

DEBATE ABIERTO

CASO CLÍNICO Nº 2 | AÑO 2013

TRATAMIENTO DEL IAM CON ENFERMEDAD DE MÚLTIPLES VASOS

Paciente, de 48 años de edad, masculino, con antecedentes heredofamiliares para cardiopatía isquémica, tabaquismo y obesidad (BMI 31), que es admitido por guardia con dolor precordial típico de 1 hora 40 min de evolución.

El examen físico no releva signos de insuficiencia cardíaca.

Se realiza ECG que muestra supradesnivel de ST de 3 mm en cara inferior.

Se comienza inmediatamente con aspirina 325 mg, carga de prasugrel 60 mg y heparina no fraccionada 5.000 UI. EV.

Se le indica Coronariografía de urgencia que se realiza mediante acceso radial derecho, utilizando introductor 6F y catéter diagnóstico Tiger™(Terumo ®) mostrando en la arteria coronaria izquierda, una lesión proximal extensa de arteria descendente anterior comprometiendo un ramo diagonal de gran tamaño (Clasificación de Medina 1.1.1), y lesión en tándem de primera rama latero ventricular de circunfleja. **(Figuras 1 a y b)**

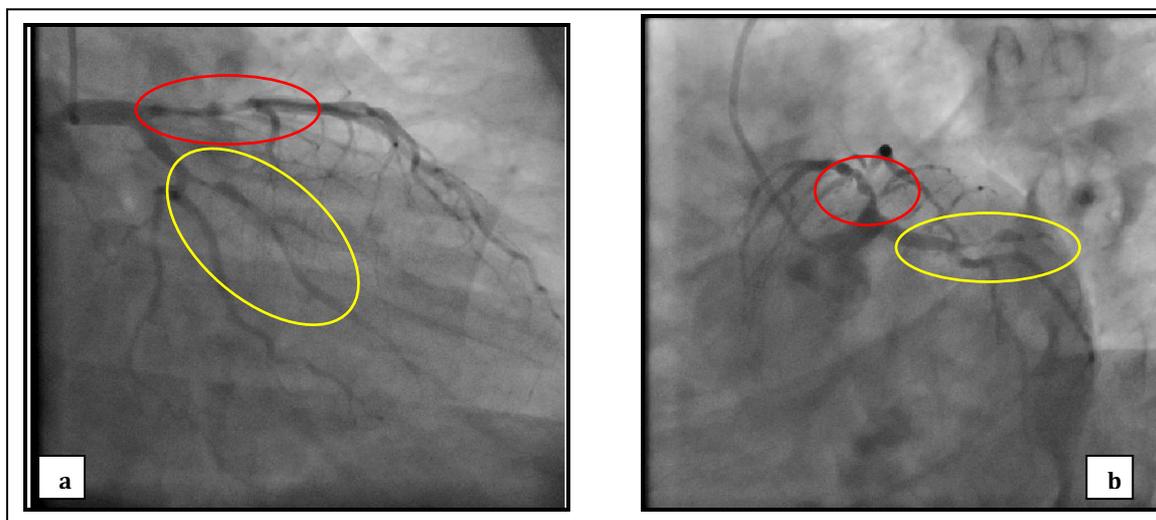


Figura 1. En las imágenes **a)** (oblicua anterior derecha -OAD 30°-) y **b)** (oblicua anterior izquierda -OAI 45°-/Caudal 25°); se evidencian las lesiones en arteria descendente anterior (DA) en rojo y rama latero ventricular de circunfleja (LV) en amarillo.

La arteria coronaria derecha mostró una oclusión aguda en el segmento medio, de dicho vaso, con flujo TIMI 0. **(Figura 2).**

