

Trombo aspiración en Angioplastia Primaria, de rutina no, pero en ocasiones...

J. Gabriel Galache Osuna.
Hemodinámica y Cardiología Intervencionista

INTRODUCCIÓN

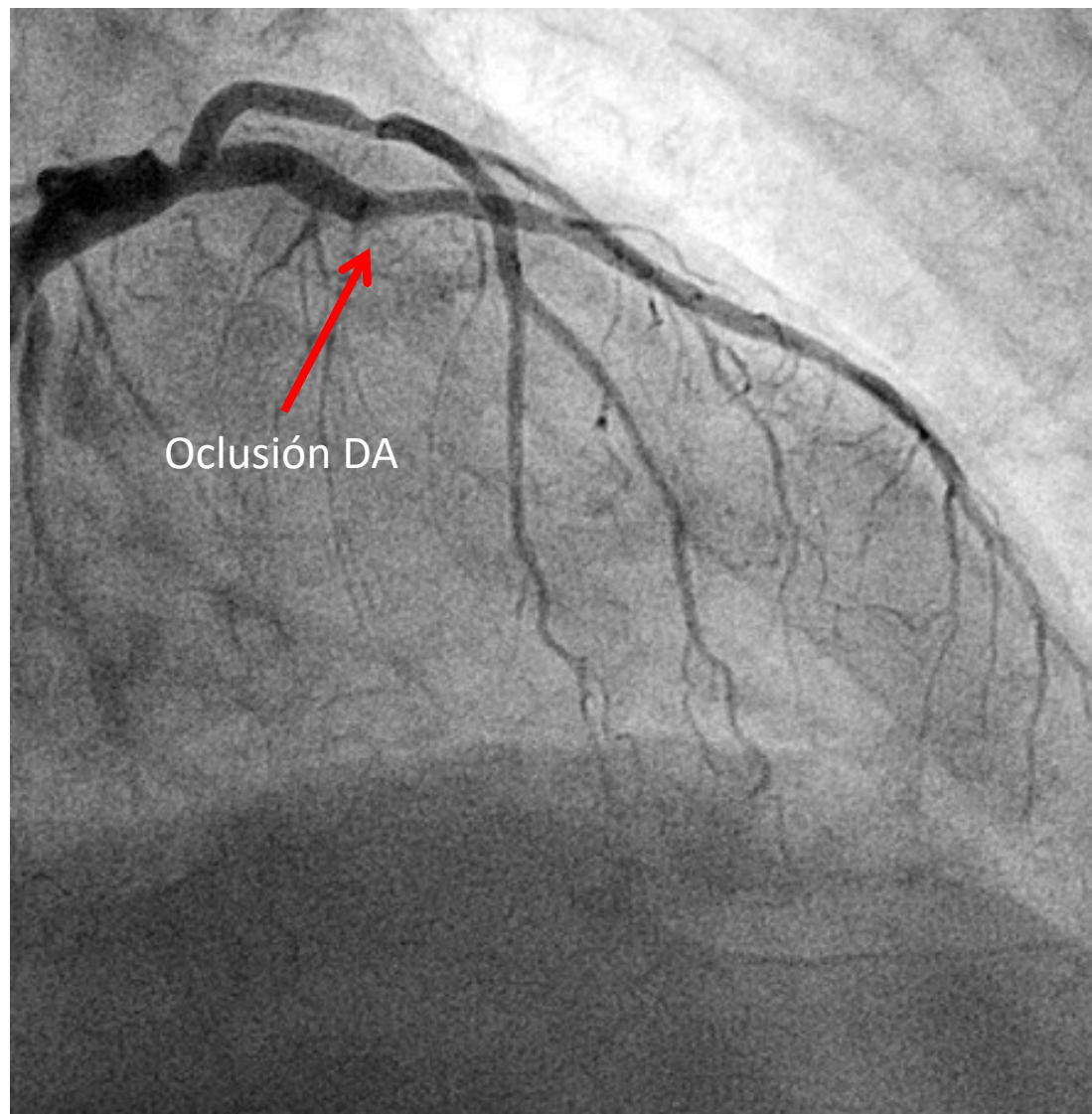
- TASTE y TOTAL sin beneficio ni a corto ni a largo plazo con el uso sistemático de la aspiración de la lesión culpable en la angioplastia primaria.
 - No se recogen diferencias en cuanto a mortalidad, reinfarto, desarrollo de shock o insuficiencia cardíaca.
- En el TOTAL existe un notable incremento del riesgo de accidente cerebrovascular a 30 días en el grupo de aspiración de trombo.
- Esto ha llevado a generalizar la idea de que la trombectomía carece de utilidad en este contexto clínico.
- Presentamos un caso que demuestra como el uso electivo de la trombectomía manual, no sólo no es perjudicial, sino que permite alcanzar un resultado satisfactorio que de otro modo no se hubiera logrado.

