

Angor de esfuerzo y trombo intracoronario confirmado por  
Tomografía de coherencia óptica

## DESCRIPCION DEL CASO CLINICO

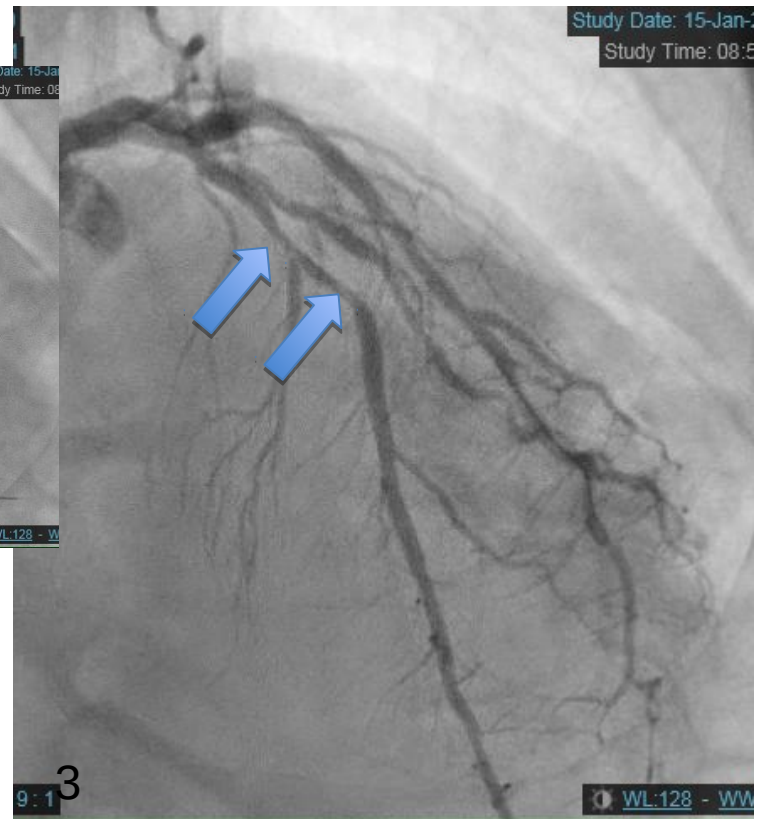
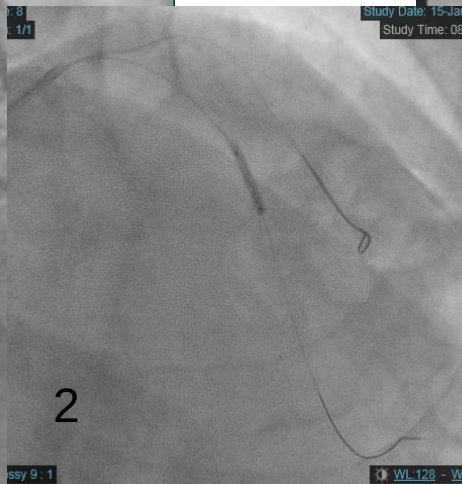
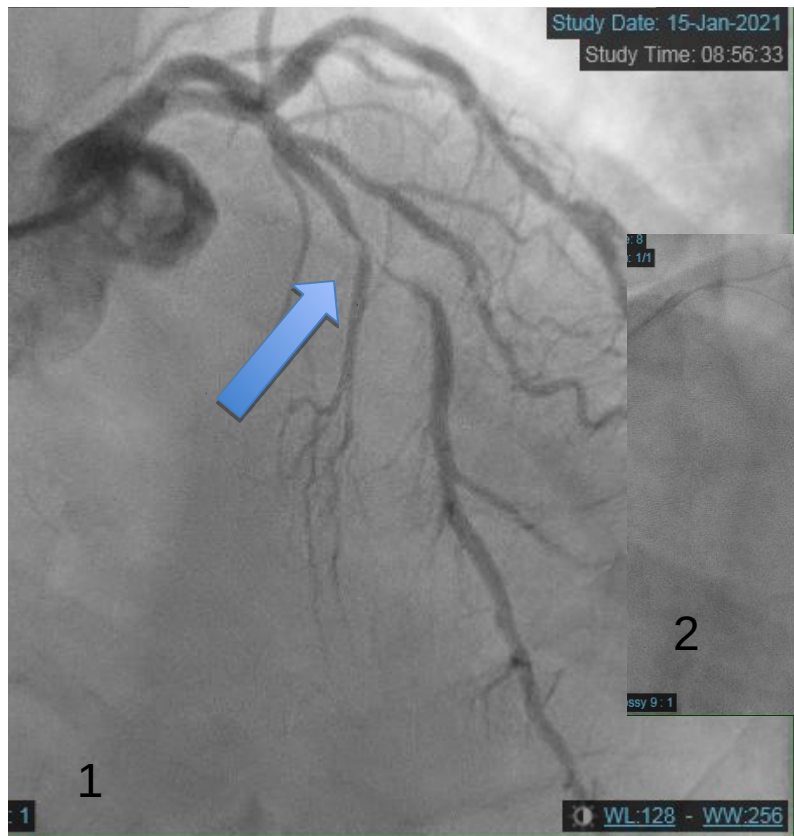
Se trata de un paciente varón de 64 años de edad.

