



TROMBOSIS INTRASTENT

DESCRIPCIÓN DEL CASO

- Varón de 45 años de edad
- FRCV: Dm tipo II, Dislipemia
- Colitis ulcerosa
- Antecedentes de Cardiopatía Isquémica con IMA anterolateral en 2011. Se realizó cateterismo con implante de dos stents (DA y DG en bifurcación) en otro centro.
- Avisan desde UCI y se activa Código IMA, sospecha de trombosis muy tardía del stent previo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

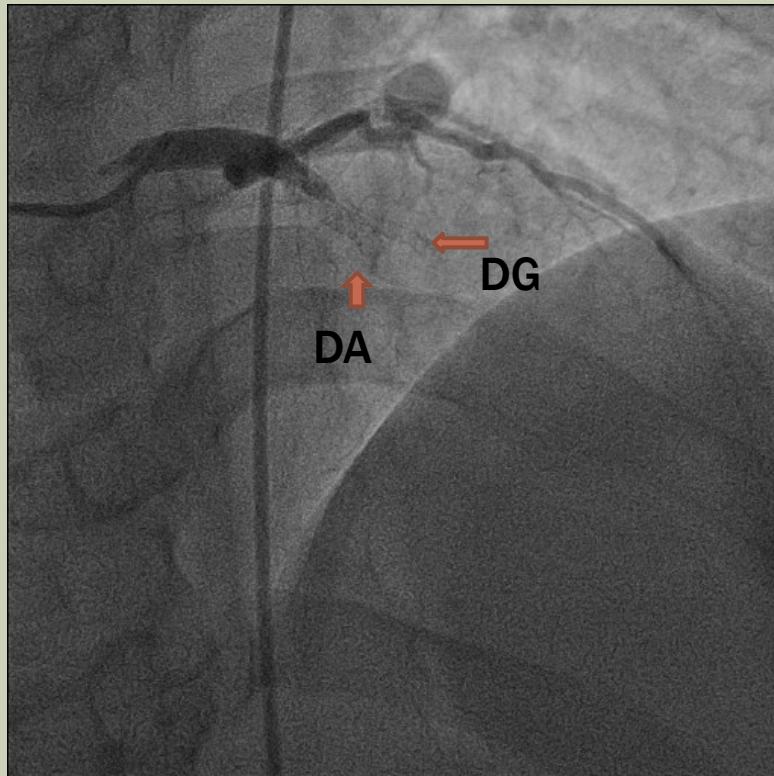
- El paciente había sido dado de alta la mañana del episodio isquémico por episodio de hemorragia digestiva baja por un brote de colitis ulcerosa. Se le había suspendido el clopidogrel 6 días previos al evento.
- El paciente había estado tomando hasta la actualidad la doble anti agregación con aspirina y clopidogrel.
- Tratamiento: b-bloqueantes, estatinas, aspirina, 300mg de clopidogrel.

CORONARIOGRAFIA I

- Acceso femoral derecho (por tratarse de abordaje de bifurcación)
- Enfermedad de UN vasos:
 - Oclusión trombótica aguda del stent de la DA proximal
 - Se visualiza por escopia otro stent en DG en bifurcación con el de la DA.
 - Ausencia de circulación colateral

CORONARIOGRAFIA I

En AP craneal se objetivan los dos stents (DA y DG).