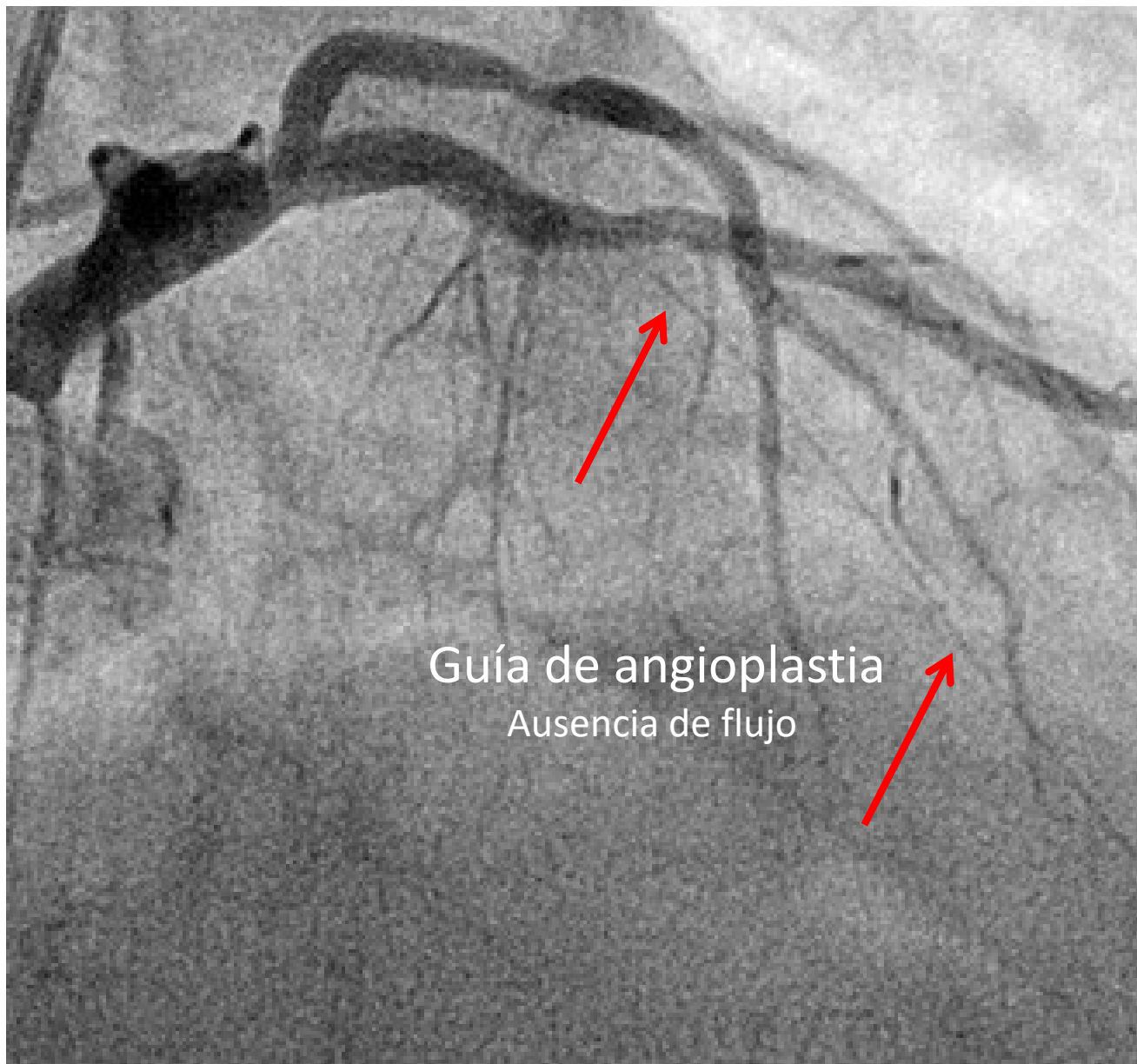
CASO CLÍNICO

- Varón de 82 años con factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, exfumador y diabético no insulín dependiente.
- Ingreso en nuestro centro por SCACEST de localización anterior, atendido en su domicilio y candidato a reperfusión coronaria urgente
 - Activación de Código Infarto en protocolo de Angioplastia Primaria
- En el punto de atención médica y tras activar el código infarto se administra doble tratamiento antiplaquetario con ácido acetil salicílico 300 mg y ticagrelor 180 mg.
- Llego a la sala de hemodinámica con 2 horas de evolución desde inicio de síntomas.