TRATAMIENTO DEL IAM CON ENFERMEDAD DE MÚLTIPLES VASOS

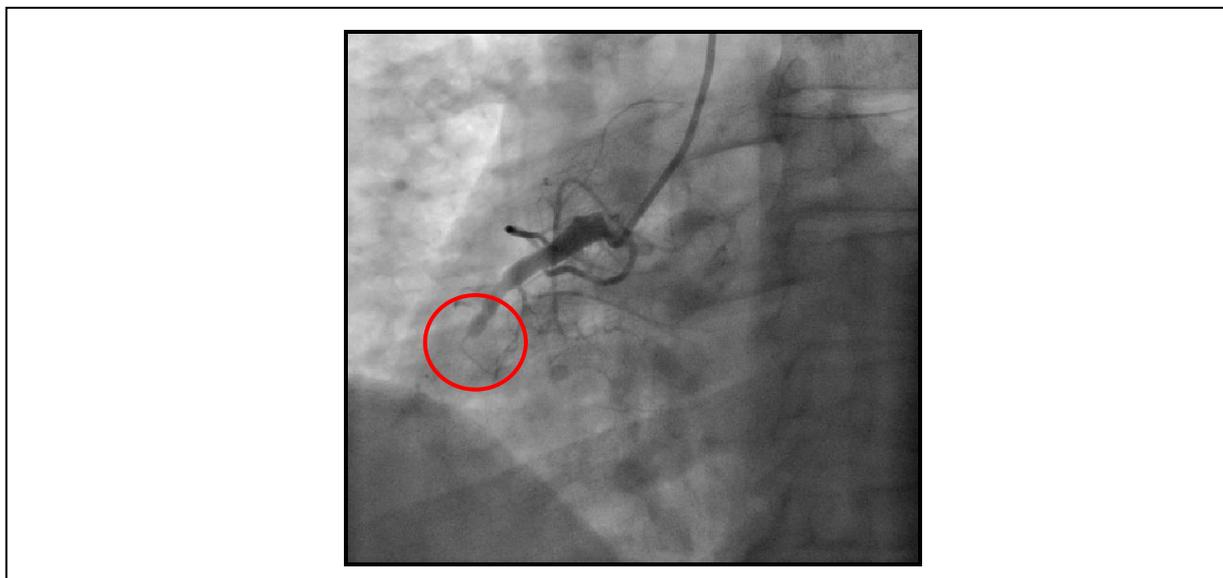


Figura 2. En la imagen (oblicua anterior izquierda -OAI 45°-); se evidencia la oclusión aguda en arteria coronaria derecha (CD) en rojo, sin flujo anterógrado -TIMI 0-.

Se procedió a realizar angioplastia primaria (ATC 1°) del vaso culpable - arteria coronaria derecha (CD)-. Por el mismo acceso, utilizando un catéter guía Ikari (IR 1.5 Terumo ®) y una guía Floppy 0.014", con la cual se recanalizó la misma. Previa infusión intracoronaria de Tirofiban -inhibidor de la glicoproteína IIB III A (AGRASTAT ®), se avanzó un catéter de tromboaspiración (Export de Medtronic®) en dos oportunidades, con el cual se logró extraer considerable cantidad de material trombótico. (**Figuras 3 a, b y c**).

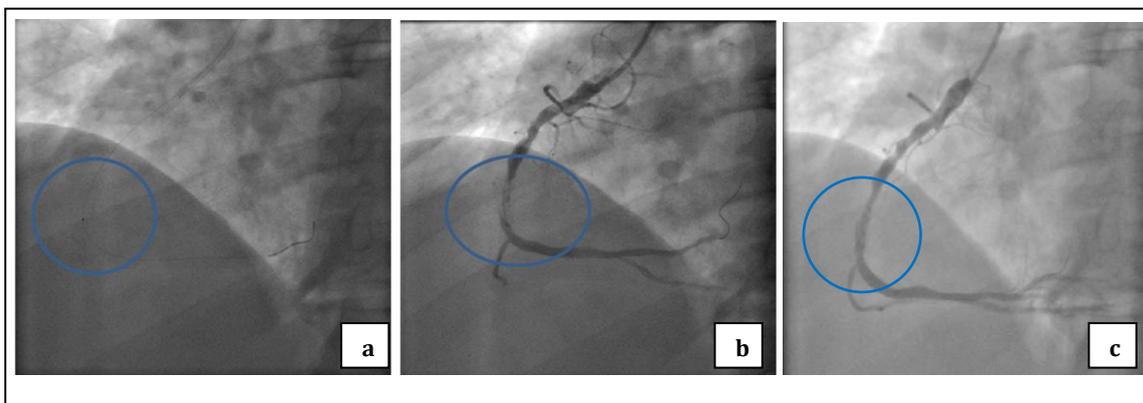


Figura 3. a) se aprecia la punta radiopaca del tromboaspirador (TA); en la **b)**, aspecto de falta de relleno compatible con trombo, y en **c)**, luego del 2° pasaje del TA, menor carga trombótica, con flujo anterógrado TIMI 3.

