Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 838

Revista Española de Cardiología

6042-5. ANGIOPLASTIA PRIMARIA DE LESIONES CORONARIAS CALCIFICADAS MEDIANTE LITOPLASTIA CORONARIA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST

Héctor Cubero Gallego[1], Nieves Gonzalo López[2], Helena Tizón Marcos[1], Álvaro Aparisi Sanz[1], Ángela McInerney[2], Neus Salvatella Giralt[1] y Beatriz Vaquerizo Montilla[1]

[1]Hospital del Mar, Barcelona y [2]Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La litoplastia coronaria (LC) es una nueva herramienta para el tratamiento de las lesiones coronarias calcificadas que funciona fracturando la placa calcificada, lo que permite conseguir una mayor ganancia del área media, así como facilitar la expansión y aposición del *stent*. A pesar de los buenos resultados iniciales en registros multicéntricos del mundo real, hay escasa evidencia sobre el uso de la LC en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST). Este estudio reporta los resultados del procedimiento y el seguimiento clínico a corto plazo de una serie del mundo real con el uso de la LC en el contexto de la angioplastia primaria en el IAMCEST.

Métodos: Se trata de un registro prospectivo realizado en 2 hospitales nacionales, en el que se incluyeron 10 pacientes que presentaban una lesión calcificada culpable dentro de un IAMCEST y que fueron sometidos a LC durante la angioplastia primaria, entre julio de 2019 y julio de 2020.

Resultados: La edad media era de 69,2 ± 11,8 años; había una alta proporción de pacientes con hipertensión (70%) y dislipemia (60%). Todas las lesiones coronarias (tipo B/C) se predilataron con un balón semicompliante. Se realizaron técnicas de imagen intravascular en 5 lesiones (50%) que mostraron calcificación grave con distribución concéntrica. La LC se realizó en todos los casos una vez que el trombo macroscópico fue recuperado con éxito mediante un catéter de aspiración de trombos. Antes de la litoplastia, se utilizó la aterectomía rotacional en una lesión y el balón de corte en 2 casos. Por término medio, la LC requirió el uso de 1 balón de litotricia (rango, 1-2), con una aplicación media de 70 pulsos (7 pulsos). Dos balones de litoplastia se rompieron durante la aplicación de la terapia sin ningún evento adverso. Se logró el éxito de la LC en el 90% de los casos. Solo hubo un caso en el que no se logró un diámetro de estenosis residual 50% a pesar de utilizar un balón de corte y 2 balones de litoplastia, por lo que se aplicó balón farmacoactivo. No hubo complicaciones cardiacas periprocedimiento.

Conclusiones: La litoplastia coronaria parece ser una técnica segura y eficaz en pacientes con IAMCEST y una lesión coronaria calcificada culpable que se someten a una angioplastia primaria para modificar el calcio en ausencia de trombo angiográfico, y una opción adecuada para lograr la correcta expansión y aposición del *stent*.