

Imágenes en cardiología

Tomografía de coherencia óptica en la reestenosis de armazón bioabsorbible de magnesio



Optical Coherence Tomography of Magnesium Bioresorbable Scaffold Restenosis

Sergio García-Blas*, Gema Miñana y Juan Sanchis

Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, INCLIVA, CIBER Cardiovascular, Valencia, España

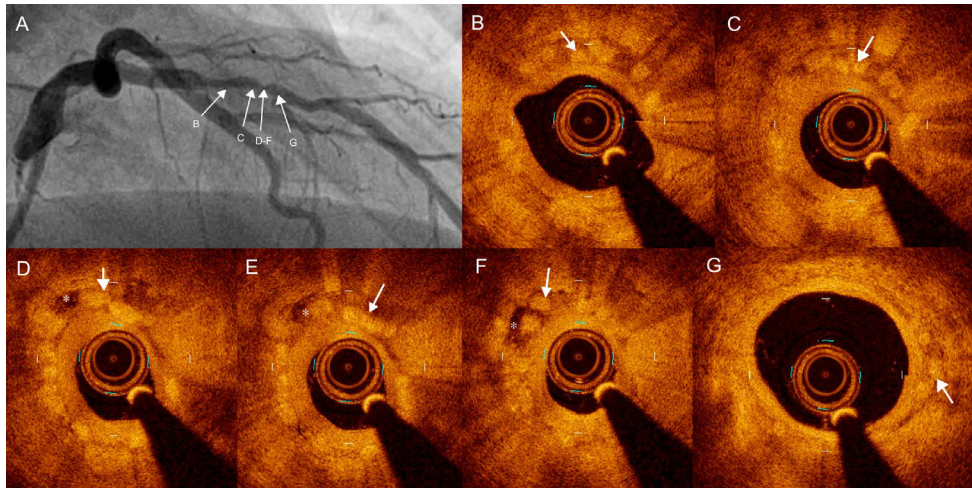


Figura.

Un varón de 58 años nos fue remitido para un cateterismo cardiaco por angina de esfuerzo progresiva 8 meses después del implante de un armazón bioabsorbible de magnesio en el segmento medio de la arteria coronaria descendente anterior. En la coronariografía actual, se diagnosticó una reestenosis focal grave (figura A). Las imágenes de tomografía de coherencia óptica mostraron restos de *struts*, que se visualizaban en forma de «recuadro brillante disuelto», con una mancha brillante parcialmente visible y contornos mal definidos (figura B-G, flechas) con una cobertura endotelial completa (figura B-G y vídeo del material suplementario). La reestenosis focal consistía en un moderado crecimiento de neoíntima, con un patrón homogéneo, sobre un armazón con una expansión incompleta (figura C-F). Eran evidentes los restos de *struts* solapados, rodeados de un tejido hipointenso (figura D-F, asterisco). Se trató con éxito al paciente mediante implante de un *stent* liberador de everolimus.

En las exploraciones de tomografía de coherencia óptica seriadas del ensayo BISOLVE-II, se observó que los *struts* apenas se apreciaban en el seguimiento realizado a los 6 meses. Sin embargo, en el caso que se presenta, a los 8 meses los *struts* estaban todavía en proceso de absorción a todo lo largo del armazón. El mecanismo de reestenosis fue principalmente una expansión insuficiente, junto con crecimiento de la neoíntima. La expansión insuficiente puede explicarse por la presencia de calcio focal (figura D-F, de la una a las tres en punto); lamentablemente, no se exploró por tomografía de coherencia óptica en la primera intervención, pero la predilatación y la posdilatación con un balón de alta presión (balón:vaso, 1:1) debería haber garantizado una expansión suficiente. Además, el solapamiento de *struts* en esta zona puede reflejar cierto grado de deformación tardía del armazón, lo cual puede contribuir a la reestenosis; esto se ha observado ocasionalmente en las reestenosis de armazones bioabsorbibles poliméricos. Por último, no se han descrito áreas de hipointensidad alrededor de los restos de *struts* tras el uso de armazones bioabsorbibles de magnesio, pero se han observado imágenes de baja intensidad similares en los *stents* de primera generación, lo que puede estar correlacionado con la inflamación crónica.

FINANCIACIÓN

CIBER CV 16/11/00420 FEDER.

MATERIAL SUPLEMENTARIO



Se puede consultar material suplementario a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2017.11.010>

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: sergiogarciablas@gmail.com (S. García-Blas).

On-line el 21 de febrero de 2018

Full English text available from: www.revespcardiol.org/en