FRC: Dmtipo 2 ID, dislipemia y extabaquismo. Consumidor de cocaína hasta marzo 2019.

AP: EPOC, HBP. Adenocarcinoma de pulmón T4N0 M0 tratado mediante lobectomía de LSI y linfadenectomía, QT y RT posterior con evolución favorable.

Ingreso actual por clínica de 2 meses de evolución de dolor torácico de características típicas que se desencadena con el esfuerzo, cede en reposo, varios segundos de duración, localización retroesternal irradiado a ambos brazos. Con el diagnóstico de angor de esfuerzo (seriación enzimática negativa), ingresa en Cardiología. Se realiza un ecocardiograma, que evidencia una función ventricular izquierda conservada sin alteraciones de la contractilidad segmentaria y una ergometría que resulta clínicamente dudosa y eléctricamente positiva desde el minuto 3, por elevación del segmento ST y del punto J de V1-V3 , 3 mm de ascenso, carga energética 5,8 METS. Normalización gradual del ST en el postesfuerzo, ausencia de arritmias.

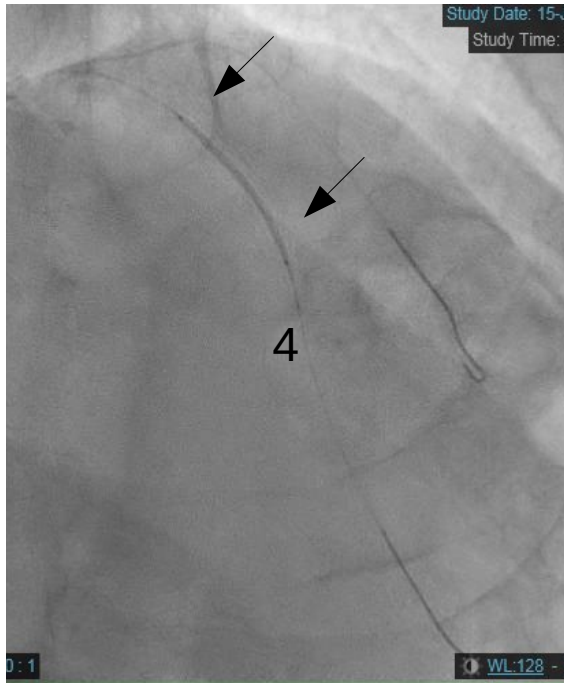
Estos hallazgos en la ergometría se interpretan como el síndrome de de Winter , equivalente a una fase muy precoz o hiperaguda de un SCAEST anterior. Por lo tanto, se solicita coronariografía preferente en el que se evidencia el siguiente resultado: arterias coronarias con dominancia derecha. Estenosis crítica en Da media (TIMI 3), estenosis severa en CX proximal y estenosis severas en Cd media y significativa en Cd distal. Se decide IPC a Da media en primer tiempo. El paciente no había recibido la doble antiagregación plaquetaria, sólo estaba tomando AA 100, por lo que se administra la dosis de carga de ticagrelor 180 mgr al inicio del procedimiento.



