

Stent bioabsorbible en el tratamiento de disección coronaria espontánea: Seguimiento clínico y multi-imagen a largo plazo

Ángela Fernández Plaza 1, Inmaculada Pérez Caballero², Ana Blanca Martínez Pérez², Santiago Jesús Camacho Freire 2, Jessica Roa Garrido 2

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

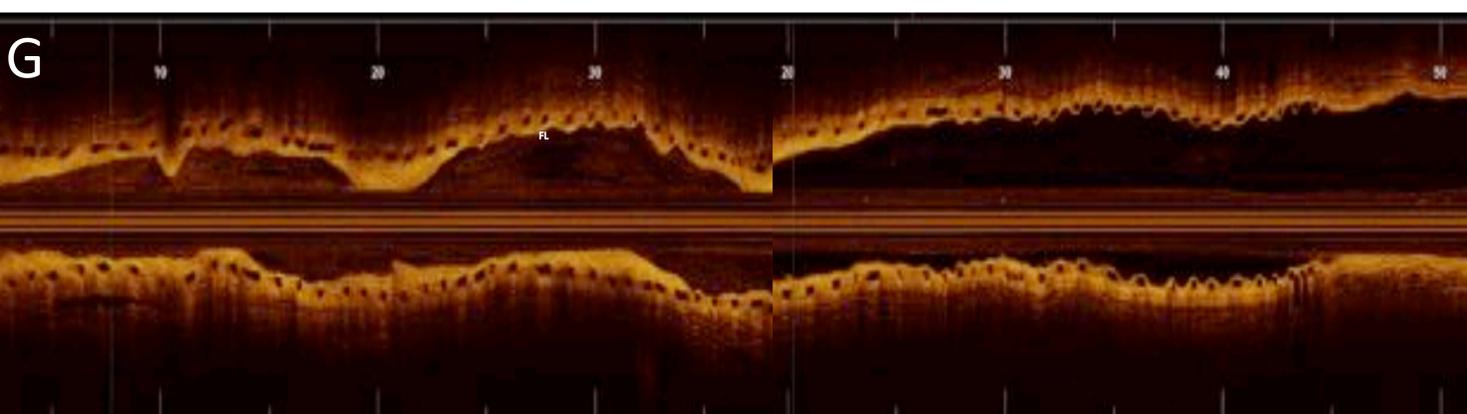
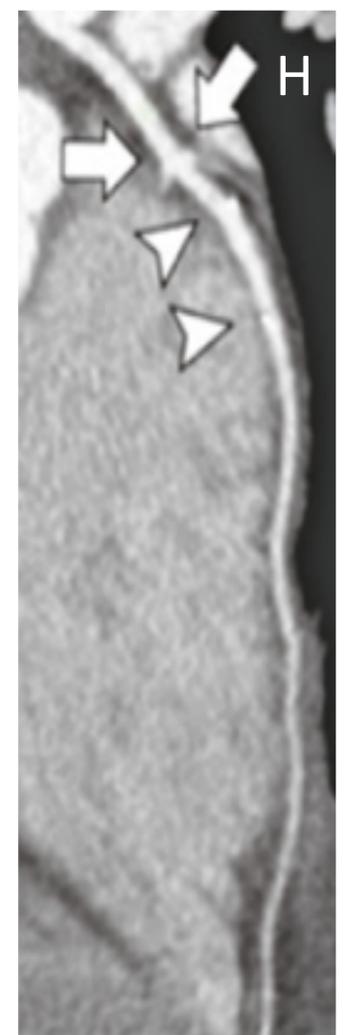
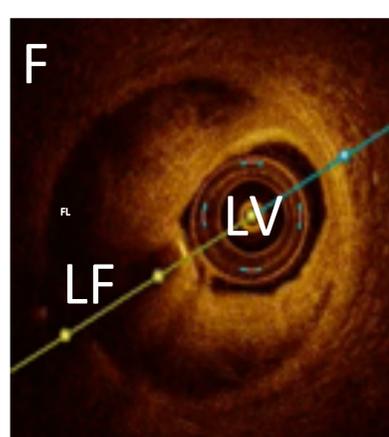
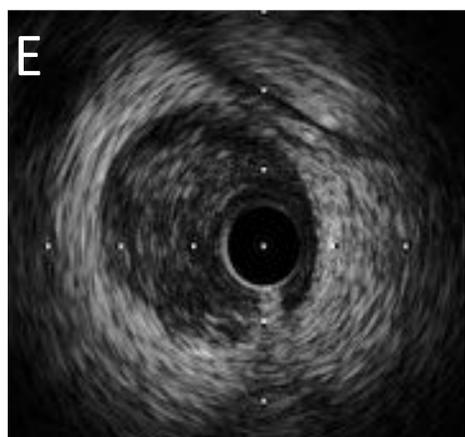
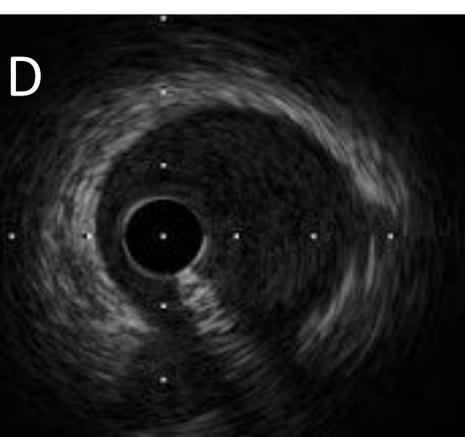
²Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Objetivos:

