

# **ESTRATEGIA FARMACO-EXTRACTORA PARA RESOLUCIÓN DE TROMBOSIS CORONARIA MASIVA**

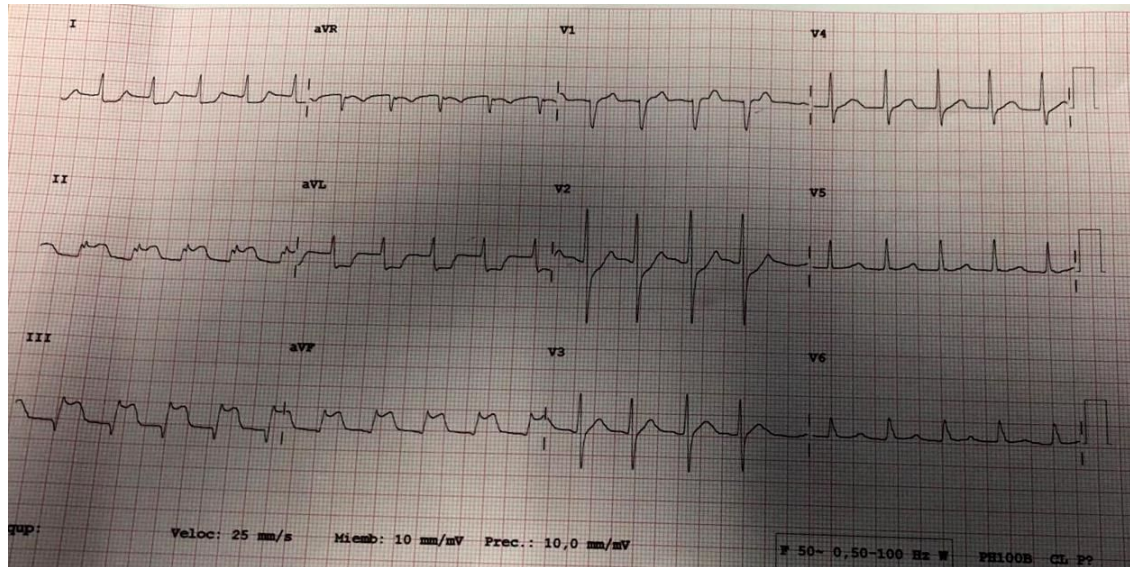
**Dres. David Martí Sánchez y Sergio  
García Ortego, Madrid**

# CASO CLÍNICO

- Varón de 61 años, antecedente de hipertensión arterial controlada con 2 fármacos, hábito deportivo habitual
- Sin otros factores de riesgo ni antecedentes médicos relevantes.
- Consulta a nuestro centro por un cuadro de dolor pectoral irradiado a ambos hombros de carácter continuo, iniciado 6 horas antes mientras realizaba ejercicios de musculación.

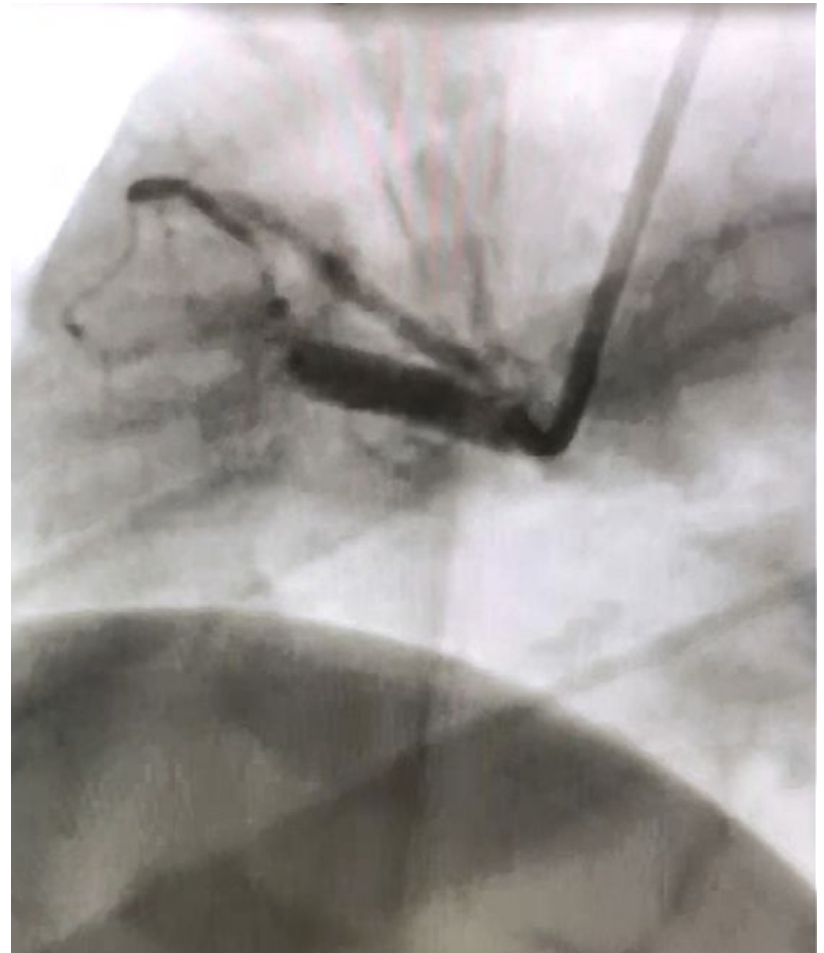
# CASO CLÍNICO

El electrocardiograma muestra elevación del segmento ST de hasta 0.4 mV en cara inferior, con descenso especular en DI-AVL y V2. Se activa la alerta de hemodinámica para angioplastia primaria, pretratándose con AAS 300 mg y prasugrel 60 mg.