DEBATE ABIERTO
 CASO CLÍNICO N° 2 | AÑO 2013

TRATAMIENTO DEL IAM CON ENFERMEDAD DE MÚLTIPLES VASOS

Posteriormente, al persistir lesión residual, se implantaron de distal a proximal, en forma directa, dos stents convencionales (Multilink de Abbot ®), de 3,5 x 23 mm y 3,5 x16 mm, este último, debido a una imagen compatible con disección tipo A en el borde proximal del primer stent- flecha- (Figura 4 a, b, c).

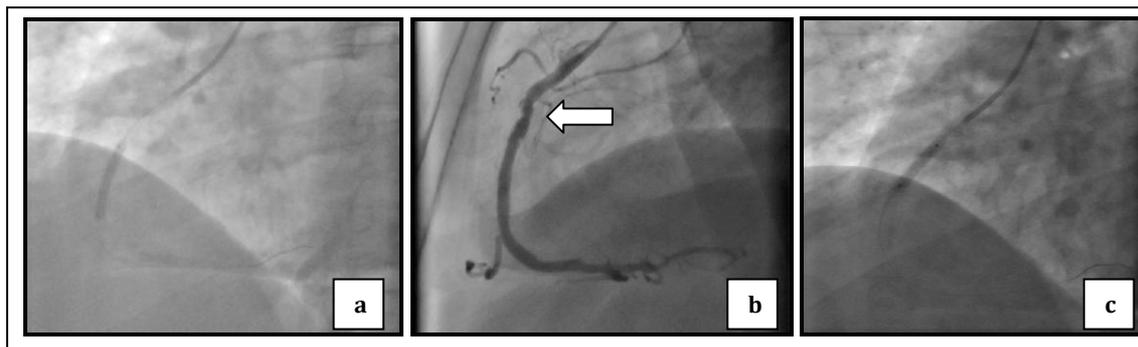


Figura 4. a), impactación del primer stent, 3.5x23 mm, a 16 atmosferas (atm); en **b)**, disección proximal, Tipo A, flecha y en **c)**, 2° stent 3.5x16 mm, a 16 atmosferas (atm); telescopado con el stent previo con insuflación final entre los dos a 18 atm.

Control angiográfico final, donde la arteria coronaria derecha no evidencia lesiones residuales significativas, con flujo TIMI 3 y blush III. (Tiempo de procedimiento: 8:59:37 – 9:39:48, Fluoroscopia: 12. 2 minutos y dosis total RX: 953 mGy) (Figura 5 a y b).