- Se administran 8000 U de heparina no fraccionada vía intravenosa ajustado al peso del paciente.

PROCEDIMIENTO

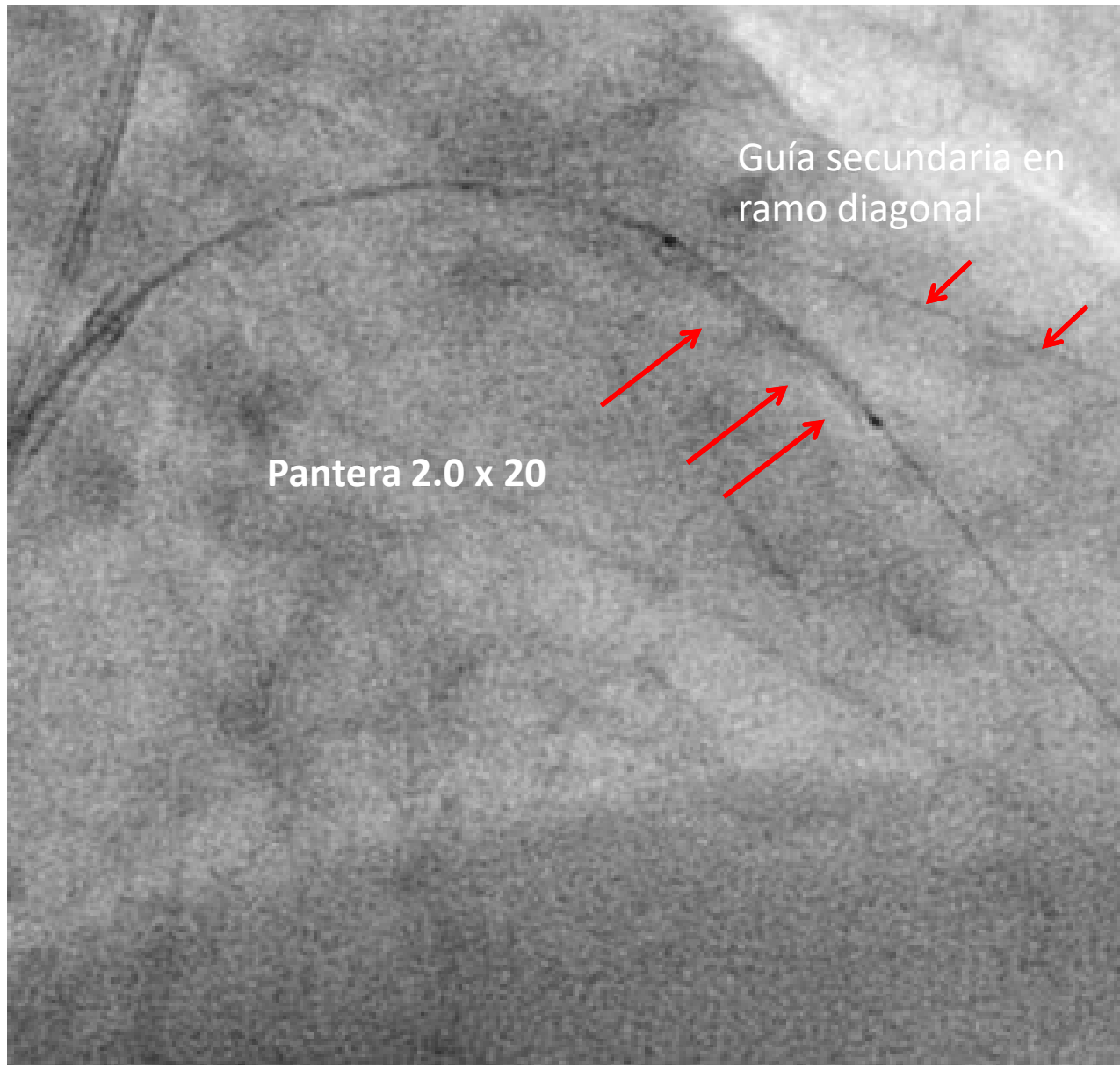
- Abordaje del cateterismo por acceso arterial radial derecho con introductor de calibre 6F.
- Ante la sospecha de tener afectación de Descendente anterior se procedió a cateterizar al coronaria derecha con catéter diagnostico que no mostró lesiones en la misma.
- Catéter guía EBU 3.5 para la coronaria izquierda
- Se apreció Enfermedad de un vaso con Oclusión aguda de Descendente Anterior Media en vaso sin flujo y sin relleno colateral del lecho distal.