En OAI caudal se aprecia la trombosis del stent de la DA-1



TOMA DE DECISIONES



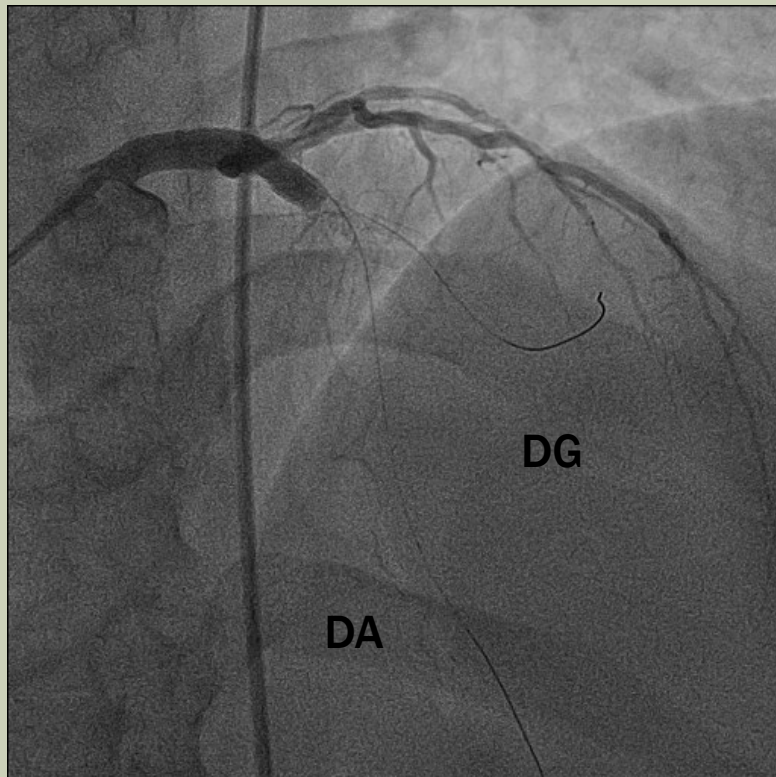
En el contexto de trombosis tardía del stent en DA-1 la opción primera es reperfundir el vaso en el menor tiempo posible.

Se realiza abordaje con paso de dos guías, angioplastia con balón con fármaco (Pantera Lux) en rama Diagonal e implante de stent farmacoactivo (Orsiro) en DA.

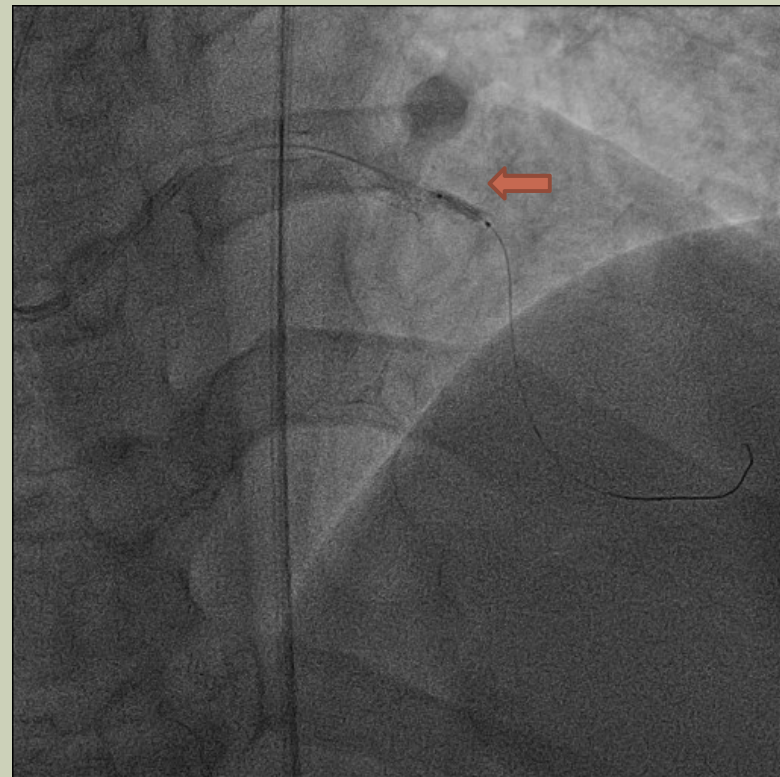
El procedimiento se describe a continuación:

INTERVENCIONISMO I

1. Cruce de dos guía no hidrofílicas a través de los stents.

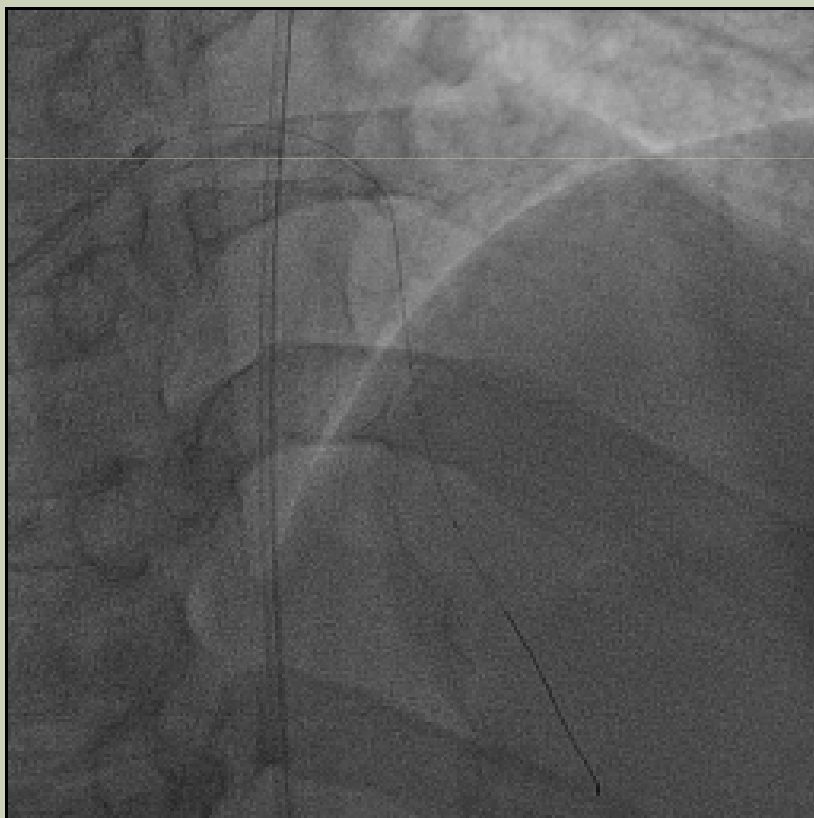


2. ICP con balón de fármaco en ostium Dg. Con intención de evitar recruce de guías.

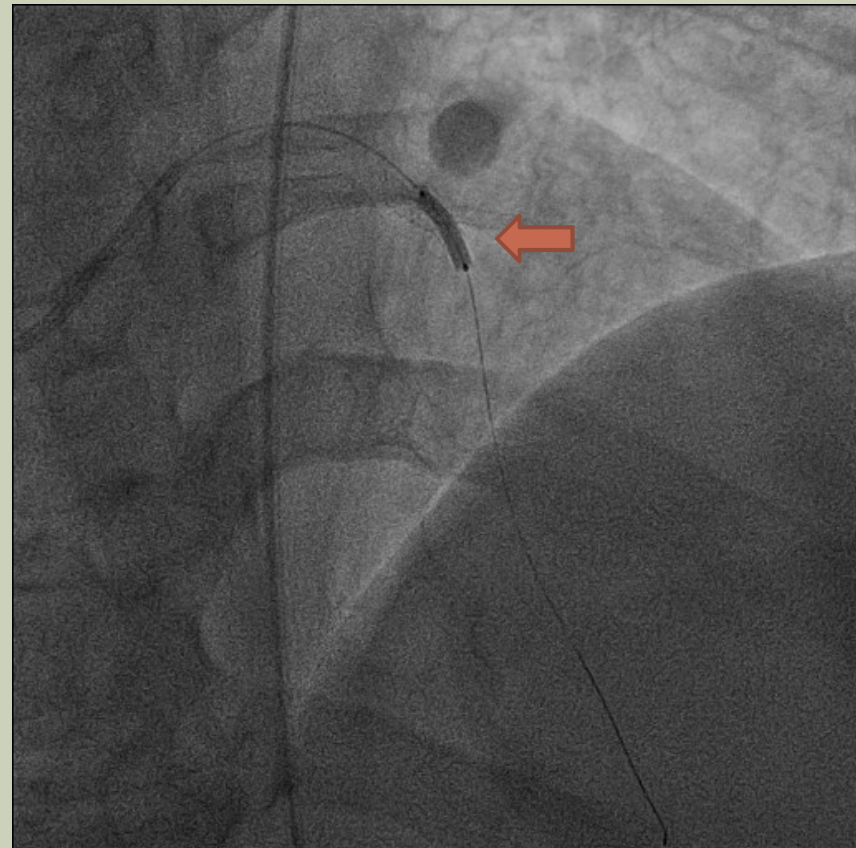


INTERVENCIONISMO II

3. Resultado tras la predilatacion. Se visualiza abundante material trombótico en DA y y menor en DG y se consigue apertura de la arteria.

