



## 4016-6. HALLAZGOS DE LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA EN LOS PACIENTES CON TROMBOSIS DEL *STENT*

Javier Cuesta Cuesta, Fernando Rivero Crespo, Teresa Bastante Valiente, Daniel Rodríguez-Alcudia, M<sup>a</sup> Cruz Aguilera Martínez, Amparo Benedicto Buendía y Fernando Alfonso 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 patología.

**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 27 pacientes consecutivos entre octubre de 2013 y marzo de 2015. La edad media fue de  $67,4 \pm 12,9$  años, siendo el 89% varones. La presentación clínica más frecuente fue como IAM con elevación del ST en el 67% de los casos. El 30% presentó una TS aguda/subaguda, observándose como causa principal la disección del borde distal (50%) seguida de la suspensión del tratamiento con doble antiagregación (25%). El 70% presentó una TS tardía/muy tardía, sin observarse imágenes de disección distal en ninguno de los casos pero con suspensión del tratamiento antiagregante en 4 pacientes (21%). Dividimos el grupo de TS tardía/muy tardía en función del tipo de *stent*: 53% con *stent* convencional (SC) y 47% con *stent* farmacoadactivo (SF). No se observaron diferencias significativas en el tiempo en días desde el implante del *stent* ( $3.189 \pm 1.371$  en SC frente a  $1.858 \pm 1.586$  en SF,  $p = 0,2$ ), longitud del *stent* ( $18,8 \pm 7,6$  mm en SC frente a  $18,8 \pm 11,1$  mm en SF,  $p = 0,2$ ) ni diámetro del *stent* ( $2,8 \pm 0,4$  mm en SC frente a  $2,9 \pm 0,4$  mm en SF,  $p = 0,5$ ) implantado. En el estudio por TCO no se observaron diferencias en el área mínima del *stent* ( $5,69 \pm 1,68$  mm<sup>2</sup> en SC frente a  $5,10 \pm 1,54$  mm<sup>2</sup> en SF,  $p = 0,6$ ) ni en el porcentaje de infraexpansión ( $82 \pm 15,9\%$  en SC frente a  $72 \pm 19,2\%$  en SF,  $p = 0,7$ ). Se determinó el porcentaje de frames en los que se observaba algún *strut* no endotelizado y/o malapuesto. De los 4184 frames estudiados, se observó en el grupo de SF mayor proporción de frames con *struts* no endotelizados ( $9,27 \pm 11,9\%$  frente a  $1,64 \pm 3,5\%$ ,  $p = 0,001$ ) así como de frames con *struts* malapuestos ( $4,94 \pm 6,5\%$  frente a  $0\%$ ,  $p < 0,001$ ).

	Stent convencional	Stent farmacoadactivo	
Área mínima stent por OCT, mm <sup>2</sup>	$5,69 \pm 1,68$	$5,10 \pm 1,54$	$p = 0,04$
% infraexpansión stent por OCT	$82 \pm 15,9\%$	$72 \pm 19,2\%$	$p = 0,7$

% frames struts no endotelizados	1,64 ± 3,5%	9,27 ± 11,9%	p = 0,001
% frames struts malapuestos	0 ± 0%	4,94 ± 6,5%	p < 0,001

**Conclusiones:** La causa más frecuente de TS aguda/subaguda observada fue la disección del borde distal del *stent* mientras que no se observaron disecciones en el grupo de TS tardía/muy tardía. El estudio de TCO intracoronaria 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.