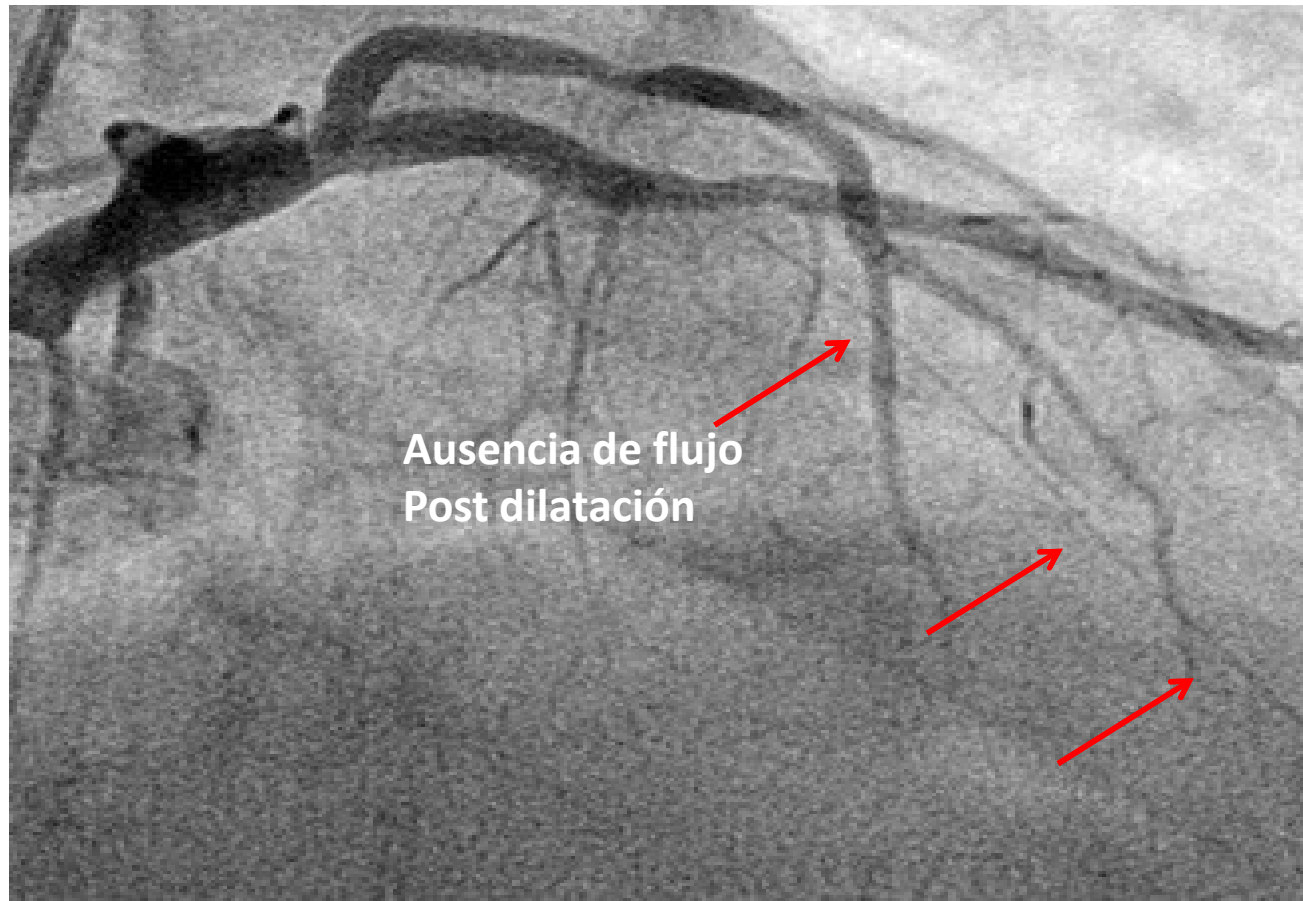
Se avanza guía
de angioplastia
a través de la
oclusión