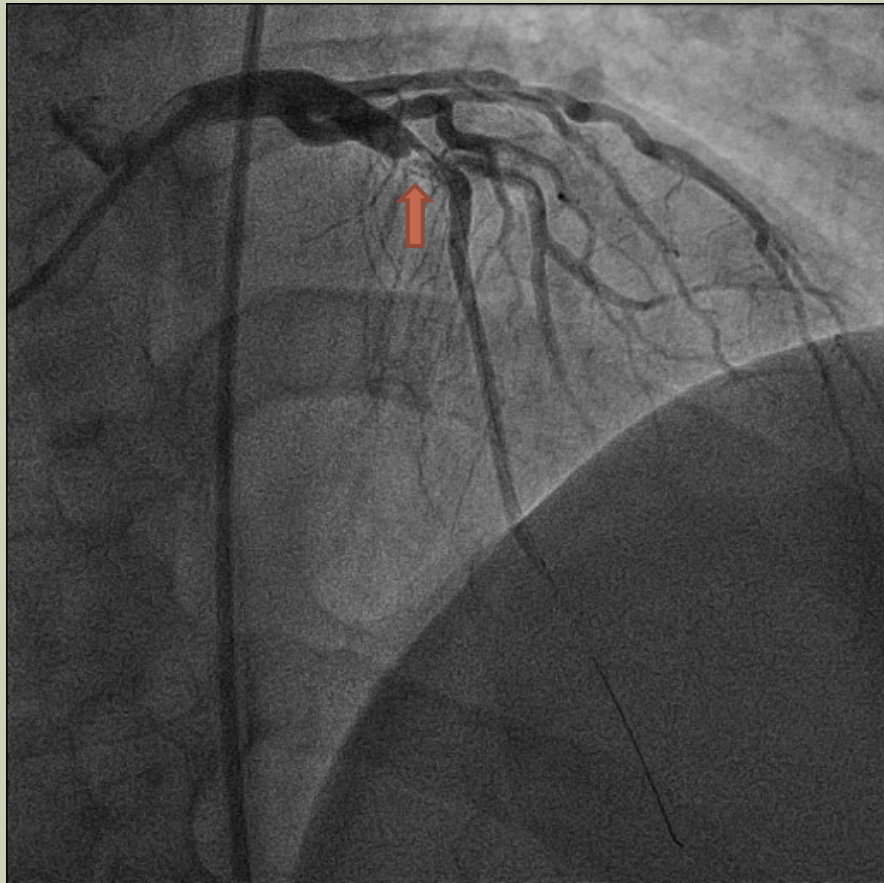


4. Predilatación con balón en DA ya que no se consigue el avance distal del tromboextractor.

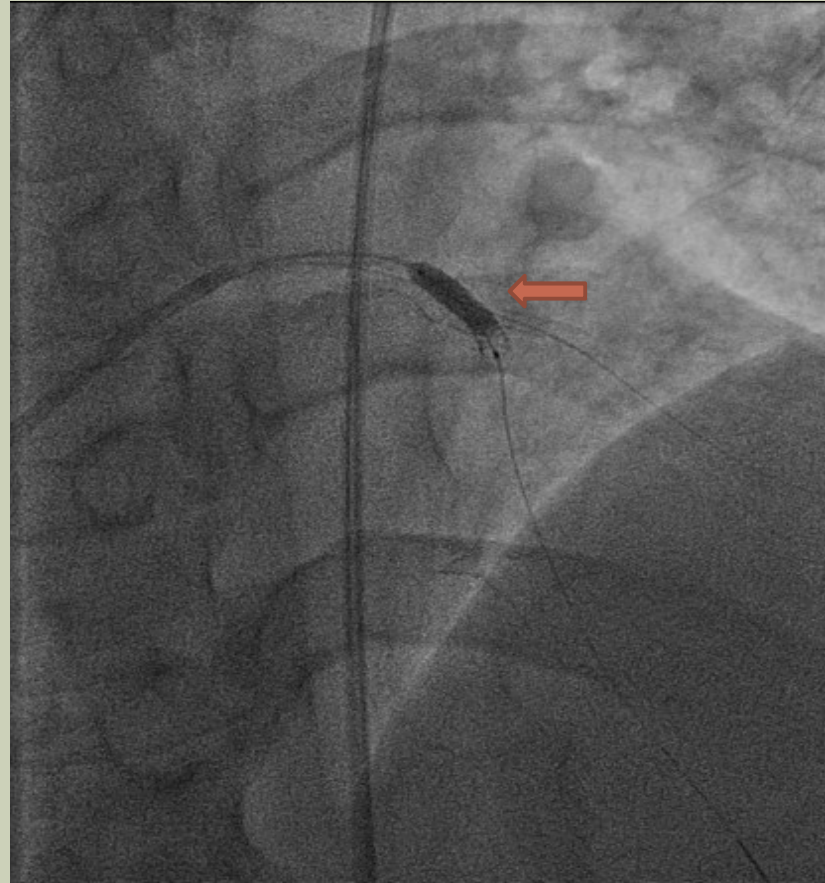


INTERVENCIONISMO III

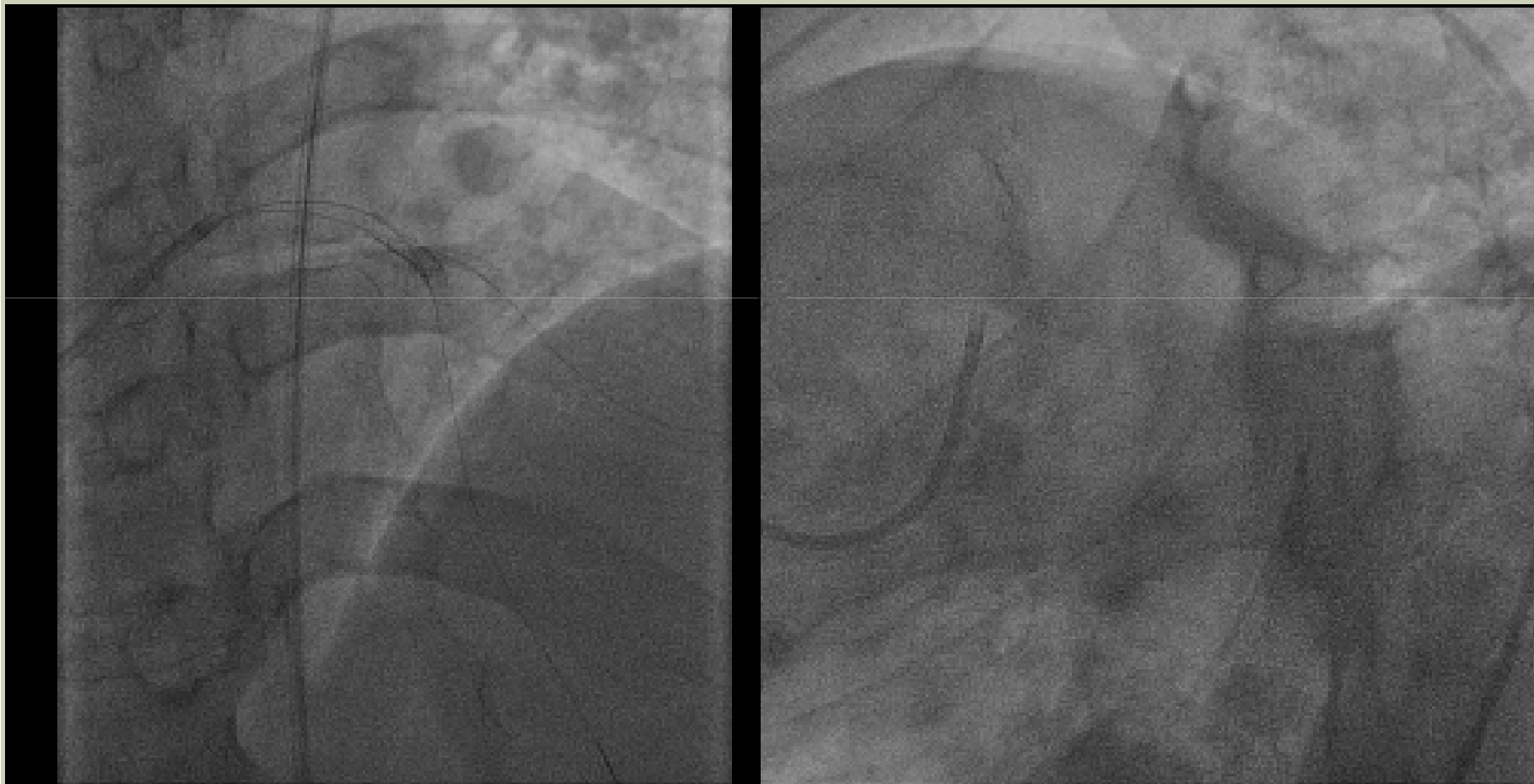
5. Control tras la ICP. Se objetiva trombo intrastent por lo que se decide uso de tromboextractor que se logra



6, Implante de stent farmacoactivo (Orsiro 3x18 mm, 14 Atm) en DA.



RESULTADO FINAL



DISCUSIÓN I

Factores de riesgo de trombosis tardía y muy tardía del stent:

Paciente	Lesión	Técnica
Discontinuación de antiplaquetarios	Bifurcaciones	Infraexpansión
Infarto de miocardio	Safenas	Cobertura incompleta