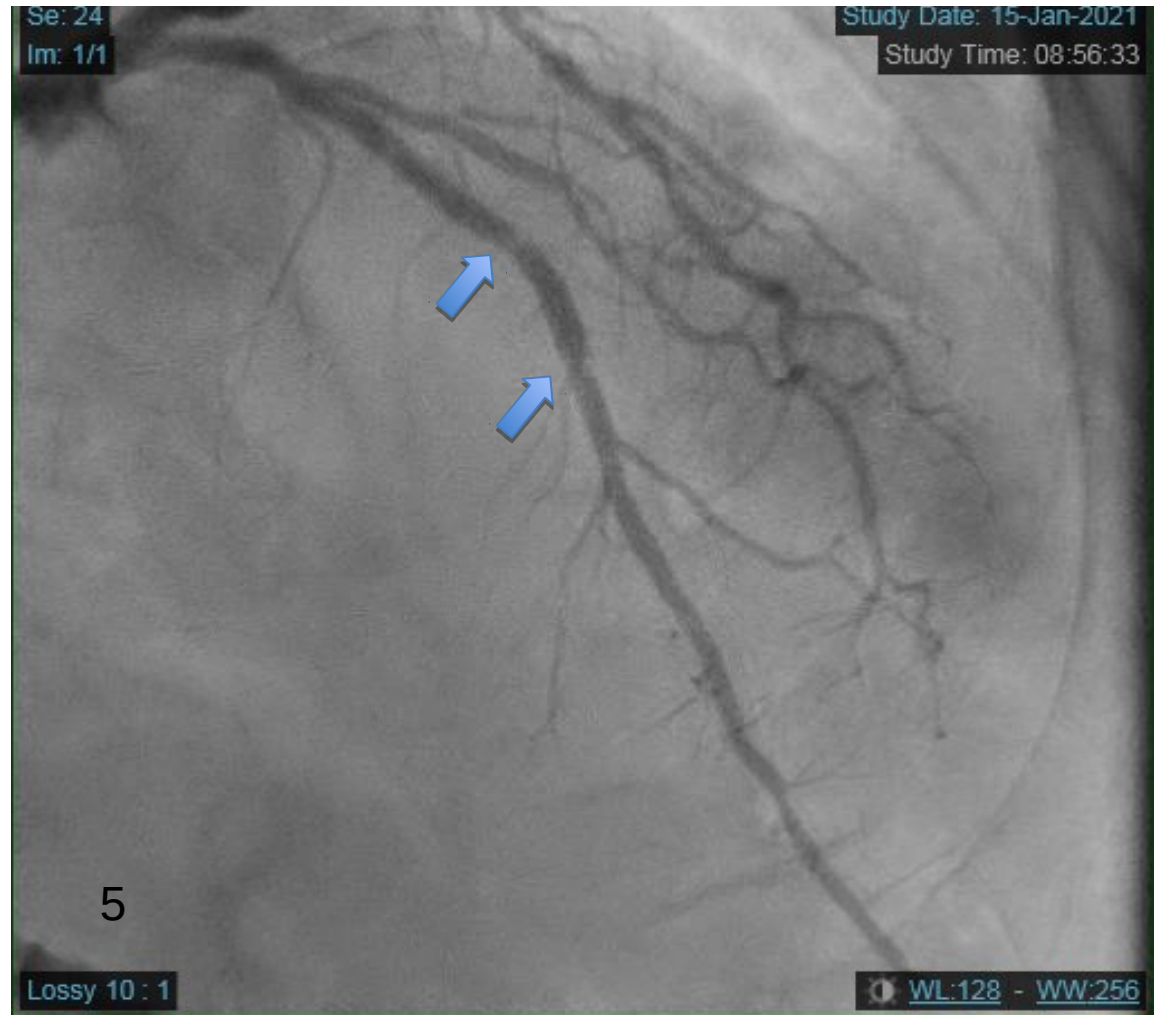
1. Imagen basal de la coronaria izqda: se objetiva una estenosis crítica en Da media, sin imagen angiográficamente visible de trombo intraluminal. Flujo TIMI 3.

