

SANGRAR O NO SANGRAR: ESA ES LA CUESTION



José Moreu Burgos
Tomás Cantón Rubio
Fernado Pajín Valbuena
Esther Lázaro Fernandez
Daniel Núñez Pernas

Unidad de Hemodinámica
Hospital Virgen de la Salud – Toledo

CARACTERISTICAS CLINICAS

Mujer de 77 años

HTA, DM tipo 2, FA paroxística anticoagulada con acenocumarol

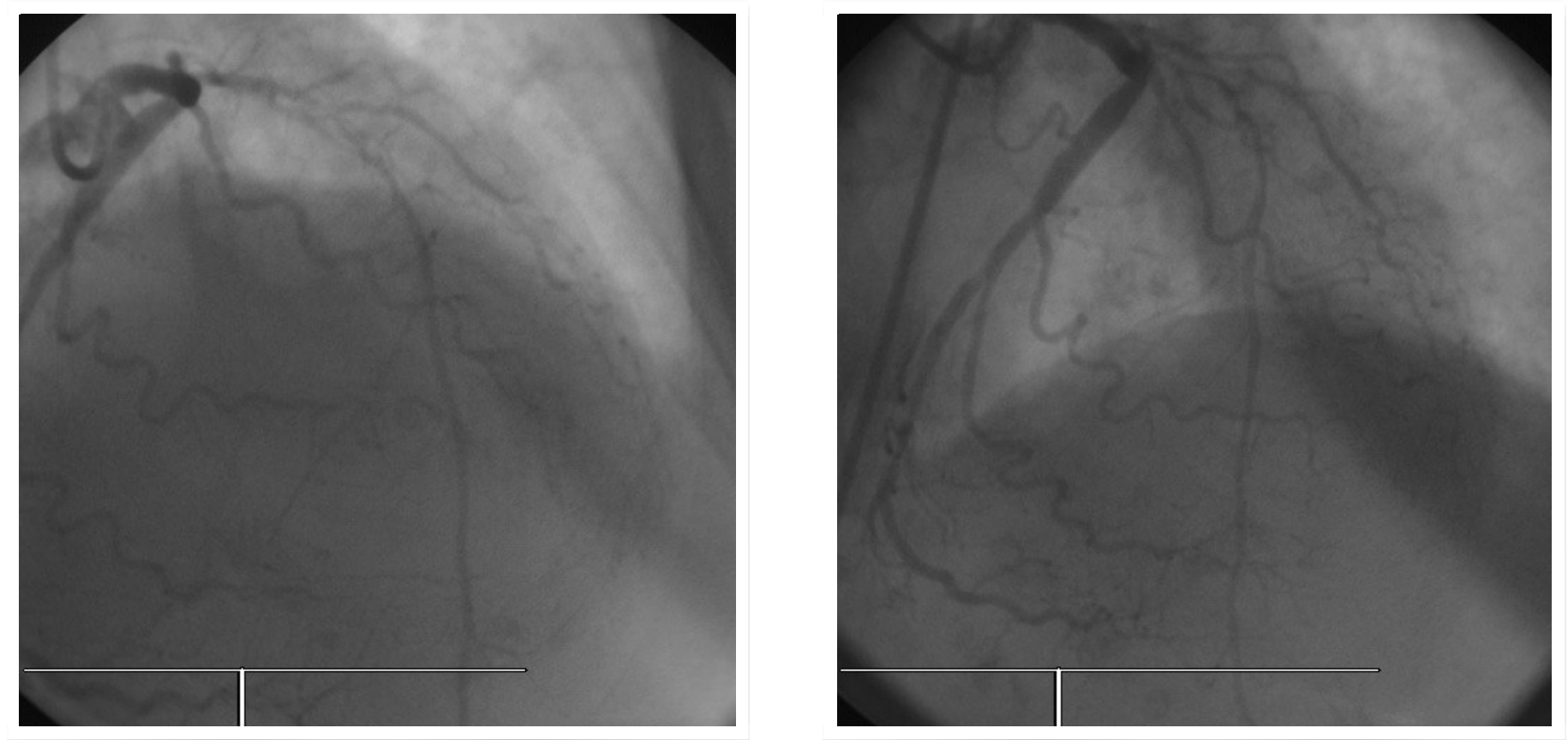
Antecedente de hemorragia digestiva alta hace 4 años

Ingresa en UVI de otro hospital con diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva y elevación de Troponina I

En la analítica destaca una plaquetopenia de 88000

Ecocardiograma muestra una fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 30 % con alteraciones de la contractilidad segmentaria en cara anterior.