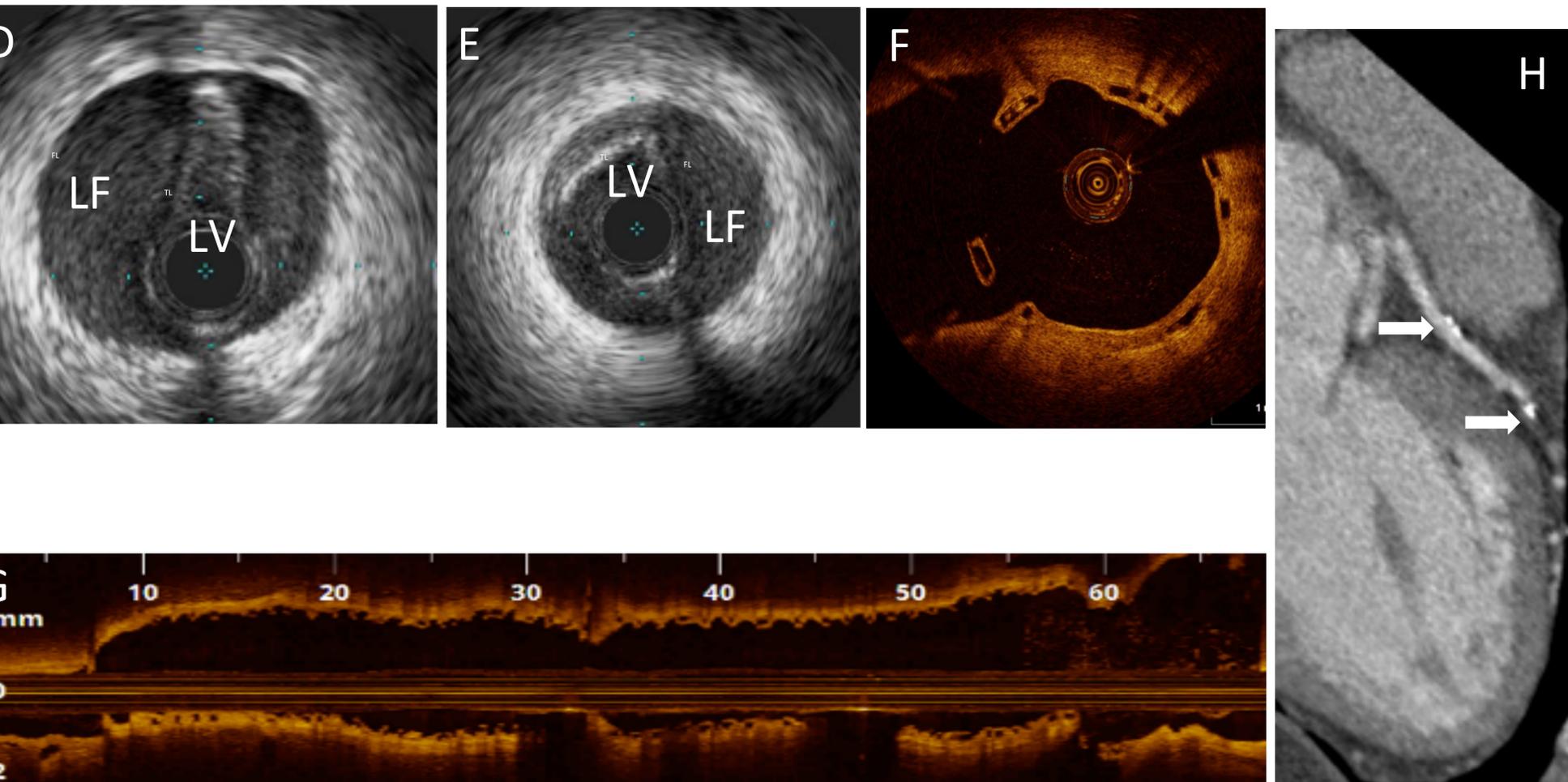
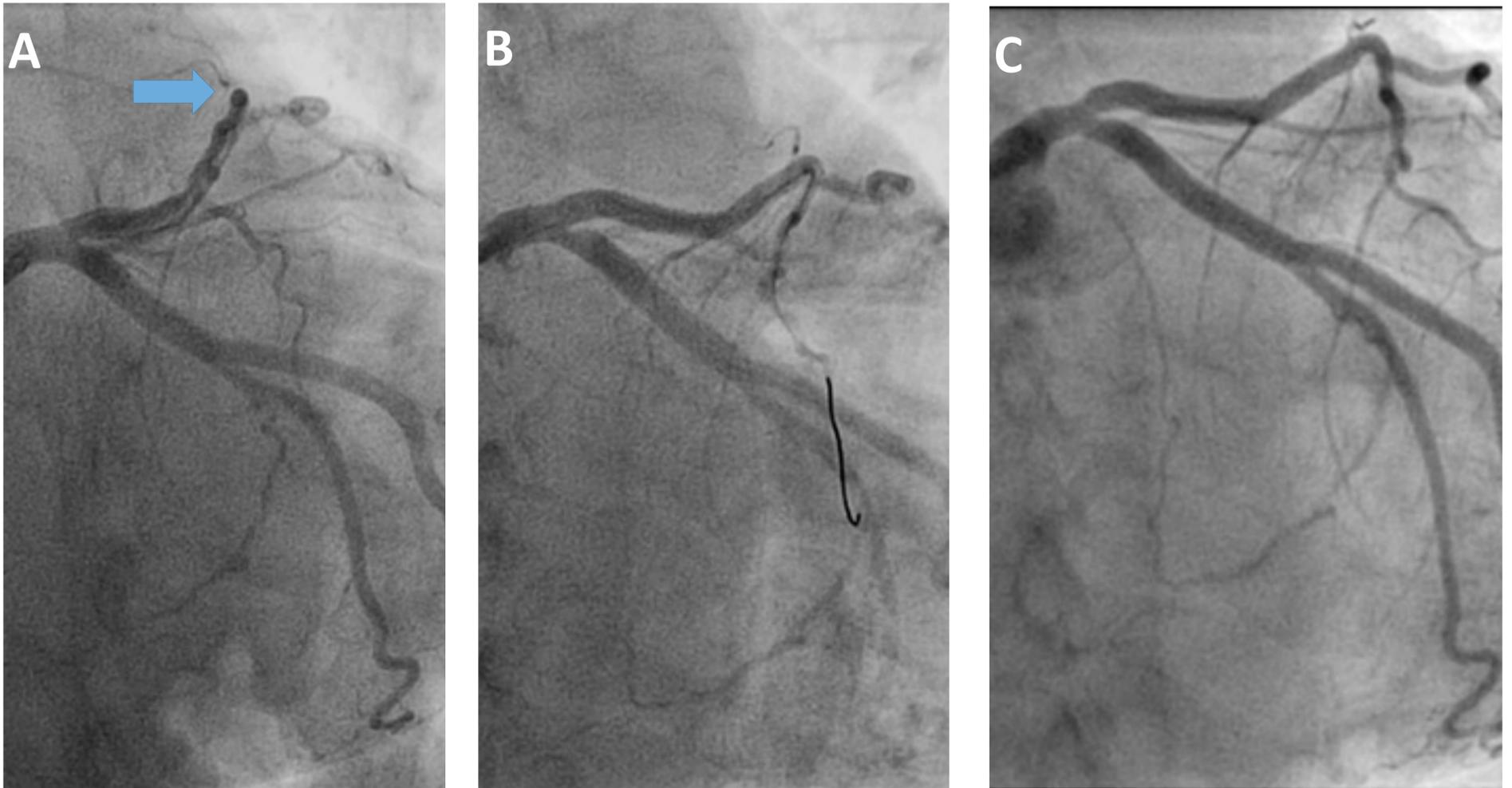
La disección coronaria espontánea (DCE) continúa siendo una causa poco frecuente de síndrome coronario agudo en pacientes sin enfermedad aterosclerótica. Aunque el tratamiento conservador es el preferible en la mayoría de los casos, en aquellos pacientes que precisen revascularización (ICP), el implante de stents bioabsorbibles se plantea como una hipótesis muy atractiva. Nuestro objetivo es realizar a largo plazo un seguimiento clínico y de multimagen (angiografía, tomografía de coherencia óptica y angioTC coronario) de estos pacientes.

