



6028-150. TROMBOSIS DE *STENT* EN EL SIGLO XXI. REGISTRO EN UN CENTRO DE GRAN VOLUMEN. ALGUNOS ENEMIGOS NUNCA MUEREN

Miguel Ángel Montilla Garrido, Carmen Lluch Requerey, Elena Izaga Torralba, Alba Abril Molina, Santiago Jesús Camacho Freire, Jessica Roa Garrido, Óscar Lagos Degrande y Antonio Enrique Gómez Menchero

Servicio de Cardiología. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los avances teóricos y tecnológicos en cuanto a la comprensión y manejo de la trombosis del *stent* (TS) han reducido la tasa de eventos, pero no deja de ser despreciable. El objetivo del estudio es analizar los principales factores clínicos, terapéuticos y características del procedimiento en pacientes con TS.

Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo, se incluyeron 85 pacientes consecutivos con TS de entre 4352 angioplastias realizadas entre mayo 2018-octubre 2023 (1,95%). Analizamos las características clínicas y técnicas relacionadas con el implante del *stent* y el procedimiento previo y analizamos las causas de la trombosis. Para ello clasificamos las TS por grupos: hiperaguda (1 h), aguda (1 año).

Resultados: Las características principales de los pacientes se describen la tabla Clasificación de las TS: hiperaguda 24,7% (21), aguda 2,4% (2), subaguda 15,3% (13), tardía 15,3% (13), muy tardía 42,4% (36). Flujo coronario de la TS: TIMI 0 77,6% (66), TIMI 1 2,4% (2), TIMI 2 2,4% (2), TIMI 3 17,6% (15). Empleo de imagen intracoronaria (IVUS/OCT) 39% (33), se evidenció en este grupo, la causa mecánica responsable de la trombosis del *stent* en un 49% (16) siendo la infraexpansión la más frecuente. La técnica final utilizada fue el implante de un nuevo *stent* en un 48% de los casos (41), angioplastia simple con balón no compliant en el 34% (29), balón liberador de paclitaxel en el 12,9% (11), tromboaspiración simple en el 2% (2) y fue fallida en el 2% (2). Hubo 6 casos de muerte intrahospitalaria (7,1%) todas ellas por *shock* cardiogénico. El 81% (69) de los pacientes se fueron de alta con doble antiagregación (el 65,9% (56) con AAS + ticagrelor, un 8,2% (7) AAS + prasugrel y el 20% (14) AAS + clopidogrel). Un 12,1% (11), se fueron de alta con triple terapia: 9,4% (8) con ACOD y un 3,5% (3) con Sintrom. Un paciente se fue de alta solo con mono antiagregación por angioplastia fallida. Seguimiento medio de 2,35 años, el 11,8% (12) sufrieron un nuevo IAM, nueva ICP en el 14,1% (n = 12), nueva trombosis en el 8,2% (7) y muerte en 4 pacientes, 2 de ellas de etiología cardiovascular.

Características basales de los pacientes	
Características basales	Tratamiento previo al evento trombótico
Varones 78% (67)	Sin antiagregación 23,5% (20)

Edad media 62,4 ± 11,23 años	Monoantiagregación con AAS 40% (34)
Fumadores 44% (38)	Doble antiagregación 36,5% (31) à AAS+ Ticagrelor 23,5% (20) AAS + clopidogrel el 12,9% (11)
Hipertensión 71% (61)	Anticoagulación solo con anticoagulantes orales directos (ACOD) el 4,7% (4)
Diabéticos 34% (29)	Anticoagulación con sintrom el 3,5% (3), 1 de ellos +AAS
Fumadores 44% (38)	Manifestación de la TS
Evento previo:	IAMCEST 74,1% (66)
Infarto con elevación del ST (IAMCEST) 57,6% (49)	IAMSEST 12,9% (11)
Infarto sin elevación del ST (IAMSEST) 20% (17)	Angina inestable 6,4% (8)
Angina inestable 5,9% (5)	Parada cardiorrespiratoria 3,5% (3)
Revascularización completa previa 69,4% (59)	Administración de un inhibidor del IIIb/IIIa en el 35,3% (30)

Conclusiones: La imagen intracoronaria resultó clave para conocer la causa de la TS, siendo la más frecuente por infraexpansión, por lo que la prevención mediante un implante óptimo del *stent* es imprescindible para evitar eventos futuros.