REMITIDA PARA CORONARIOGRAFIA



Enfermedad severa de tres vasos:

- lesión severa y larga del segmento medio de DA
- circunfleja dominante con lesión severa en OM1 y tercio distal
- coronaria derecha de escaso calibre y desarrollo

EVOLUCION

Dados los antecedentes de FA paroxística y anticoagulación, hemorragia digestiva alta, así como la plaquetopenia en el ingreso; se propone en un primer momento la opción quirúrgica (DM tipo 2 y enfermedad multivaso) para evitar la doble antiagregación + anticoagulación.

Se descarta para cirugía, por lo que se programa ICP sobre descendente anterior y circunfleja dominante.

REVASCULARIZACION PERCUTANEA

Se decide finalmente ICP con stents convencionales para evitar prolongar la necesidad de doble antiagregación + anticoagulación

Se implantan guiados por IVUS stents convencionales:

Descendente anterior:

Prokinetic 2 x 15 , 2.25 x 15, 2.25 x 12 y 2.75 x 18 mm

Primera obtusa marginal:

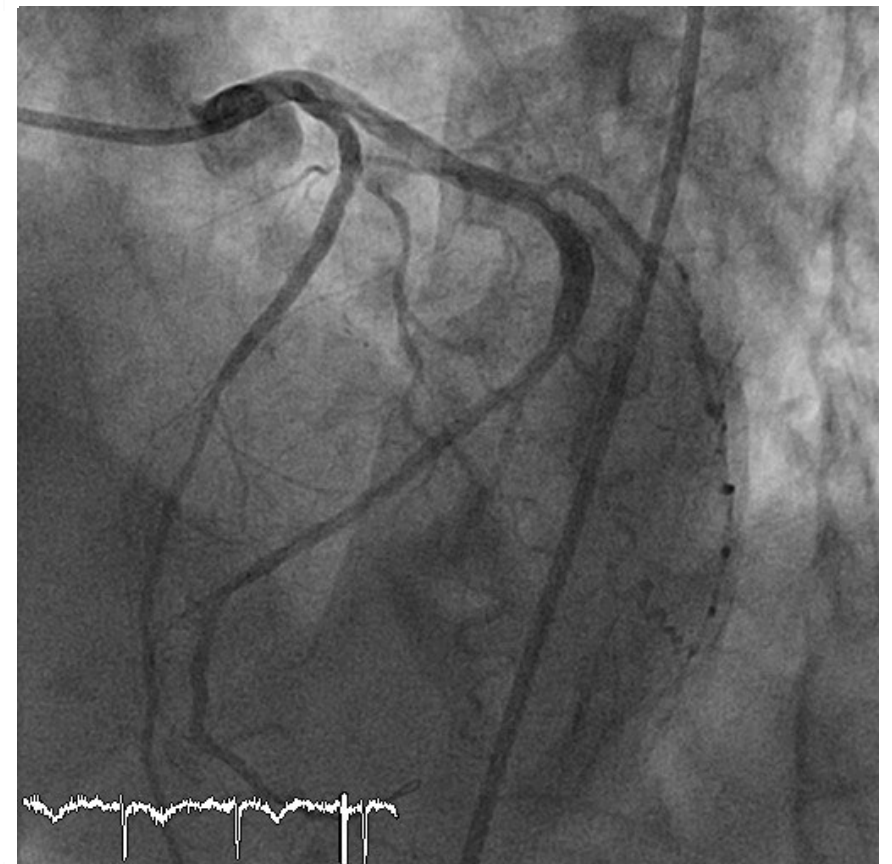
Prokinetic 2 x 18 mm

Descendente posterior izquierda:

Prokinetic 2 x 18 mm

EVOLUCION II

La paciente tras dos años de revisiones en consultas de cardiología no ha presentado episodios de angina y la FEVI ha recuperado hasta un 50 %.



CONCLUSIONES

Actualmente no hay duda de que la revascularización en paciente diabético se debe realizar con stents farmacoactivos por haber demostrado en este subgrupo de pacientes una importante menor tasa de reestenosis.

Sin embargo, la peculiaridad de cada paciente hace que las mejores estrategias puedan ser otras una vez valorado el riesgo - beneficio.

No debemos olvidar el elevado riesgo de sangrado de muchos de nuestros pacientes: características clínicas y necesidad de anticoagulación.

Las últimas recomendaciones de anticoagulación y doble antiagregación aconsejan mantener 6 meses la triple terapia en caso de stents farmacoactivos y de 1 mes en caso de stents convencionales, desaconsejando el uso de los nuevos antiagregantes plaquetarios.