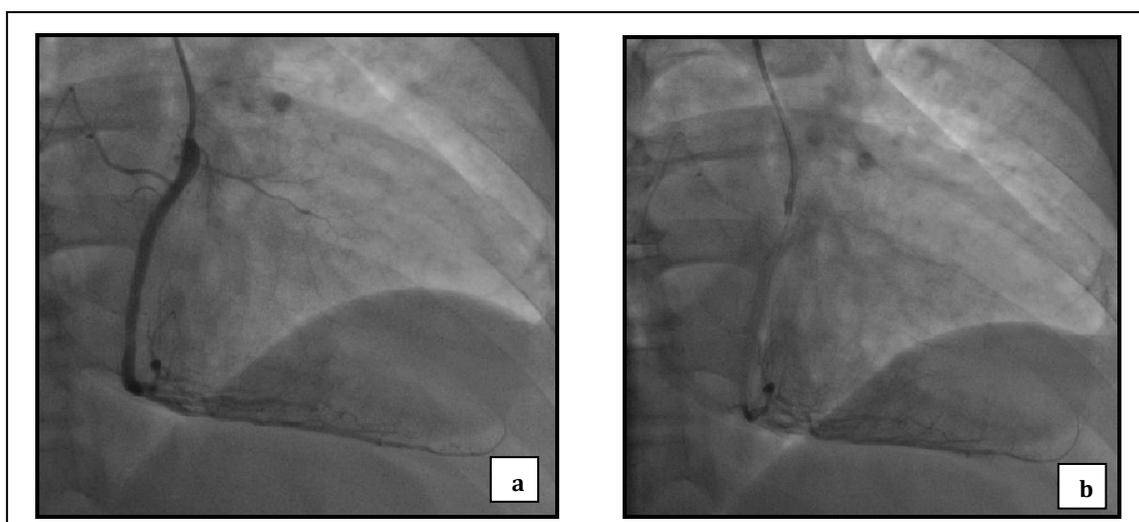


Figura 5. a), en OAD 30°, la arteria CD no evidencia lesiones residuales, con flujo anterógrado TIMI 3; y en **b)**, tinción miocárdica – blush III- ambos marcadores de buen pronóstico a futuro.

DEBATE ABIERTO

CASO CLÍNICO Nº 2 | AÑO 2013

TRATAMIENTO DEL IAM CON ENFERMEDAD DE MÚLTIPLES VASOS

El paciente evoluciona estable, sin complicaciones. Se realiza Ecocardiograma que mostró leve hipocinesia inferior con fracción de eyección de 65% y luego de 72 horas del evento, se indica el alta hospitalaria con tratamiento médico, aspirina 81 mg/día (d), prasugrel 10 mg/d, bisoprolol 5 mg/d y rosuvastatina 10 mg/d.

En un segundo tiempo, se discute el caso en Ateneo cardiovascular clínico - quirúrgico y se decide revascularización endovascular (score Syntax de ingreso 25 luego de la ATC primaria 17). A los 3 meses se solicita control con TAC MS 64 cortes, para planificar terapéutica. (**Figura 6 a, b y c**).

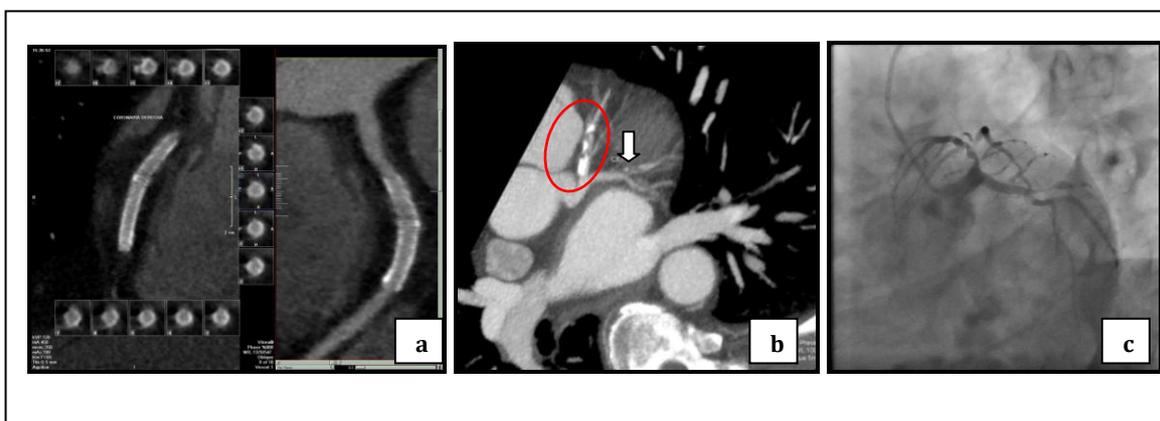


Figura 6. a) Plano curvilíneo y cortes transversales en este eje, donde se evidencia Stents telescopados en arteria CD, permeables, sin reestenosis; en **b)** Corte axial donde se aprecian las lesiones en arteria descendente anterior (DA) en rojo, con abundante calcio proximal, y de la rama latero ventricular de circunfleja (LV) flecha, y en **c)** angiografía de arteria coronaria izquierda semejando la proyección **b** de la TAC MS.