2. Predilatación con balón semicompliante de 2,5 x 15 mm.

3. Imagen postdilatación, en la que se comienza a apreciar contenido trombótico en la lesión en Da media



4. Se procede a implante de stent farmacoadactivo 3,0 x 26 mm en Da media.



5. Resultado postimplante de stent, en la que se aprecia restos de material trombótico (flechas azules).

-Se decide confirmar que la presencia de material trombótico mediante estudio con OCT:

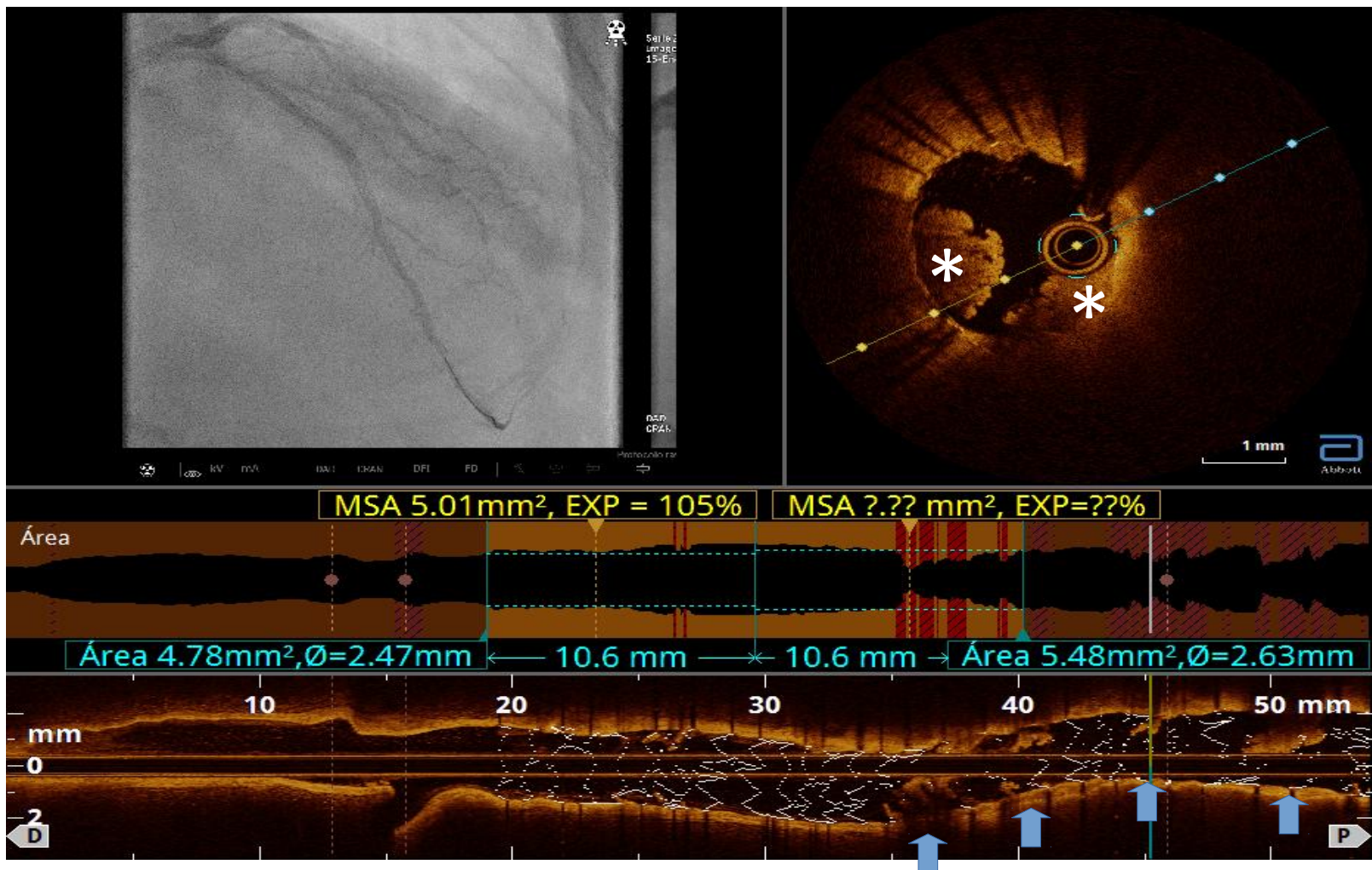
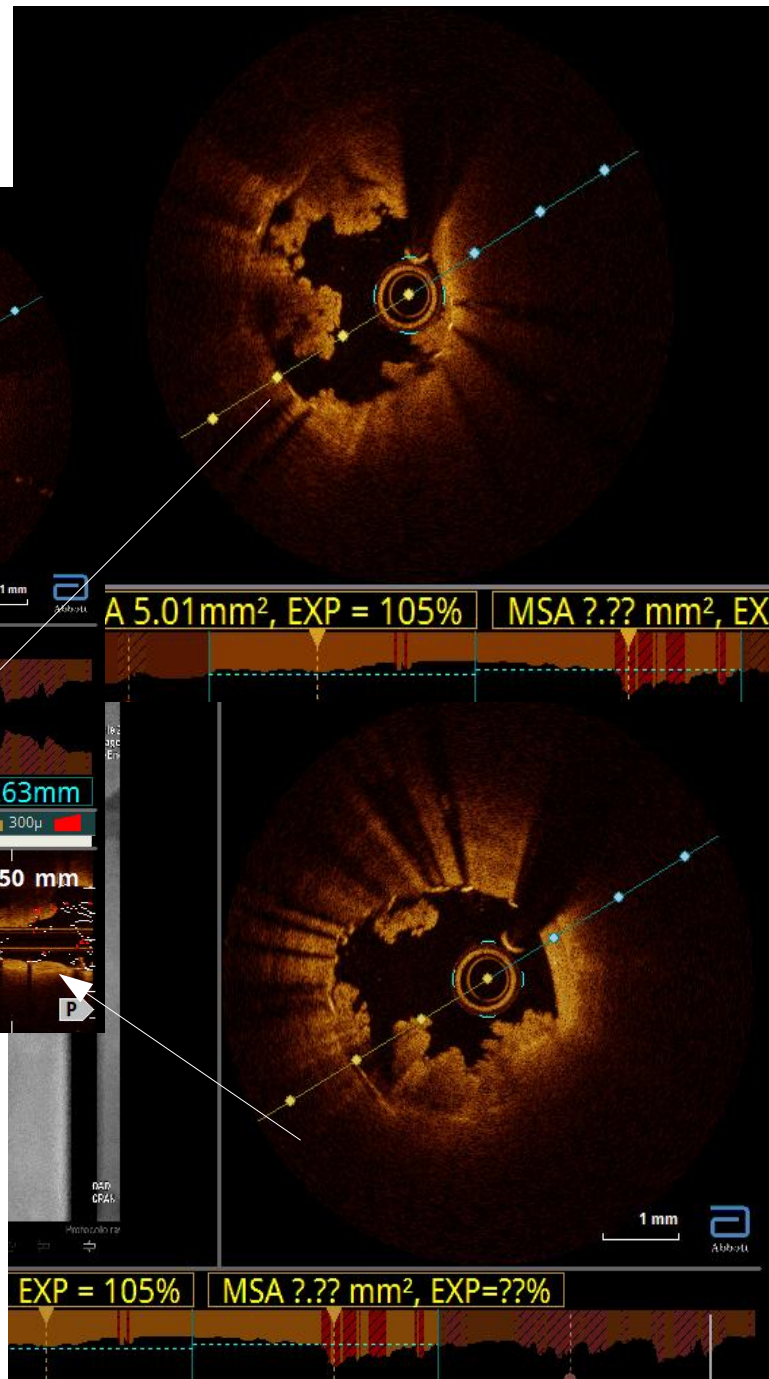
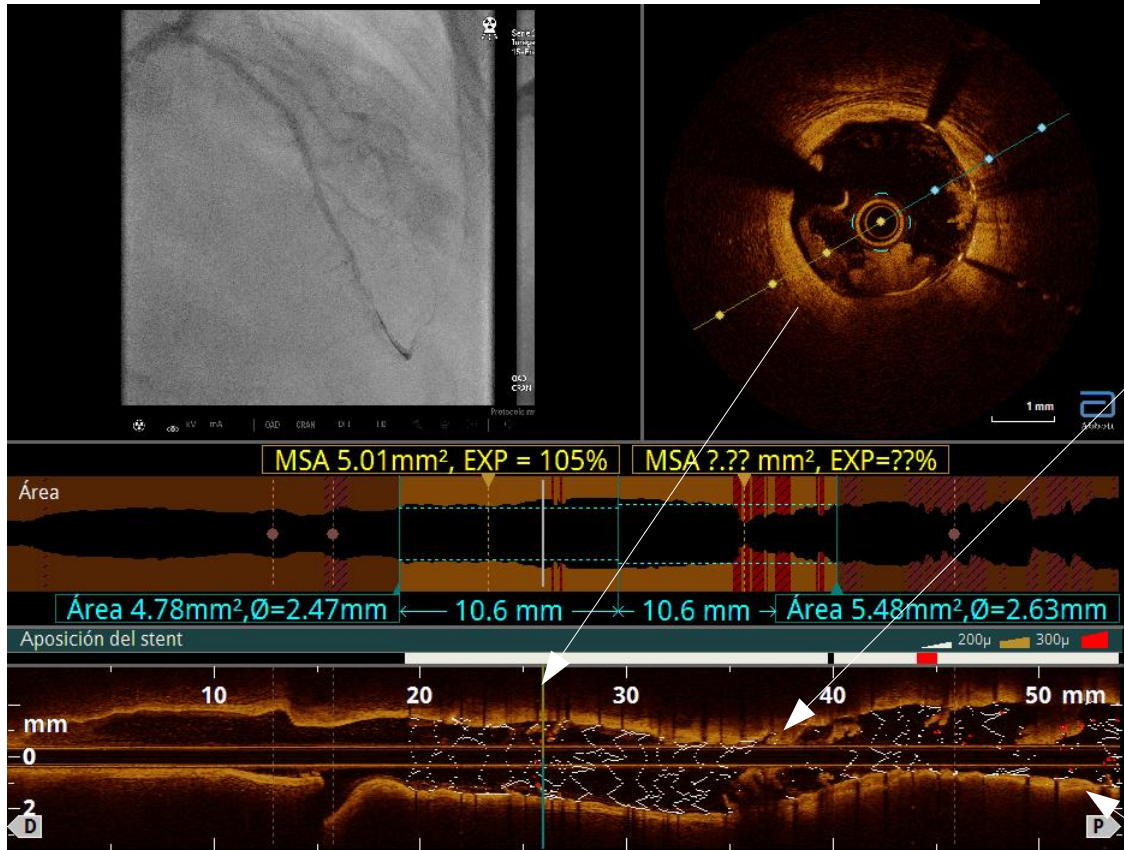


