



6002-75. ECOGRAFÍA INTRAVASCULAR Y TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA EN LA TROMBOSIS DE STENT

Jaime Rolando Dutary Torres, Manuel Paulo Guzmán, Nieves Gonzalo, Pilar Jiménez-Quevedo, Rosana Hernández-Antolín, Camino Bañuelos, Javier Escaned y Fernando Alfonso del Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Antecedentes y objetivos: La trombosis (TH) del stent es una complicación rara pero con una elevada morbi-mortalidad. El tratamiento agudo de estos pacientes (P) representa un reto para el intervencionismo coronario percutáneo (ICP). La utilidad de la ecografía intravascular (EIV) en estos P ya ha sido descrita pero existe poca evidencia del valor de la tomografía de coherencia óptica (TCO) en este contexto. Además, no existen datos sobre el uso combinado de ambas técnicas.

Métodos: Estudiamos con ambas técnicas a 15 P consecutivos (edad media 64 ± 11 años) con una TH de un stent.

Resultados: Todos los P presentaron un infarto agudo de miocardio (11 con elevación del segmento ST) con pico de CPK de 2.435 ± 2.270 UI. La TH se produjo en stents localizados en la arteria descendente anterior en 6P, arteria circunfleja en 5 y coronaria derecha en 4 (7 stents farmacoactivos y 8 stents convencionales). En todos los P la EIV visualizó la TH. El área luminal mínima fue de $2,7 \pm 1 \text{ mm}^2$, el área menor del stent $6,02 \pm 2,5 \text{ mm}^2$ y 10 P presentaban datos claros de infraexpansión (expansión media $73 \pm 16\%$). En 4 P se detectó mala-aposición. En 8 P se detectó enfermedad a la entrada o salida del stent pero no se visualizaron disecciones de sus bordes. En 10 P se pudo examinar toda la pared del vaso con EIV pero en 5 una calcificación severa dificultaba la adecuada visualización del stent. La TCO también demostró la presencia de TH en todos los P. El trombo rojo fue muy frecuente y producía una sombra posterior que ocultaba la visualización del stent en una longitud de $9 \pm 7 \text{ mm}$. El área menor del stent fue de $4,31 \pm 2 \text{ mm}^2$. En 11 P se detectó infraexpansión (expansión media $57 \pm 23\%$) mientras que en 4 P se visualizaron datos de mala-aposición. Tras la ICP las disecciones residuales (6P) y el trombo residual (12P) fueron más fácilmente visualizadas con TCO aunque no lograba analizar toda la pared del vaso. Ambas técnicas se consideraron de gran ayuda durante el ICP (11 tromboaspiración, 11 IIB-IIIa, 8 balón, 2 stents metálicos, 3 stents farmacoactivos, presiones finales 25 ± 5 atmósferas) a pesar de lo cual 8 P seguían mostrando datos de infraexpansión (expansión media $85 \pm 14\%$).

Conclusiones: La EIV y la TCO proporcionan información valiosa sobre los factores mecánicos que pueden condicionar la TH del stent. La información es complementaria y puede ser utilizada en la optimización del ICP.