

## ANEXO 1: FORMULARIO "CASE REPORT"

Cumplimentar el siguiente formulario con la información del caso clínico:

**Título:**

**RECANALIZACIÓN COMPLETA DE FEMORAL SUPERFICIAL SIN MUÑÓN CON IMPLANTACIÓN SELECTIVA DE SPOT STENTING. A CASE REPORT**

**Introducción (Incluir los antecedentes con las referencias bibliográficas pertinentes y la justificación del porqué se reporta este caso clínico):**

Las obstrucciones completas del sector femoropoplíteo (FP) continúan siendo un reto para el tratamiento endovascular hoy en día. La actual tendencia de la comunidad vascular de "no dejar nada atrás" (to leave nothing behind) no se está realizando especialmente cuando se tratan lesiones largas FP. Es casi imposible en muchas ocasiones tratar estas lesiones complejas sin un stent, y en un número no despreciable de casos acaban con un "full metal jacket". Debido al continuo movimiento de la arteria en este segmento (elongación, torsión y flexión) existe en el stent implantado un estrés biomecánico considerable, que en stents largos con el paso del tiempo provoca la fatiga y fractura de los mismos. En este sentido la implantación del spot stenting supone un avance importante para dejar el mínimo de metal posible en la arteria y así evitar fracturas y oclusiones futuras.

- 1. Amendt K, Beschorner U, Waliszewski M, et al. First Clinical experience with the Multi-LOC multiple stent delivery system for local stenting in long femoro-popliteal lesions. VASA 2017; 46 (6):452-461.**
- 2. Hong SJ, Ko YG, Shin DH, et al. Outcomes os Spot Stenting versus long stenting after intentional subintimal approach for long chronic total occlusions of the femoropopliteal artery. JACC 2015;8(3):472-480.**
- 3. Sigl M, Dudeck O, Jung J, Koelble H, Amendt K. Multiple stent delivery system multi-LOC, a new technology for spot-stenting of the femoropopliteal artery - proof of concept study in a preclinical large animal model. VASA 2017(6);46:446-451**

### Descripción del caso

- Paciente varón de 73 años sin alergias medicamentosas conocidas con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, exfumador desde hace 5 años, cardiopatía isquémica (IAM hace 5 años que requirió implantación de stent en DA). Acude a nuestro centro con lesión en 1º dedo del pie izquierdo de 2 meses de evolución tras acudir al podólogo. Refiere claudicación intermitente previa a más de 500 metros por la que no consultó.
- A la exploración física presenta una obliteración femoropoplítea en extremidad inferior izquierda (EII) con un buen pulso femoral, y una necrosis distal del 1º dedo del pie izquierdo sin signos de linfangitis en dorso del pie.
- Exploraciones complementarias:
  - a) Eco-Dópler arterial en EII mostrando permeabilidad de femoral común y profunda con curva trifásica normal sin observarse placas ni estenosis. Oclusión completa (desde el ostium) de femoral superficial con permeabilidad en poplítea con curva monofásica.
  - b) Índice Tobillo/Brazo en EII de 0.42.
- Se decide realizar arteriografía armada mediante acceso femoral contralateral derecho, se practica crossover hasta femoral común izquierda, colocándose introductor 6Fr de 45cm. La arteriografía muestra una oclusión completa de femoral superficial recanalizando en 1ª porción de poplítea [Fig 1 y 2], resto de arteria poplítea permeable sin estenosis y permeabilidad de troncos distales con leve ateromatosis sin estenosis severas. Mediante guía hidrofílica 0.035" y cateter 5fr de soporte se consigue recanalización con reentrada en poplítea. Se procede a la predilatación progresiva con balones de 4 y 6mm de diámetro y posteriormente dilatación con balones farmacoactivos SEQUENT PLEASE OTW 6.0x150mm y 6.0x80mm. La arteriografía de comprobación muestra tres pequeñas disecciones focalizadas en 1/3 medio y distal de femoral superficial [Fig 3] y una en el ostium. Se decide colocación de 4 Stents Multi-LOC de 6x13mm (portador de 130cm) en dichas localizaciones, obteniendo un resultado óptimo sin evidenciarse disecciones arteriales en la comprobación [Fig 3 y 4]. Se practica en el mismo acto una amputación transfalángica del 1º dedo del pie izdo.
- El paciente presenta un correcto post operatorio recuperando pulso pedio y tibial posterior, con una herida quirúrgica de buen aspecto, siendo dado de alta a las 48 horas.