Guía de angioplastia
Ausencia de flujo

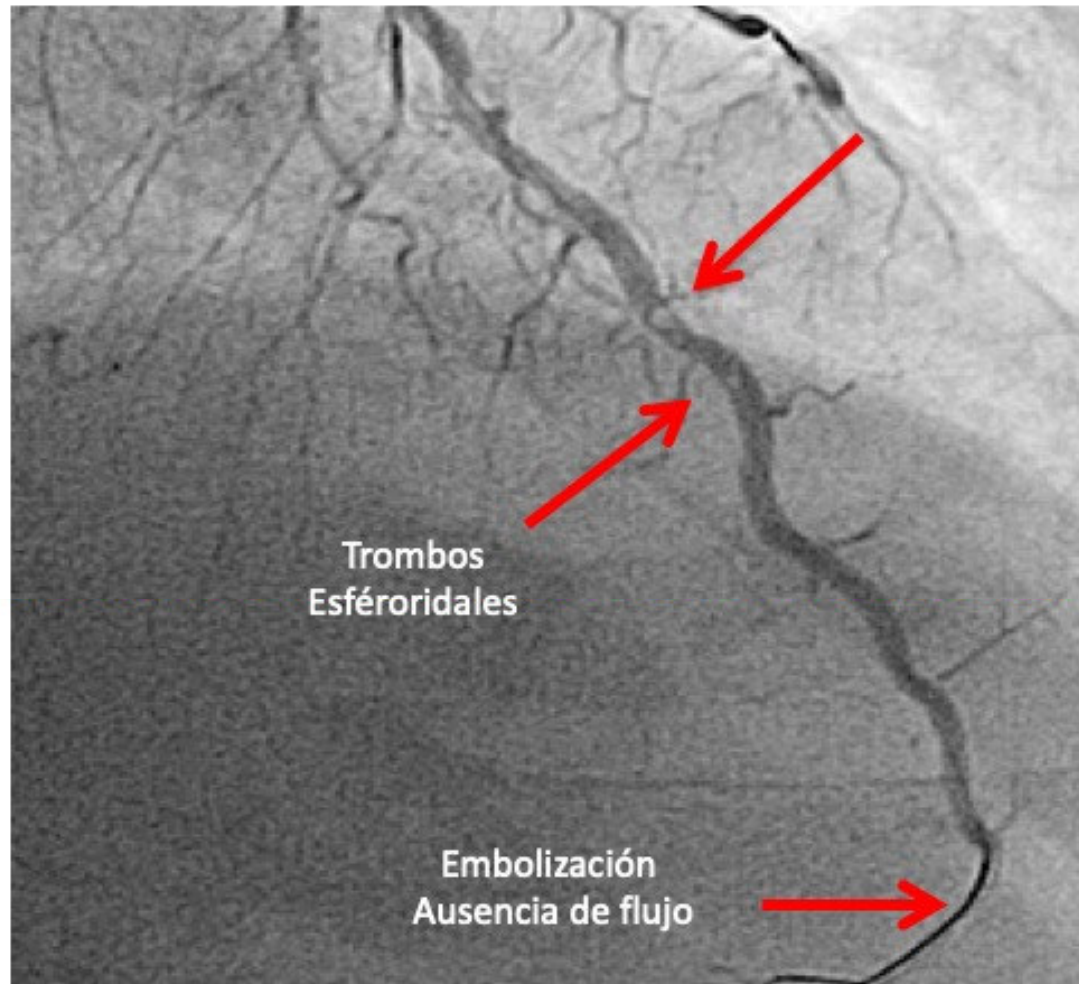


Se procede a colocar una segunda guía de protección en ramo diagonal.