A los 4 meses del evento agudo se le realiza angioplastia programada de arteria coronaria izquierda, acceso femoral derecho, 7 french, se cateteriza selectivamente la arteria coronaria izquierda con catéter guía BL 4, bajo guía floppy 0.014", en primer lugar, se implantaron de distal a proximal, en forma directa, dos stents liberadores de droga 2.75 x 24 y 20 mm (Everolimus Promus ®) en ramo lateral de arteria circunfleja, sin complicaciones.

Posteriormente se abordó la arteria descendente anterior, en donde su tercio proximal fue preparado con cutting balón (por el calcio que mostraba la TAC MS) y a nivel de la bifurcación, el ramo diagonal (Dg), fue protegido con una segunda guía 0.014", utilizando la técnica de stent provisional, posicionándose en DA, un stent liberador de fármaco 3.0 x 38 mm (Everolimus Promus ®), con kissing balón

DEBATE ABIERTO

CASO CLÍNICO N° 2 | AÑO 2013

TRATAMIENTO DEL IAM CON ENFERMEDAD DE MÚLTIPLES VASOS

final – balones quantum no complacientes 3.0 x 15 mm a DA y 2.5 X 15 a 1° Dg-ambos a 12 atm durante 10 segundos (**Figura 7 a,b,c y d**).

