

## Patrón de cicatrización neointimal de un *stent* farmacoadactivo en el hematoma coronario



### *Neointimal healing pattern of a drug-eluting stent in a coronary hematoma*

Laura Mañas Alonso\*, Mario Sádaba Sagredo, Asier Subinas Elorriaga y José R. Rumoroso Cuevas

Servicio de Cardiología, Hospital Galdakao, Galdakao, Vizcaya, España

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M19000024>

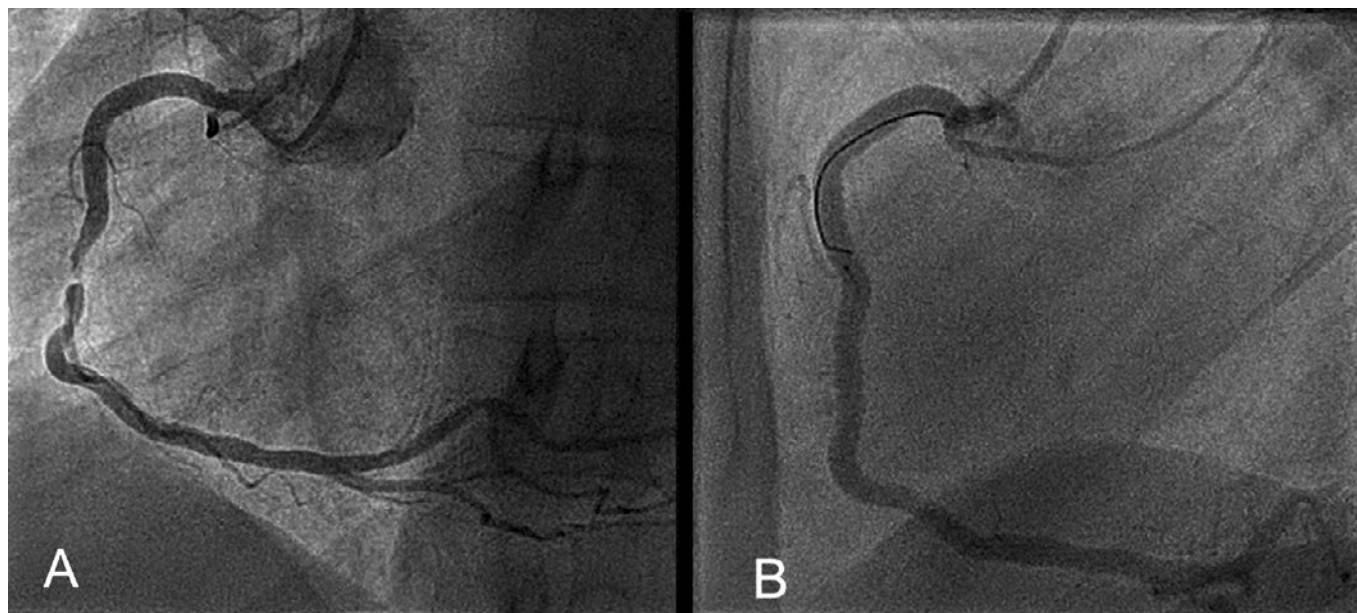
<https://doi.org/10.24875/RECIC.M19000025>

#### PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 53 años, fumadora y con dislipemia, que consultó por angina de esfuerzo de una semana de evolución y la noche previa un episodio en reposo. El electrocardiograma no mostraba alteraciones de la repolarización. Se realizó determinación de troponina T con un intervalo de 4 horas, que duplicó el valor de referencia normal (28 ng/l, 31 ng/l; valor de referencia normal: 0-14 ng/l). Inicialmente se administró ácido acetilsalicílico (300 mg). Esa misma mañana se realizó una prueba de esfuerzo, clínicamente dudosa y eléctricamente no valorable para descartar isquemia por no alcanzar el 85% de la frecuencia máxima teórica.

Se realizó una coronariografía que mostró lesiones angiográficamente no significativas en la arteria descendente anterior y en la circunfleja. La coronaria derecha (CD) presentaba una lesión grave en el segmento medio. Teniendo en cuenta que se inició tratamiento solo con ácido acetilsalicílico, la clínica de reposo y los marcadores en el límite de significación, se consideró que se trataba de una angina inestable y se administraron en sala una carga de ticagrelor (180 mg), un bolo de tirofiban (25 µg/kg, sin infusión) y heparina sódica (70 U/kg). Se implantó un *stent* farmacoadactivo de 3,5 × 24 mm en la CD media, con un resultado óptimo (figura 1).