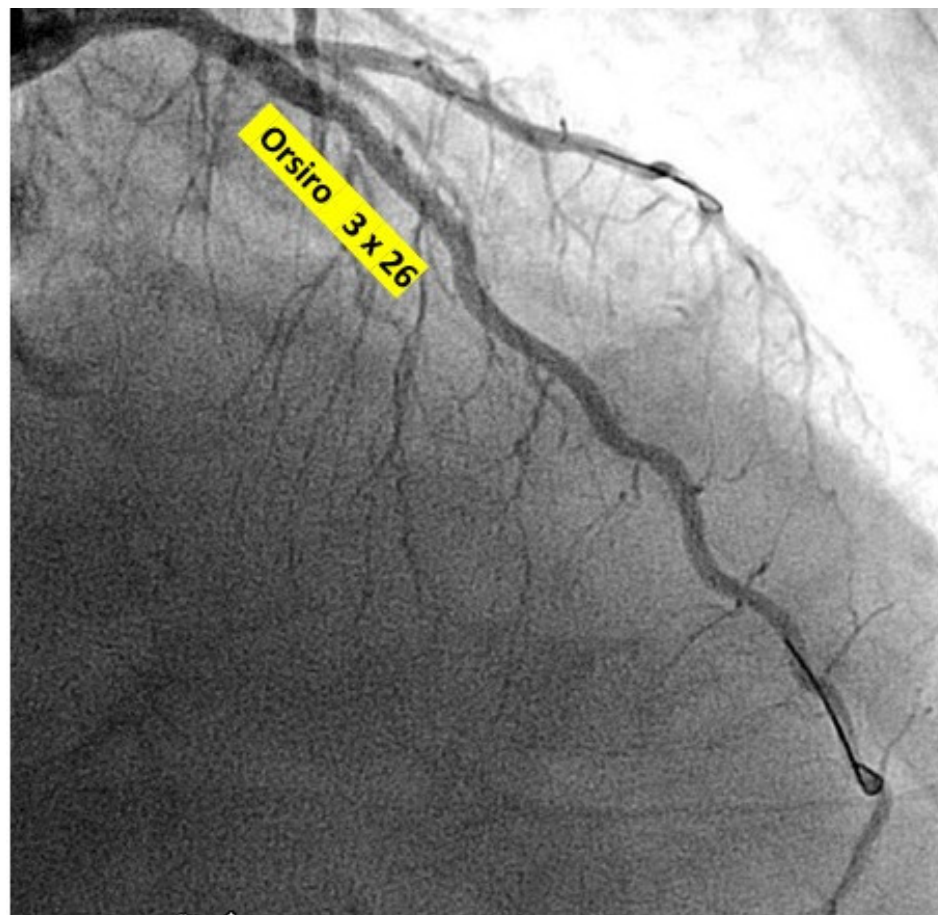
A continuación se dilata con balón largo de 2mm de diámetro en repetidas ocasiones sin lograr recuperar el flujo del vaso.