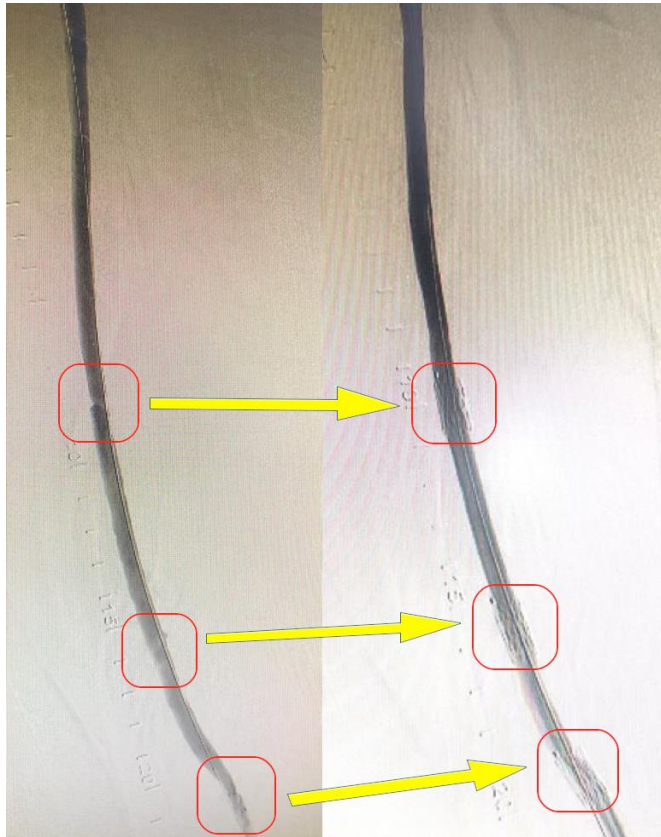
**Fig 1. Permeabilidad de femoral común y profunda izquierdas, y oclusión completa de femoral superficial sin muñón.**



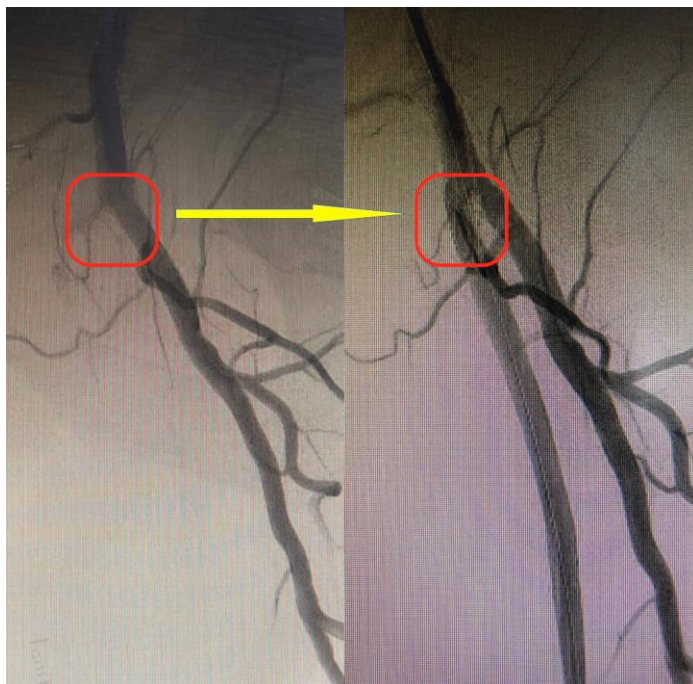
**Fig 2. Recanalización distal en Hunter izdo.**



**Fig 3. Colocación del spot stenting (3 stents de 6x13mm) en las zonas de disección y recoil con un resultado óptimo.**



**Fig 4. Colocación stent Vascuflex Multi-LOC 6x13mm en ostium de femoral superficial**



**Discusión y/o conclusiones:**

Existen diversos estudios clínicos (1-3) que avalan el uso de Vasculflex Multi-LOC. La idea detrás del spot stenting es: 1) permitir la implantación del stent sólo donde se necesite aplicando una fuerza radial similar a cualquier otro stent de nitinol, 2) minimizar el daño de las propiedades biomecánicas en los segmentos arteriales stentados al limitar la implantación a stents cortos, 3) intentar una reducción de las fracturas del stent y evitar la hiperplasia miointimal en los segmentos stentados 4) optimizar la rentabilidad ya que se pueden implantar stents en múltiples segmentos con un sólo dispositivo.

Los resultados del estudio LOCOMOTIVE muestran cómo es posible evitar a los pacientes un "full metal jacket" en lesiones largas sin sacrificar permeabilidad disminuyendo drásticamente la tasa de fracturas comparado con los stents largos. Los resultados del spot stenting muestran ser una estrategia efectiva y segura.