Material y Método:

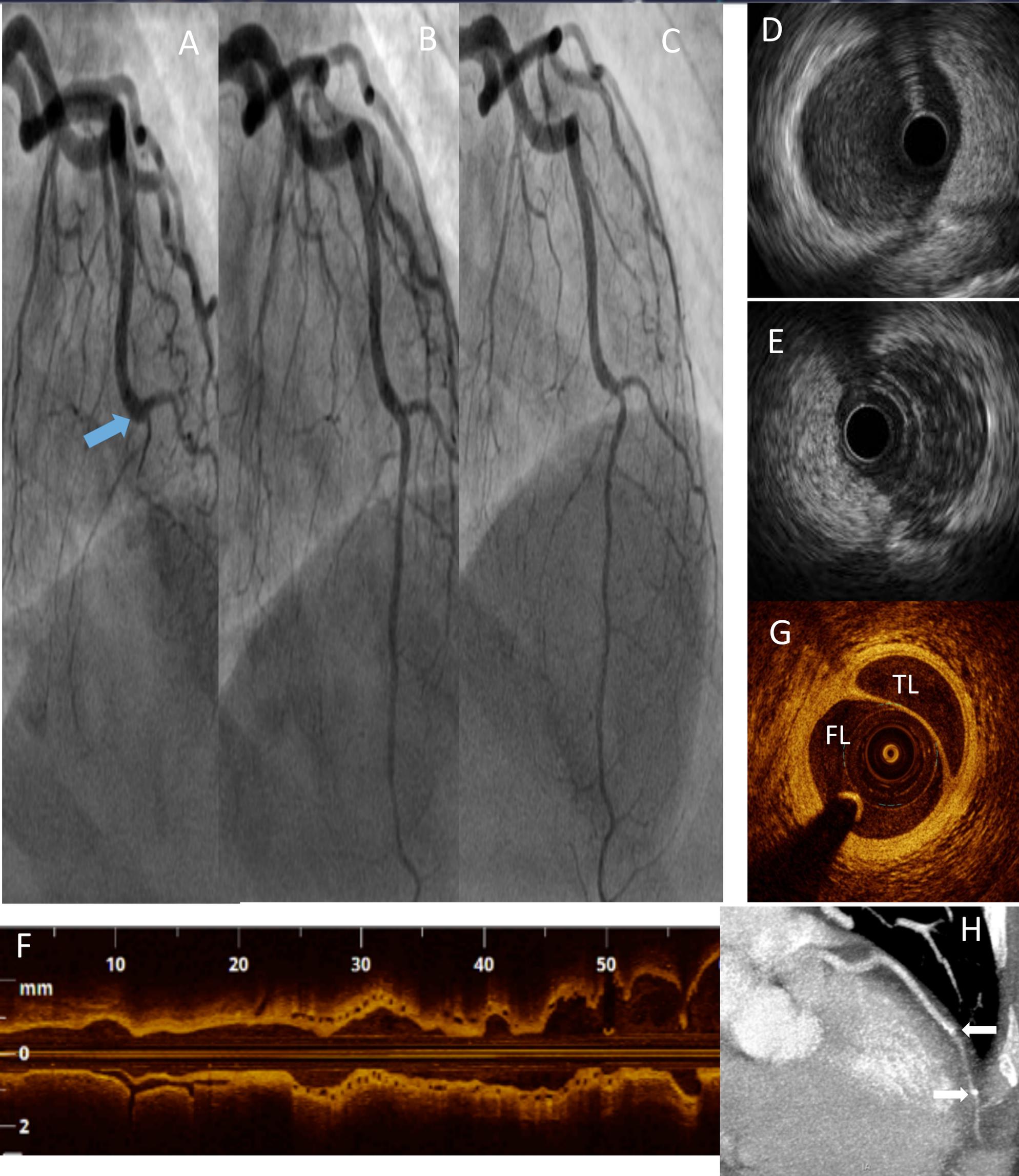
En nuestro centro se trataron a 50 pacientes con DCE en los últimos 16 años. Se realizó ICP al 50% de ellos, utilizando los stents bioabsorbibles en 7 casos (para el análisis a largo plazo se excluye una paciente que falleció por shock cardiogénico intrahospitalario).