Se decide entonces aspirar el contenido trombótico que impide la permeabilidad del vaso. Se avanza catéter de aspiración logrando extraer abundante contenido trombótico. La retirada del sistema de aspiración debe ser muy meticulosa, realizándose siempre en la posición de vacío de la jeringa y tras la salida del catéter de aspiración por la válvula de angioplastia, siempre proceder al purgado interior del catéter guía, también con aspiración intensiva con jeringa. En este momento se decide iniciar tratamiento con un antagonista de los receptores Gp2b3a en bolo intracoronario y posteriormente en perfusión intravenosa.



En la siguiente inyección de contraste la descendente anterior ha recuperado el flujo, si bien se visualizan pequeñas imágenes radioopacas en porción media y sin flujo la porción mas distal del vaso, compatibles con trombo fraccionado y embolización distal, que desaparecen tras nuevo avance de cateteter de aspiración y nuevas inyecciones del antagonista de receptores plaquetarios IV.



Por ultimo se procede a implantar un stent farmacoactivo Orsiro 3/26 en lesión culpable ajustado a la carina con el gran ramo diagonal. Se aprecia excelente resultado con perfecto acomplamiento del mismo a una zona con curva proximal y no se visualizan finalmente dentro del vaso, imagenes residuales compatibles con trombo fragmentado.

DISCUSIÓN

- A pesar de los resultados comunicados en los estudios Taste y Total, la experiencia en angioplastia primaria en centros de gran volumen cuestiona la dicotomía sí/no en el uso de la aspiración del trombo.
- Únicamente en los estudios Tapas y Expira, si bien los eventos clínicos a los 30 días no fueron diferentes entre los aspirados y no, (hemorragia mayor, muerte, reinfarto, revascularización del vaso diana y eventos clínicos cardíacos adversos mayores)
- Las tasas de muerte y de eventos CV adversos mayores si se correlacionaron significativamente con el grado de blush miocárdico y el grado de resolución de la elevación del ST que puede tener mas relación con el aspirado del trombo intravascular.

DISCUSIÓN II

- Otra opción cuando existe abundante trombo o sospecha del mismo es abrir el vaso ocluido y posponer el implante de stent a un segundo procedimiento.
 - Permaneciendo el paciente con triple terapia antitrombótica.
- El estudio DANAMI-3-DEFER, compara el implante aplazado de stents frente al implante convencional en pacientes con SCACEST.
- No se observó efecto alguno en la variable compuesta de muerte, infarto de miocardio no fatal o isquemia secundaria a la revascularización de lesión no culpable
- Seguimiento medio de 41 meses.
- El implante de stents en un segundo tiempo se asoció con mayor riesgo de necesidad de revascularización del vaso culpable.

DISCUSIÓN III

- En nuestro medio pensamos que la aspiración rutinaria carece de utilidad e incluso puede ser peligrosa por producir complicaciones como ACV o disección del vaso.
- Por otro lado en presencia de trombo franco la angioplastia con balón o el implante directo de un stent puede ocasionar con frecuencia embolización macroscópica del vaso y ramas distales, o aumento del daño microvascular por obstrucción (embolización microscópica) y no es infrecuente en nuestra experiencia la trombosis aguda o subaguda del stent implantado.
- Por lo que en casos seleccionados y con abundante cantidad de trombo puede ser de utilidad la aspiración con las precauciones mencionadas
- Las ultimas guías de revascularización son claras al respecto con indicación de clase III y nivel de evidencia A.

Técnicas

No se recomienda la aspiración de trombos sistemática^{223-226,228}

III

A

©ESC 21

ARI: arteria responsable del infarto; CABG: cirugía de revascularización coronaria; IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST; ICP: intervención coronaria percutánea.

^aClase de recomendación.

^bNivel de evidencia.

CONCLUSION

La aspiración de trombo en casos electivos en el contexto del SCACEST no sólo es útil, sino que puede permitir lograr el éxito del procedimiento que no se hubiera logrado de otro modo como en el presente caso clínico.

Nosotros no hemos observado beneficios en el aspirado sistemático del vaso ocluido y por el contrario también hemos apreciado un aumento de las complicaciones.