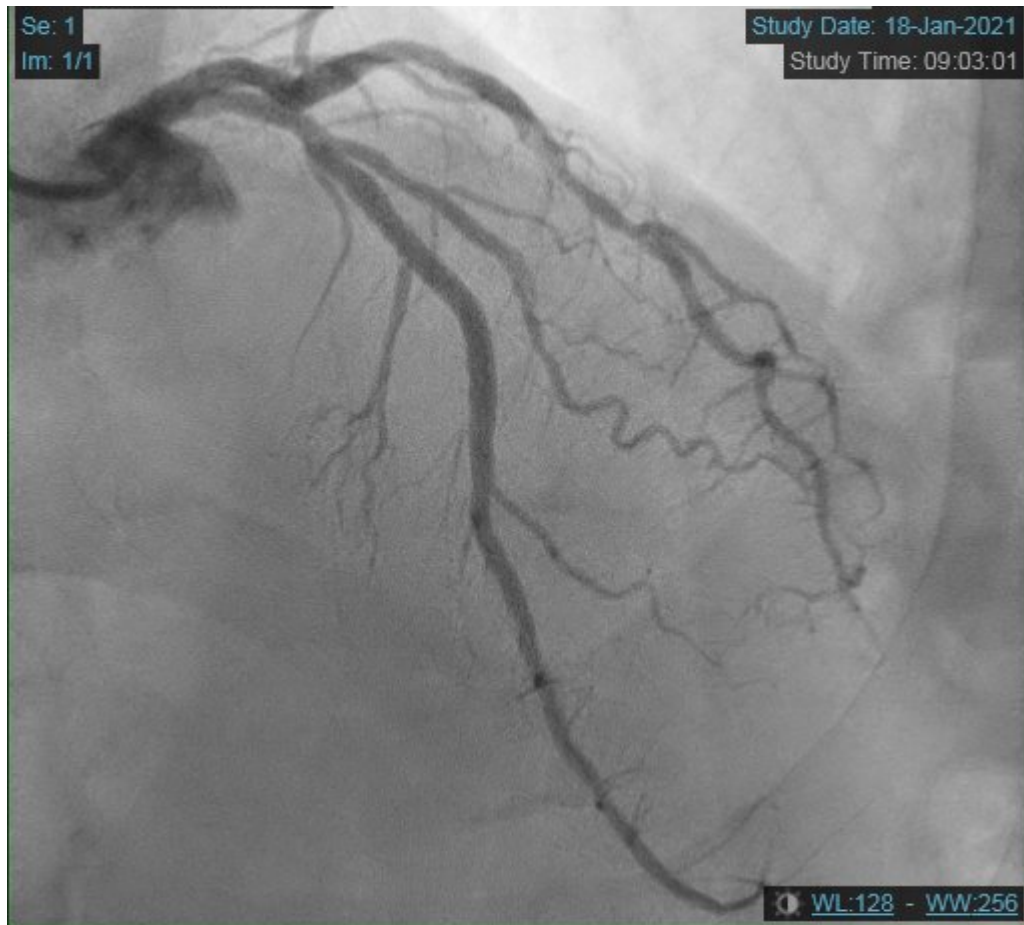
Imagen de OCT : los (\*) muestra contenido trombótico, en este caso, trombo rojo intrastent. El trombo rojo está formado por células rojas y fibrina, absorbe luz y presenta alta intensidad de señal en los márgenes y un grado alto de atenuación en los bordes posteriores. La reconstrucción longitudinal del stent muestra contenido trombótico en los segmentos medio y proximal del stent implantado en Da media (flechas azules).