# TÉCNICA

- Peso 98 kg.
- Acceso radial derecho, 5000 UI heparina.
- Árbol izquierdo ectásico con enfermedad moderada.
- Oclusión trombótica aguda de CD proximal de gran calibre, que aparenta albergar una gran cantidad de trombo coronario.



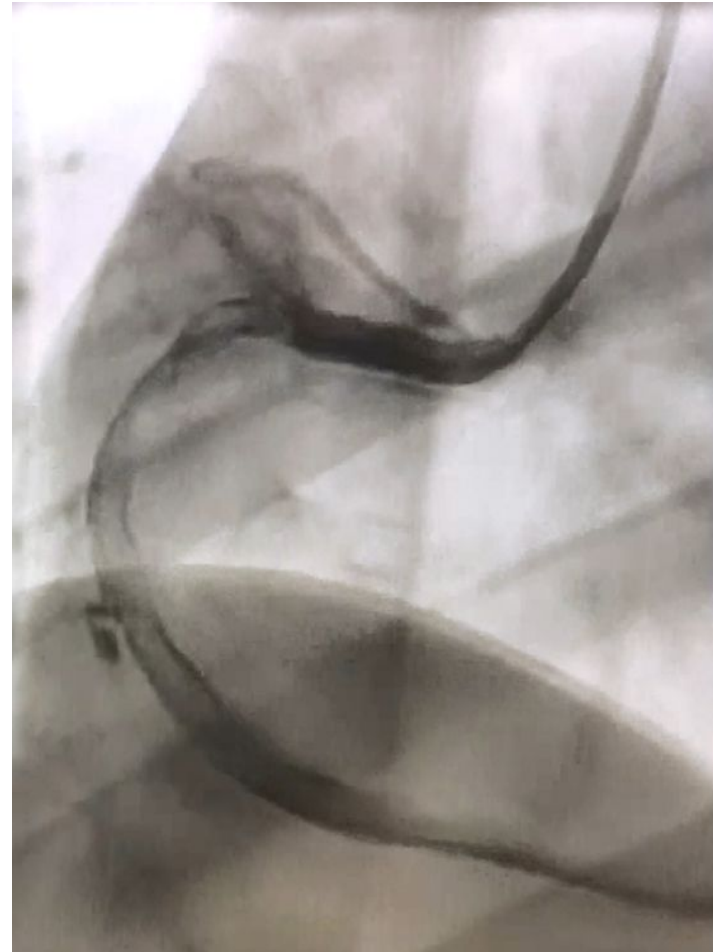
# TÉCNICA

- Como primer paso se administran 2000 UI heparina adicionales (en previsión de uso futuro de IGP 2b/3a)
- Se avanza guía Sion Blue hasta el vaso distal, con sensación táctil de trombo organizado, sin reperfundirse el vaso.
- A continuación se avanza catéter de tromboextracción que no logra aspirar contenido pero por efecto Dotter logra un flujo TIMI 1, apreciándose una trombosis masiva de todo el tercio medio y distal.



# TÉCNICA

- Con intención de permitir la difusión del IGP se dilata a lo largo del trayecto trombosado con balón pequeño para el calibre del vaso (2.0 mm) y se administra bolo de tirofiban IC (25 mcg/kg).
- Tras unos minutos de espera y sucesivos intentos de aspiración persiste un flujo TIMI 1-2 con gran trombo coronario.



# TÉCNICA

- En ese momento se decide la administración de dosis parcial de fibrinolítico intracoronario en bolo lento (2 min) a través del catéter de trombectomía. En concreto se administran 5.000 UI de tenecteplase.
- Tras 2 minutos adicionales de espera se realiza nuevo intento de tromboaspiración, lográndose extraer una gran cantidad de trombo fragmentado.
- En la angiografía de control se aprecia imagen de placa rota proximal, con notable resolución del trombo, y un flujo distal TIMI 2.





# TÉCNICA

- En este punto se decide implantar un stent farmacoactivo ORSIRO 4.0/18, postdilatándose con balón NC 4.5 mm con buen resultado angiográfico.
- Presenta un *slow-flow* que mejora con adenosina intracoronaria, obteniéndose un flujo final TIMI 2-3.





# EVOLUCIÓN CLÍNICA

- Durante las siguientes 48 horas se mantiene heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas, además de AAS y prasugrel.
- La evolución hospitalaria transcurre sin incidencias, con resolución precoz del ST >50% y sin nuevos eventos de dolor, arrítmicos, ni complicaciones hemorrágicas, por lo que es dado de alta hospitalaria.

# CONCLUSIÓN

- **La fibrinólisis intracoronaria administrada localmente a una dosis de hasta el 50% de la dosis sistémica constituye una maniobra adyuvante eficaz para resolver trombosis de gran tamaño, con un riesgo hemorrágico inferior al de la fibrinólisis sistémica.**