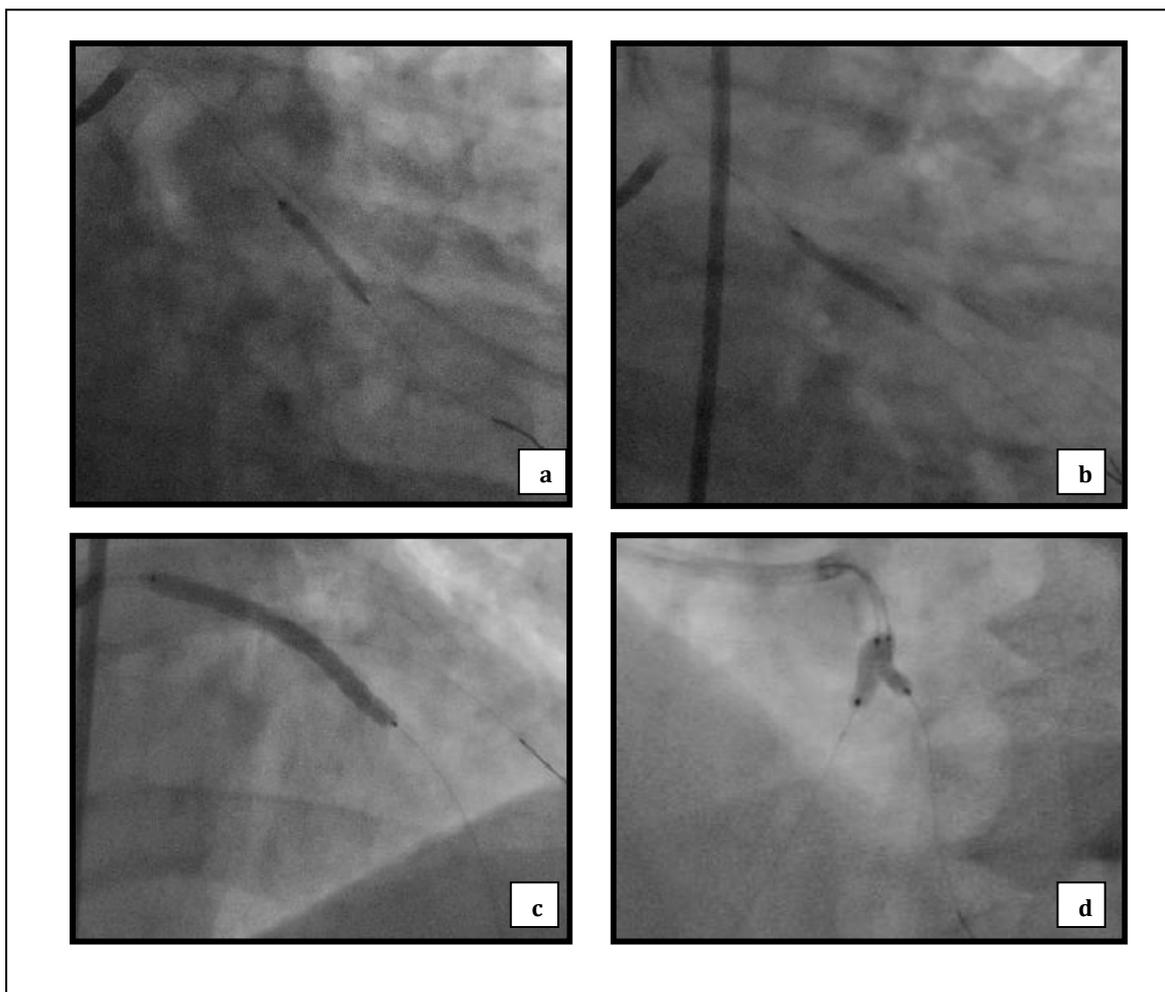


Figura 7. a-b) impactación de los Stents liberadores de droga en rama lateral de circunfleja; y en **c y d)** impactación del stent en arteria DA (con técnica de stent provisional para Dg) y kissing balón final.

Control angiográfico final, donde la arteria coronaria izquierda no evidencia lesiones residuales en los sitios de implantación de los stents, ambas arterias tratadas con flujo TIMI 3, al igual que ramo Dg; por lo que el procedimiento es considerado exitoso (**Figura 8 a y b**).

TRATAMIENTO DEL IAM CON ENFERMEDAD DE MÚLTIPLES VASOS

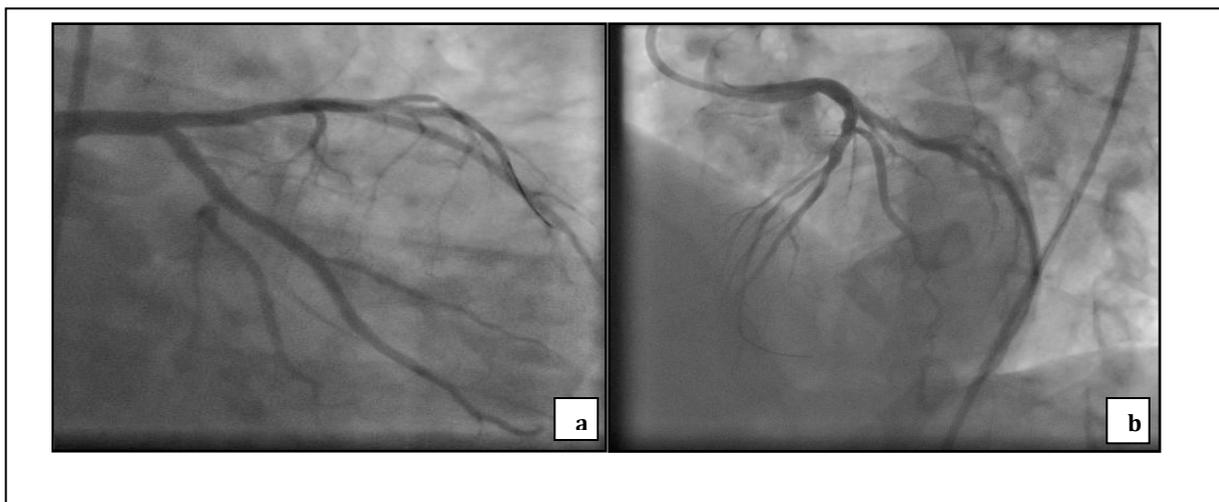


Figura 8. a), en OAD 30° la rama LV no evidencia lesiones residuales, con flujo anterógrado TIMI 3 y en **b)**, en OAI 35° CRANEAL 25° la arterias DA y DG no muestran lesiones residuales significativas, ambas con flujo anterógrado TIMI 3.

Discusión:

Este caso plantea varios aspectos; en primer orden, desde el punto de vista técnico, lo primero sería la utilidad y conveniencia del acceso radial en un infarto con elevación de ST, cosa que elegimos en base a trabajos como el **Study ACCES**, **RIFLE**, **RIVAL**, que demuestran que dicho abordaje es factible de practicar con menor tasa de complicaciones vasculares, especialmente sangrado, sobre todo si se tiene en cuenta el intenso uso de antiagregantes plaquetarios a la que son sometidos estos pacientes, disminuyendo eventos duros a corto, mediano y largo plazo.