Imágenes de trombo intrastent que persisten a pesar de la aspiración de material con catéter de aspiración Export™

-Se decide iniciar tratamiento con Tirofiban iv ( bolo y perfusión ) que se mantiene 24 horas. El paciente permanece estable y cardiológicamente asintomático en las 48 horas posteriores al procedimiento.

-Se realiza reevaluación angiográfica a las 72 horas, que muestra resolución de las imágenes angiográficas de trombo intrastent, con un flujo TIMI 3:.



## CONCLUSIONES

- En el contexto clínico de una angina de esfuerzo no hay que descartar la presencia de trombo intraluminal a nivel de la lesión coronaria culpable. Por ese motivo, y aún más tras una ergometría de alto riesgo con un equivalente eléctrico de fase hiperaguda de un SCAEST, es muy importante iniciar el tratamiento con la doble antiagregación lo antes posible. Nuestro paciente sólo recibía tratamiento con Aspirina 100 mg, por lo que se dio la carga de ticagrelor al inicio de la IPC, lo cual retrasa su inicio de acción (2-3 horas).
- La técnica de imagen de elección para evidenciar trombo intraluminal es la OCT. Nos permite diferenciar además si se trata de trombo rojo (más agudo) o trombo blanco (más evolucionado). En nuestro caso clínico, se trataba de trombo rojo (agudo) por lo que la estrategia inicial de tratamiento fue realizar aspiración de material trombótico con catéter de aspiración. Sin embargo, al tratarse de fragmentos trombóticos de pequeño tamaño, no se consiguió eliminar en su totalidad, por lo que se decidió asociar tirofiban, un fármaco inhibidor de los receptores de la glicoproteína plaquetaria lib-IIIa.
- La combinación de la acción del tirofiban junto a la doble antiagregación consiguieron eliminar los restos de material trombótico, tal y como se evidencia en el control angiográfico realizado a las 72 horas.