A los 40 minutos de la intervención, la paciente comenzó con dolor torácico y elevación del ST en la cara inferior, por lo que se realizó un nuevo cateterismo que mostró una oclusión distal al *stent*. Ante la sospecha de disección/hematoma, se realizó un estudio con



**Figura 1.** Coronaria derecha previamente (A) y tras la implantación del *stent* de 3,5 × 24 mm (B).

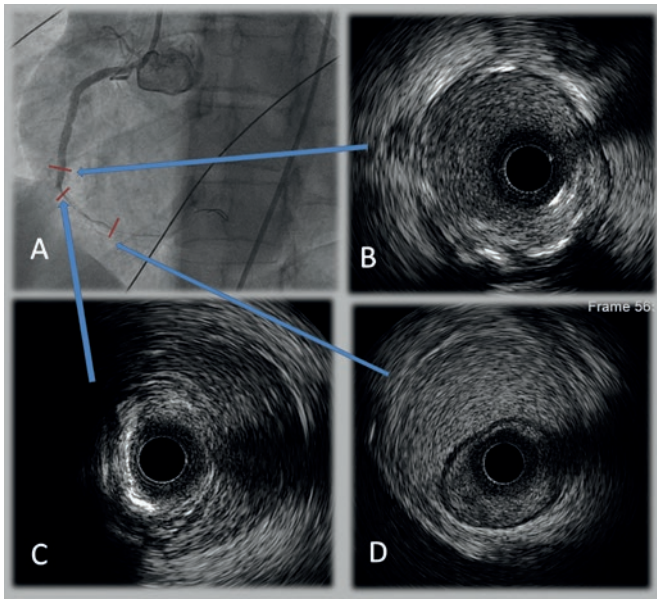
\* **Autor para correspondencia:** Servicio de Cardiología, Hospital Galdakao, Labeaga Auzoa, 48960 Galdakao, Vizcaya, España. Correo electrónico: [laura.sarnak@gmail.com](mailto:laura.sarnak@gmail.com) (L. Mañas Alonso).

Online: 20-05-2019.

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

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M19000023>

2604-7306 / © 2019 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.



**Figura 2.** Angiografía (A) y ecocardiografía intravascular intra *stent* (B), justo distal al *stent* (C) y coronaria derecha distal (D).

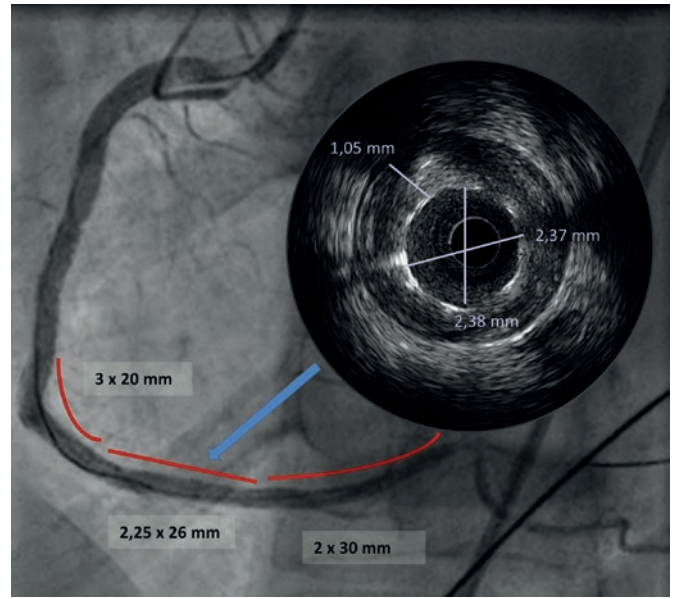
ecocardiografía intravascular en el que se observó un hematoma de pared desde el *stent* hasta la bifurcación descendente posterior-posterolateral (PL) (figura 2).

Inicialmente se implantó un *stent* farmacoactivo de 3 × 20 mm solapado con el *stent* implantado en la CD media, pero al persistir la oclusión distal de la CD se implantó otro solapado distalmente de 2,25 × 26 mm, con lo que el hematoma progresó hacia la PL y se ocluyó la descendente posterior. Se implantó de forma solapada otro *stent* farmacoactivo de 2 × 30 mm de la CD distal hacia la PL, y se recuperó un flujo TIMI (*Thrombolysis in Myocardial Infarction*) 3 en la PL, persistiendo la oclusión de la descendente posterior. Los *stents* de la CD distal y la PL son de menor calibre que la luz inicial del vaso para intentar evitar la progresión del hematoma distalmente (figura 3). En la imagen de ecocardiografía intravascular, aunque los *stents* quedan apostados contra el endotelio, la distancia desde el *stent* hasta la capa media del vaso es de 1 mm.

A pesar de persistir los síntomas y la elevación del ST, se finalizó el procedimiento por el riesgo de progresar el hematoma hacia la PL más distal e imposibilidad para recuzar la guía hacia la descendente posterior.

El electrocardiograma tras el procedimiento mostró la persistencia de la elevación del ST en la cara inferior; a las 3 horas del procedimiento, la paciente mostró mejoría del dolor y normalización del segmento ST. Considerando que un exceso de antiagregación podría haber favorecido la aparición del hematoma, se decidió cambiar el ticagrelor por clopidogrel.

Posteriormente, la paciente permanecía asintomática y con una curva enzimática con un pico de troponina T a las 24 horas (4.490 ng/l, infarto de miocardio tipo 4a). El ecocardiograma al alta mostró un ventrículo izquierdo no dilatado, con función sistólica global conservada, e hipocinesia de segmentos inferiores y septo posterior basal.



**Figura 3.** Resultado final tras la implantación de tres *stents* farmacoactivos (líneas) en la coronaria derecha-posterolateral.