

## 20. Tratamiento conservador de la disección iatrogénica de TCI: un caso infrecuente

Juan Albistur<sup>1</sup>

Juan Bachini<sup>1</sup>

Pedro Trujillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Clínicas

### Resumen

**Historia clínica:** hombre, 69 años. Antecedentes de HTA, DM tipo 2, FA aceptada. Tratado con warfarina, bisoprolol y furosemide. Insuficiencia mitral severa sintomática por disnea de esfuerzo CF III. Al examen físico se destaca ritmo irregular de 84 cpm R 1 variable, soplo holosistólico en ápex 3/6 con irradiación a axila. Sin elementos actuales de ICA.

**Pruebas complementarias:** ETT y ETE: VI normal, FEVI normal y auriculomegalia izquierda. Insuficiencia mitral severa excéntrica (no mixomatosa) con dilatación anular, calcificación de valva menor y prolapsode valva mayor. Cavidades derechas normales sin HTP. CACG de coordinación por abordaje radial derecho. Se utilizan catéteres 6 Fr (JR 4.0 y JL 3.5). No se observan estenosis angiográficamente significativas. Se observa disección iatrogénica de TCI por traumatismo directo de punta de catéter y jet de contraste. Presenta dolor torácico breve que calma espontáneamente. ECG sin cambios. Se recambia por catéter guía EBU 3.5 6 Fr y se progresiva guía coronaria hacia tercio distal de ADA. Se realiza pullback con IVUS desde ADA a TCI observando hematoma mural limitado al TCI. Área y diámetro luminal mínimo de 22 mm<sup>2</sup> y 4,58 mm respectivamente.

**Evolución clínica:** se monitoriza 45 minutos en sala. Persiste asintomático, ECG incambiado y sin progresión angiográfica de la lesión. Ingresa en UC por 72 h y se otorga alta al séptimo día. Recibe clopidogrel y heparina de bajo peso molecular. No presenta síntomas ni alteraciones en ECG y se otorga alta bajo tratamiento habitual. Sin complicaciones al mes.

**Diagnóstico:** disección iatrogénica de TCI tipo I (clasificación simplificada) o tipo A (clasificación de la NHLBI).

**Discusión:** la disección iatrogénica de TCI es una complicación muy temida y poco frecuente (menor 0,1%). En nuestro caso la falta de coaxialidad y el traumatismo directo endotelial inadvertido fueron los factores determinantes para generar la disección. Por su extensión se clasificó como tipo I (clasificación simplificada) o tipo A de la clasificación NHLBI. El tratamiento recomendado habitualmente es la angioplastia de salvataje, siendo la CRM la segunda opción. Sin

embargo, el tipo de disección y la evolución clínico-angiográfica junto a los datos del IVUS (extensión y área luminal) permitieron tomar una conducta expectante con excelente evolución a un mes de seguimiento.