Con respecto al uso actual de la tromboaspiración, es razonable para este tipo de pacientes con indicación Clase IIa; nivel de evidencia B; donde la técnica ha sido avalada y ha ido ganando terreno en este último tiempo, luego de los estudios **TAPAS** e **INFUSE-AMI**.

En cuanto a los Inhibidores de la GP IIb IIIa, es una práctica frecuentemente usada por intervencionistas de todo el mundo, sobre todo cuando la lesión culpable presenta un gran componente trombótico y en donde los resultados son excelentes, como lo ejemplifica este caso, con indicación clase IIa cuando la vía de infusión es la endovenosa y en este punto el abciximab ha sido la droga más estudiada con nivel de evidencia A y en segundo orden el Tirofiban y Eptifibatid con niveles de evidencia B.

La administración intracoronaria merece una discusión especial dado que tiene una indicación Clase IIb nivel de evidencia B; pero empieza a tomar fuerza y tal vez con el correr del tiempo pase a una indicación con mayor recomendación, para lo cual debemos esperar nuevos trials randomizados.

DEBATE ABIERTO

CASO CLÍNICO N° 2 | AÑO 2013

TRATAMIENTO DEL IAM CON ENFERMEDAD DE MÚLTIPLES VASOS

Cabría preguntarse: si el riesgo de sangrado es bajo, si no tiene antecedentes de úlceras gástricas, ni ACV o cirugías recientes, **¿NO DEBERÍAMOS REALIZAR IIB IIIA a todos los IAM?**, sobre todo si el abordaje es radial y si pensamos tromboaspirar.

En nuestra práctica cotidiana, en el contexto de una SCA CEST (IAM) en un 75% de los casos utilizamos la vía de abordaje radial; por lo general ,tromboaspiramos en un 60% de los casos, sobre todo si existe flujo TIMI 0 o cuando impresiona que la lesión tiene aspecto de falta de relleno compatible con trombo, en donde una vez tomada la decisión , previo a la misma, realizamos 2 bolos de Tirofiban intracoronario de acuerdo al peso, con muy buenos resultados; disminuyendo de manera significativa el fenómeno de no reflow y por ende las consecuencias del mismo.

En un segundo término, en cuanto al manejo de las lesiones en pacientes con múltiples vasos y evento agudo; creemos que el tratamiento del vaso culpable es la forma de abordar este tipo de pacientes y es el método más aceptado en la actualidad, salvo una excepción, el shock cardiogénico, en donde se intenta revascularizar de manera completa el árbol coronario lesionado.

Si seguimos las [entrevistas realizadas a los expertos](#), vemos como todos coinciden que el abordaje radial sin duda en manos experimentadas sería de elección dado que disminuye la tasa de sangrado con respecto a la vía femoral; en cuanto al uso de los IIB IIIA, vemos que los entrevistados defieren un poco en cuanto a la recomendación, pero se ponen de acuerdo a la hora del aspecto trombótico de la placa en donde sí lo recomendarían. Y por último, con el tema de tratar los vasos no culpables en el contexto de un IAM, todos recomiendan en la fase aguda tratar solo el vaso culpable y en un segundo tiempo las otras lesiones. En este contexto el cirujano considera que el By Pass en un paciente con un Score Syntax intermedio, favorecería los resultados a largo plazo.

Así, con este caso más las entrevistas, buscamos ejemplificar y aportar datos acerca del abordaje actual y real de este paciente, en el contexto de un infarto agudo de miocardio asociado con lesiones de otros vasos no culpables del evento.

GRUPO DE DEBATE ABIERTO:

Leandro Martínez Riera

Lucas Gerbaudo

Marcos de la Vega

Mariano Rubio

Martín Cisneros

PUEDE REALIZAR UN COMENTARIO, CRÍTICA CONSTRUCTIVA, OBSERVACIÓN O SUGERENCIA ESCRIBIENDO a debateabierto@caci.org.ar.