

Stent bioabsorbible Magmaris: seguimiento por cardio-TC

Magmaris bioresorbable stent: cardiac CT follow-up

Lydia Bos^{a,*}, Victor Agudelo^b y David Viladés^a

^a Unidad de Imagen Cardíaca, Servicio de Cardiología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

^b Unidad de Hemodinámica, Servicio de Cardiología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

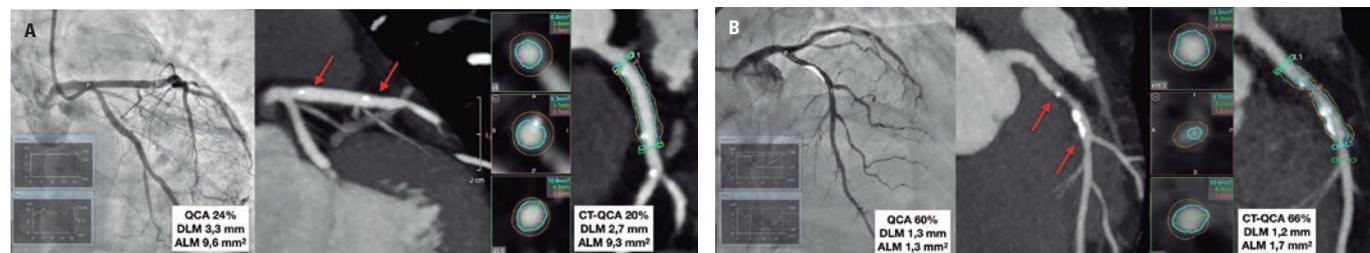


Figura 1.

Varón de 55 años con clínica anginoso e isquemia anterior demostrada por tomografía computarizada por emisión monofotónica. La coronariografía invasiva evidenció una estenosis significativa en la descendente anterior (DA) proximal y se realizó angioplastia con *stent* bioabsorbible Magmaris de 3,5 × 20 mm. A los 12 meses, como parte de un protocolo de investigación clínica, se solicitó control por coronariografía invasiva y tomografía computarizada cardíaca (cardio-TC), en las que se observó una buena correlación entre el diámetro y el área luminal mínimos (DLM y ALM, respectivamente) así como en la cuantificación angiográfica (QCA) (figura 1A; nótese que en la cardio-TC los 2 puntos hiperintensos señalados con flechas rojas permiten localizar los extremos del *stent*).

A un segundo paciente de 65 años y con cardiopatía isquémica previa se le realizó una coronariografía invasiva por angina de nueva aparición, en la que se evidenció una estenosis significativa en la DA proximal, por lo que se efectuó angioplastia con *stent* Magmaris de 3,5 × 15 mm. A los 12 meses reinició la clínica anginoso, con ergometría positiva a moderada carga. La cardio-TC mostró una reestenosis en el interior del *stent* moderada, que luego se confirmó y se trató percutáneamente. También en este escenario clínico hubo una buena correlación entre los diámetros y las áreas medidos por ambas técnicas (figura 1B).

Estos 2 casos sugieren que la cardio-TC podría ser una herramienta útil en el seguimiento de los pacientes portadores de un *stent* bioabsorbible Magmaris, sobre todo en aquellos con mayor diámetro e implantados en lesiones no muy calcificadas. Esto posiblemente será aplicable a otros tipos de dispositivos de ácido poli(L)láctico, si las nuevas generaciones consiguen suficiente evidencia clínica. El presente estudio se llevó a cabo en consonancia con el código ético según la Declaración de Helsinki. Los pacientes ofrecieron su consentimiento verbal y escrito para la realización de las pruebas, análisis y procesamiento de sus datos.

FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha recibido financiación.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren agradecer el soporte prestado por Canon Medical a través de una beca no condicionada.

* Autor para correspondencia: Sant Quintí 89, 08041 Barcelona, España.

Correo electrónico: lidiabore@gmail.com (L. Bos).

Online: 22-05-2020.

Full English text available from: www.recintervcardiol.org/en.

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M20000113>

2604-7306 / © 2020 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.