

Trombosis subaguda de *stent* en paciente con púrpura trombocitopénica idiopática tratado con inmunoglobulina intravenosa

Sr. Editor:

El uso de inmunoglobulina intravenosa (IGIV) concomitante a transfusión de plaquetas está indicado en los pacientes afectados de púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) cuando tienen trombocitopenia intensa o hemorragia con compromiso vital o ante procedimientos terapéuticos con riesgo de sangrado¹.

Presentamos a un varón de 44 años diagnosticado de PTI para el que se solicitó ergometría por episodios de angina mixta que resultó positiva precoz, por lo que se

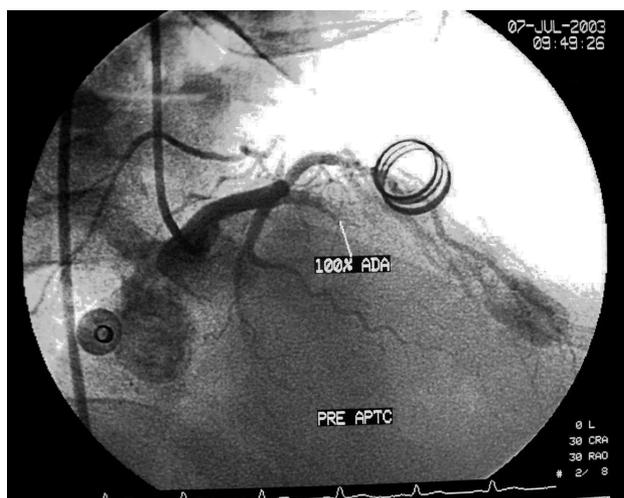


Fig. 1. Coronariografía que muestra oclusión total del *stent* por trombo en el segmento proximal de la arteria descendente anterior.



Fig. 2. Coronariografía que muestra el resultado del tratamiento de la oclusión aguda mediante recanalización, trombectomía con *X-sizer* e implante de *stent multilink* de 3,5 x 13 mm.

realizó coronariografía. El recuento de trombocitos era de 34.000/ l. Antes del procedimiento se transfundieron 2 unidades de plasma y 6 concentrados de plaquetas. Se detectó lesión ulcerada y con trombo en arteria descendente anterior proximal tratada mediante *stent* directo farmacoactivo; se administró 8.000 UI de heparina sódica intravenosa y 300 mg de clopidogrel vía oral; 3 h después se pautó inmunoglobulina humana intravenosa 1 g/kg a perfundir en 5 h, y se repitió 24 h después. El recuento plaquetario subió a 115.000/ l, y se inició tratamiento con clopidogrel (75 mg/día); 5 días más tarde presentó dolor precordial con elevación de ST en cara anterolateral, y se realizó coronariografía urgente que mostró oclusión completa del *stent* por trombo (fig. 1), resuelta mediante trombectomía con *X-sizer* y *stent* convencional (fig. 2). Al alta se pautó tratamiento anticoagulante oral y se suspendió la antiagregación. El paciente se encuentra asintomático 3 años después.

El objetivo del tratamiento en la PTI es incrementar el recuento plaquetario hasta un rango hemostático seguro. Se han empleado de forma efectiva distintos tratamientos². A pesar del empleo exitoso de IGIV en pacientes con PTI sometidos a intervencionismo coronario que presentan problemas hemorrágicos¹, hay casos publicados de infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular en relación con ella, y puede haber relación causal entre la administración de IGIV y el evento isquémico agudo³ pudiendo estar relacionada la concentración del fármaco y la tasa de eventos cardiovasculares⁴.

El manejo de la hemostasia en pacientes con PTI que se someten a ICP no está bien establecido. El empleo de ácido acetilsalicílico aumenta el riesgo de sangrado, aunque se ha usado sin complicaciones en algunos casos con implantación de *stent*⁵. La contraindicación de clopidogrel no está definida⁶.

Probablemente, la estrategia de profilaxis antisangrado que empleamos indicada por hematología no fue la más adecuada, ya que las IGIV se usaron 3 h después del procedimiento, cuando el riesgo de sangrado era menor; si bien es cierto que no se han publicado recomendaciones claras a este respecto⁷. Podría ser criticable la implantación de *stent* farmacoactivo, pero la decisión se tomó en un momento en que era menos conocida la propensión de estos dispositivos a la trombosis, sobre todo la tardía, y precisamente el riesgo del paciente para la doble antiagregación condicionó la elección de un *stent* convencional en el segundo procedimiento.

En pacientes con PTI sometidos a intervencionismo coronario percutáneo, la administración de IGIV debe realizarse tras considerar minuciosamente riesgos y beneficios y reservarla a pacientes con riesgo de hemorragia grave considerando siempre como primera opción el uso de *stent* convencional frente al farmacoactivo.

Rafael Hidalgo-Urbano, César Carrascosa-Rosillo, Mar Martínez-Quesada y Miguel González-Valdayo

Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Macarena. Sevilla. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Méndez TC, Díaz O, Enríquez L, Baz JA, Fernández F, Goicolea J. Trombocitopenia severa, persistente a transfusiones plaquetarias, secundaria a readministración de abciximab en paciente con antecedentes de púrpura trombocitopénica idiopática. *Rev Esp Cardiol.* 2004;57:789-91.
2. Godeau B, Chevret S, Varet B, Lefrere F, Zini JM, Bassompierre F, et al. Intravenous immunoglobulin or high-dose methylprednisolone, with or without trial prednisone, for adults with untreated severe autoimmune thrombocytopenic purpura: a randomised, multicentre trial. *Lancet.* 2002;359:23-9.

3. Fisman DN, Smilovitch M. Intravenous immunoglobulin, blood viscosity and myocardial infarction. *Can J Cardiol.* 1997;13:775-7.
4. Emerson GG, Herndon CN, Sreih AG. Thrombotic complications after intravenous immunoglobulin therapy in two patients. *Pharmacotherapy.* 2002;22:1638-41.
5. Paolini R, Fabris F, Cella G. Acute myocardial infarction during treatment with intravenous immunoglobulin for idiopathic thrombocytopenic purpura. *Am J Hematol.* 2000;65:177-8.
6. Kikuchi S, Hayashi Y, Fujioka S, Kukita H, Ochi N. A case of intracoronary stent implanted for acute myocardial infarction in an elder patient with idiopathic thrombocytopenic purpura. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi.* 2002;39:88-93.
7. Anderson D. Guidelines on the use of intravenous immune globulin for hematologic conditions. *Transfus Med Rev.* 2007;21:S9-56.