Caso 1: en situación basal y a los 12 meses. Fig A: muestra una DCE aguda tipo 2 desde el segmento medio al distal (flechas azules). Fig. B: Resultado final después de la implantación de 3 stents superpuestos. Fig. C: Revisión angiográfica después de un año de seguimiento con permeabilidad del vaso. Fig. D, E, F: El diagnóstico se confirmó mediante ecografía intravascular que muestra disección con una luz verdadera (LV) comprimida por una extensa luz falsa (LF) con hematoma intramural. Fig G. Tomografía de coherencia óptica al año del seguimiento, sin evidencia de disección ni estenosis. Fig. H: Angio- TC coronario, donde apreciamos las marcas radiopacas proximal y distal del stent (cabezas de flecha) sin evidencia de disección ni estenosis.



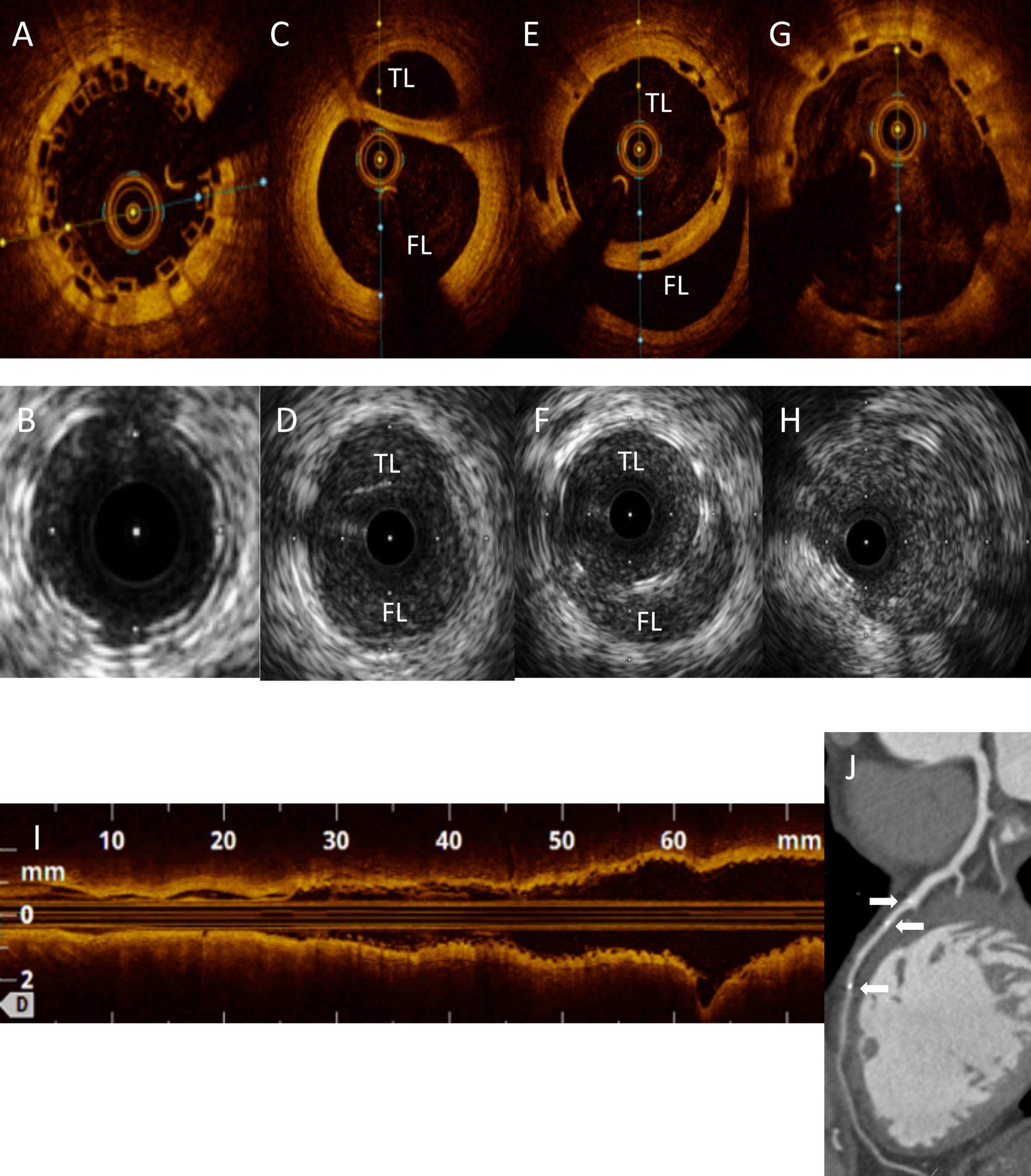
Caso 2: en situación basal y a los 12 meses. Fig. A: DCE tipo 1 desde el ostium a la primera rama diagonal (flecha azul). B. Resultado angiográfico después de la implantación del stent. C. Revisión angiográfica a los 12 meses sin evidencia de disección. Fig. D y E: La ecografía intravascular confirma la posición correcta de la guía en la luz verdadera (LV) con luz falsa más grande (LF). Fig. F y G: La tomografía de coherencia óptica al año del seguimiento que muestra excelentes resultados. Fig. H: Angio- TC coronario, donde apreciamos las marcas radiopacas proximal y distal del stent (flechas blancas) sin evidencia de disección ni estenosis.