Insuficiencia renal	Lesiones ostiales	Superposición de stents
Disfunción ventricular	Longitud lesión	
Diabetes	Número de stents	

DISCUSION II

- En registro de pacientes tratados con stents recubiertos se identificó como principales factor de riesgo (por orden):
 - + La suspensión de los fármacos antiplaquetarios
 - + Lesiones bifurcadas
 - + Insuficiencia renal
 - + Diabetes mellitus
 - + Disfunción ventricular

CONCLUSIONES I

- La trombosis muy tardía ocurre pasado un año de la implantación del stent y es más específica de los SLF.
- La trombosis de stent es un fenómeno de baja frecuencia (< 1%), pero de elevada morbilidad (IAM 50-70% de los pacientes) y mortalidad (20-40%

El caso clínico que presentamos combina factores de riesgo en los tres niveles, como: - la suspensión de un fármaco antiplaquetar, el hecho de ser una lesión bifurcada y la técnica de superposición de dos stents.

CONCLUSIONES II

- La trombosis del stent es la complicación más temida de estos dispositivos. En su prevención son esenciales la combinación de fármacos antiplaquetarios, la elección adecuada del tipo de stent y la optimización técnica del implante. El futuro del intervencionismo coronario pasa por el diseño de nuevos dispositivos con la misma eficacia en la prevención de reestenosis pero con mayor seguridad a largo plazo.