la posición luminal distal de la guía. Este enfoque es respaldado por estudios recientes como el Wu et al. (2024) que demostraron la viabilidad y seguridad del acceso radial bilateral en recanalizaciones de CTO, en nuestro caso, la aplicación de esta técnica facilitó el cruce anterógrado efectivo de la oclusión y un resultado angiográfico final óptimo, manteniendo los beneficios inherentes del acceso radial, menor sangrado, rápida recuperación y comodidad del paciente.

CONCLUSIONES

La recanalización de las oclusiones coronarias crónicas totales permite restaurar la perfusión miocárdica y mejorar el pronóstico global del paciente.

El doble acceso radial integra precisión, seguridad y eficiencia, consolidándose como una herramienta clave en la revascularización coronaria moderna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mares A, Mukherjee D. Management of Chronic Total Occlusion of Coronary Artery. *Int J Angiol*. 2020 Dec 3;30(1):48-52. doi:10.1055/s-0040-1721478. PMC
2. Tajti P, Karpaliotis D, Alaswad K, et al. Procedural Outcomes of Percutaneous Coronary Intervention for Chronic Total Occlusion in the Current Era: Insights From a Large Multicenter Registry. *J Am Coll Cardiol Intv*. 2019;12(1):13-25. doi:10.1016/j.jcin.2018.11.019. JACC
3. Megaly M, Elgendy IY, Mahmoud A, et al. Radial Versus Femoral Access in Chronic Total Occlusion Percutaneous Coronary Intervention. *Circ Cardiovasc Interv*. 2019;12(6):e007778. doi:10.1161/CIRCINTERVENTIONS.118.007778. AHÁ Journals
4. Simsek B, Zabramski V, Dahdouh Z, et al. Radial access for chronic total occlusion percutaneous coronary interventions: feasibility and outcomes. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2015;86(4):700-708. doi:10.1002/ccd.25827. Wiley Online Library
5. Hamon M, Pristipino C, Di Mario C, et al. Consensus document on the radial approach in percutaneous cardiovascular interventions: position paper by the EAPCI and ESC Working Groups. *EuroIntervention*. 2013;8(11):1242-1251. doi:10.4244/EIJV811A209. EuroIntervention
6. Carlino M, Magri CJ, Uretsky BF, et al. Treatment of the chronic total occlusion: a call to action for the interventional community. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2015;85(5):771-778. doi:10.1002/ccd.25736. JAMA Network
7. "Evaluation and management of patients with coronary chronic total occlusions considered for revascularisation. A clinical consensus statement...". *EuroIntervention*. 2019;15(5):1175-1187. doi:10.4244/EIJ-D-18-00531. EuroIntervention
8. Reifart J, Brilakis ES, Carlino M, et al. Experience with the novel unifemoral parallel sheath and alternative arterial access site combinations for CTO interventions. *Cardiovasc Revasc Med*. 2021;22(4):329-336. doi:10.1016/j.carrev.2020.03.007. PMC
9. "Association of Successful Percutaneous Revascularization of Chronic Total Occlusions With Quality of Life: A Systematic Review and Meta-analysis of Seven Trials". *JAMA Netw Open*. 2023;6(3):e2807447. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.07447. JAMA Network