Caso 3: en situación basal y a los 12 meses. Fig A: Oclusión de la segunda rama diagonal de la ADA con TIMI-0 (flecha azul). Fig B. Coronariografía invasiva tras la ICP. Fig. C: Coronariografía invasiva un año después. Fig. D y E: Diagnóstico de la DCE tipo 1 mediante ecografía intravascular. Fig. F y G: La tomografía de coherencia óptica al año del seguimiento que muestra excelentes resultados. Fig. H: Angio- TC coronario, donde apreciamos las marcas radiopacas proximal y distal del stent (flechas blancas) sin evidencia de disección ni estenosis.



Caso 4: en situación basal y a los 12 meses. Fig. A. Coronariografía invasiva que muestra DCE espiroidea tipo 1 de la ADA proximal con TIMI-0. Fig. B. Coronariografía invasiva tras la ICP. Fig. C. Coronariografía invasiva tras 2 meses con segmento disecado todavía presente. Fig. D. Coronariografía invasiva final, tras la ICP, un año despues, sin evidencia de disección.



Caso 5: en situación basal y a los 12 meses. Fig A-B: La tomografía de coherencia óptica y ecografía intravascular en el stent que muestra buena expansión y posición. Fig C-D: La tomografía de coherencia óptica y ecografía intravascular en la misma posición mostrando la luz verdadera (TL) y la luz falsa (FL), que es de mayor tamaño. Fig. E-F: OCT e IVUS en el mismo punto mostrando el BVS anteriormente implantado en luz verdadera e inmediatamente distal una doble luz con un falso lumen más grande. Fig G-H: La tomografía de coherencia óptica y ecografía intravascular confirman el BVS implantado en la ADA proximal, en la luz verdadera. Fig. I. Imagen de la tomografía de coherencia óptica después de la implantación de 3 stent con adecuada posición. Fig. J: Angio- TC coronario, donde apreciamos las marcas radiopacas proximal y distal de los stent (flechas blancas) sin evidencia de disección ni estenosis.

Resultados:

Se incluyeron 7 casos de DCE tratados con Absorb. La mayoría fueron mujeres (86%; n=6). La arteria tratada fue la descendente anterior (ADA) en casi todos los casos (86%; n=6) con afectación del tronco común en el 28%. La eco intracoronaria (IVUS) fue utilizada fundamentalmente durante el implante (86% [con fines diagnósticos y guía para la ICP]) y se realizó un seguimiento con angiografía y OCT en todos los pacientes al año (media 28,7 meses). Se realizó un seguimiento a muy largo plazo (media 28,7 meses) mediante TC coronario, objetivando las marcas radiopacas proximal y distal de los stents sin evidencia de disección ni estenosis.

Conclusiones:

El uso del stent bioabsorbible para el tratamiento de la disección coronaria espontánea es una opción muy interesante con excelentes resultados multi-imagen a largo plazo.