Rev Esp Cardiol. 2012;65 Supl 3: 49

Revista Española de Cardiología

4016-5. EVALUACIÓN DE LA CAUSA DE LA TROMBOSIS DEL *STENT* CON TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA

Nieves Gonzalo López, Fernando Alfonso Manterola, Javier Escaned Barbosa, Pilar Jiménez Quevedo, Camino Bañuelos de Lucas, Rosana Hernández Antolín, Antonio Fernández Ortiz y Carlos Macaya Miguel del Servicio de Cardiología del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: El estudio de la causa de la trombosis del *stent* (TS) es fundamental para definir la estrategia de tratamiento y para la prevención de nuevos eventos. En este estudio, evaluamos la causa de la TS con tomografía de coherencia óptica (TCO).

Métodos: Se incluyó de forma prospectiva a todos los pacientes con trombosis del *stent* en situación hemodinámica estable. La TCO se realizó después de restaurar el flujo en el vaso.

Resultados: Se estudió a 20 pacientes con TS. La mediana de tiempo desde la implantación del *stent* fue de 26 meses (rango 1-82). La TS fue subaguda en 5 (25%), tardía en 6 (30%) y muy tardía en 9 (45%) casos. En 6 (30%) pacientes la TS se desarrolló en un *stent* convencional y en 14 casos (70%) en un *stent* farmacoactivo (SFA). No hubo complicaciones relacionadas con la realización de TCO. La TCO confirmó la presencia de trombo en todos los casos. No hubo diferencias entre las TS subagudas (TSA) y tardías/muy tardías (TST) respecto a la longitud del *stent* (22 ± 8 vs 22 ± 10 mm respectivamente p = 0,3), área media del *stent* (6,8 ± 3,2 vs 8,0 ± 4 mm^2 respectivamente p = 0,8) o área mínima del *stent* (4,8 ± 3,4 vs 6,1 ± 2,9 mm^2 respectivamente p = 0,8). Se observó infraexpansión del *stent* en 2/5 (40%) TSA y en 8/15 (53%) TST (p = 0,5). Existía malaposición en 2/5 (40%) TSA y en 7/15 (46,7%) TST (p = 0,6) (área media de malaposición 0,89 ± 0,98 mm^2 y 1,41 ± 1,5 mm^2 para TSA y TST respectivamente p = 0,7). La TS se localizó en una zona de solapamiento de 2 *stents* en 1/5 TSA y en 2/15 TST. Se detectó TS en un "gap" entre *stents* en 1/5 TSA y en 1/15 TST. La TCO objetivó restenosis concomitante en 6/15 (40%) casos de TST (1 convencional, 5 SFA). En 3 casos (2 muy tardías, 1 tardía, todos SFA) se identificaron placas rotas adyacentes al*stent* como causa de la TS. En las TST se documentó un alto porcentaje de *stents* con struts no cubiertos (12/15, 80%, 2 convencionales, 10 SFA) (número medio de struts no cubiertos por mm de *stent*0,24 ± 0,20). En un caso de TS tardía se observó un tejido heterogéneo de baja reflectividad rodeando a los struts.

Conclusiones: 1) La TCO es una herramienta útil y segura para evaluar las causas de TS y guiar su tratamiento. 2) Con TCO se pueden observar diferencias en los mecanismos causales de TS subaguda y tardía.