



4004-6. HALLAZGOS DE LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA EN PACIENTES CON TROMBOSIS DEL *STENT*

Javier Cuesta Cuesta, Marcos García Guimaraes, Fernando Rivero Crespo, Teresa Bastante Valiente, Paula Antuña Álvarez, Teresa Alvarado Casas, Amparo Benedicto Buendía y Fernando Alfonso Manterola del Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La trombosis del *stent* (TS) es una complicación infrecuente pero potencialmente grave. La tomografía de coherencia óptica (TCO) nos ofrece imágenes de alta resolución e información adicional a la angiografía en el estudio de esta complicación.

Métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron a todos los pacientes ingresados en nuestro centro por TS. A todos ellos se les realizó una TCO durante el procedimiento.

Resultados: Se incluyeron un total de 40 pacientes consecutivos con TS y TCO entre octubre de 2013 y marzo de 2016. La edad media fue de 69 ± 13 años, siendo el 83% varones. La presentación clínica más frecuente fue como IAM con elevación del ST en el 75% de los casos. El 40% presentó una TS aguda/subaguda, determinándose por TCO como causa principal la malaposición (38,4%) seguida de la infraexpansión grave (23,1%). El 60% restante presentó una TS tardía/muy tardía. Dividimos el grupo de TS tardía/muy tardía en función del tipo de *stent*: 50% con *stent* convencional (SC) y 50% con *stent* farmacoactivo (SF). No se observaron diferencias significativas en la longitud ($19,1 \pm 6,3$ mm en SC frente a $18,1 \pm 9,7$ mm en SF, $p = \text{NS}$) ni en el diámetro del *stent* ($2,8 \pm 0,4$ mm en SC frente a $3 \pm 0,4$ mm en SF, $p = \text{NS}$) implantado. El tiempo desde el implante del *stent* hasta la TS fue mayor en el grupo de SC (3.197 ± 1.540 en SC frente a 1.509 ± 1.501 en SF, $p = 0,01$). En el estudio por TCO no se observaron diferencias en el área de referencia media ($5,8 \pm 1,6$ mm² en SC frente a $6,3 \pm 2,8$ mm² en SF, $p = \text{NS}$), en el área mínima del *stent* ($5,4 \pm 1,4$ mm² en SC frente a $6,5 \pm 3,3$ mm² en SF, $p = \text{NS}$) ni en el índice de infraexpansión 0,8 (30% en SC frente a 20% en SF, $p = \text{NS}$). Se determinó el porcentaje de frames en los que se observaba algún *strut* no endotelizado o malapuesto. De los 3.885 frames estudiados, se observó en el grupo de SF mayor proporción de frames con *struts* no endotelizados ($7,7 \pm 10,3$ frente a $1,1 \pm 2\%$, $p = 0,05$) así como de frames con *struts* malapuestos ($4,2 \pm 6,7$ frente a 0%, $p = 0,05$).

Conclusiones: La causa más frecuente de TS aguda/subaguda observada fue la malaposición seguida de la infraexpansión grave. El estudio de TCO de los pacientes con TS tardía mostró que el grupo de SF presentó una mayor proporción de *struts* no endotelizados y malapuestos que en el grupo de SC.