

### Fibrinólisis de rescate ante una angioplastia primaria fallida. Reporte de un caso.

Dra. Carolina Echeverría<sup>1</sup>; Dr. Juan Albistur<sup>1</sup>; Dr. Ariel Duran<sup>1</sup>

*1 - CCVU - Hospital de Tacuarembó.*

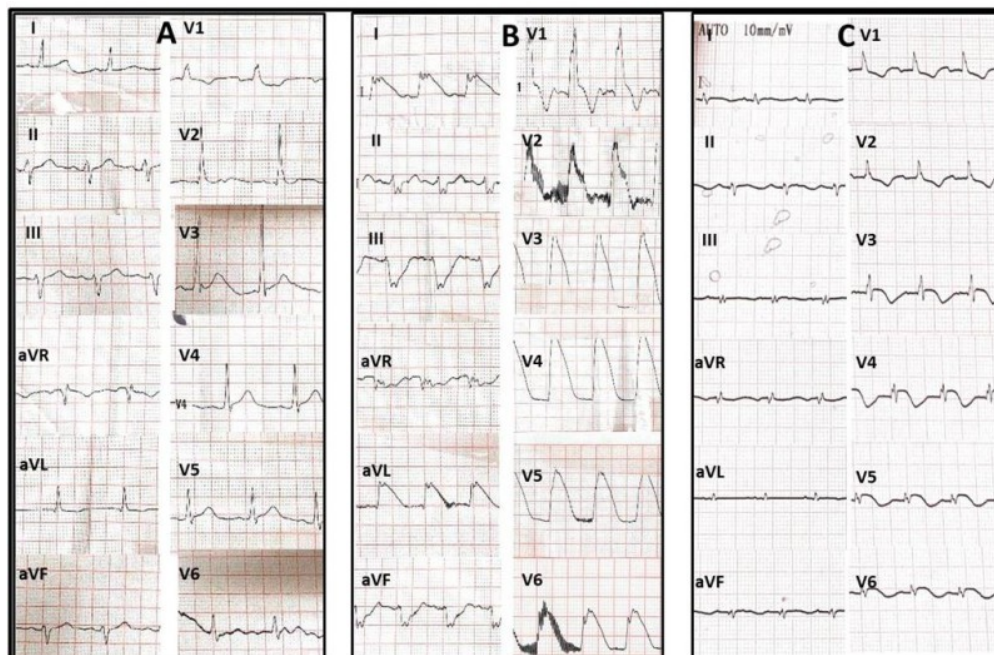
#### Introducción

La ATC primaria es el tratamiento de preferencia en el IAMcST. La reperfusión farmacológica dentro de las primeras 12 horas de un IAMcST es una alternativa a ATC primaria si ésta no es posible, siendo preferible una estrategia farmacoinvasiva en estos casos. Se encuentra ampliamente demostrada la utilidad de la ATC de rescate en caso de fibrinólisis fallida. Existe escasa evidencia (reporte de casos) en cuanto a la utilidad del uso de fibrinolíticos de rescate ante una ATC primaria fallida.

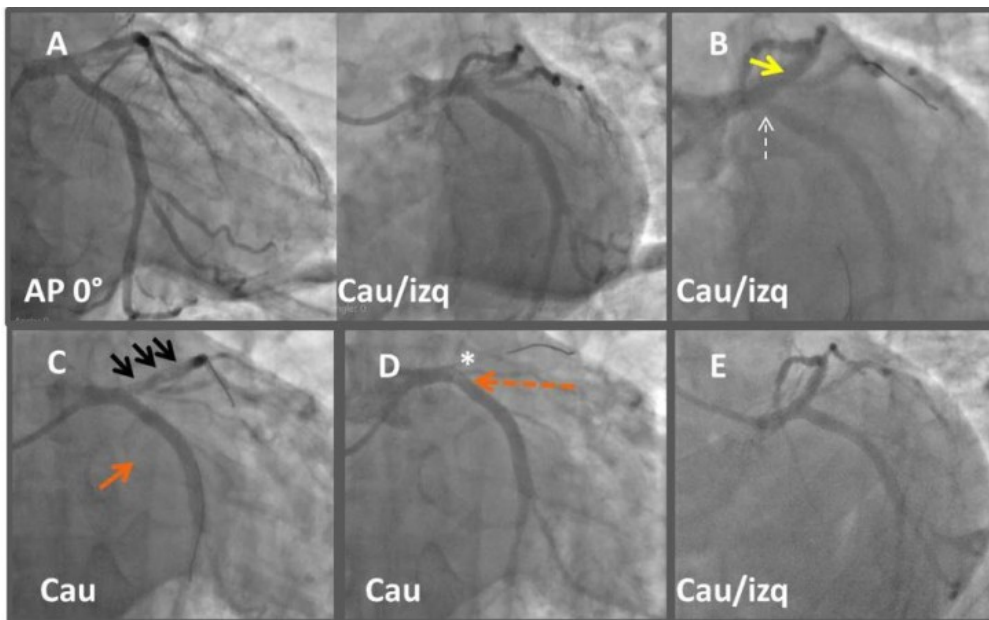
#### Caso Clínico

Paciente de 52 años, sexo masculino, con antecedentes de sobrepeso y HTA. Presenta ángor que comienza en el esfuerzo y persiste en reposo, acompañado de síndrome neurovegetativo. Consulta en emergencia al minuto 15. ECG sin elementos de isquemia (figura1A). Al minuto 35 PCR en FV. RCP avanzada retomando circulación espontánea luego de 15 minutos. Se inician vasopresores y se procede a intubación orotraqueal y asistencia respiratoria mecánica. ECG posterior (figura1B) confirma SCAcST anterolateral. Ingresa para ATC primaria al minuto 60. La CACG evidencia estenosis suboclusiva trombótica para-ostial de ADA en bifurcación con primer ramo diagonal (Figura 2A). Se predilata ambas lesiones. Se implanta un stent Xience Alpine 3.5x18mm en ostium de ADA. Se observa trombo en ACx proximal limitante de flujo. Es necesario implante de stent Xience Alpine 4.0x12mm ostial de ACX. Se observa trombosis progresiva de stent de ADA. No es posible recuperar flujo en ADA y se observa trombosis parcial de stent en ACx. Circunstancialmente no se contaba con Tirofiban. Se decide realizar TNK 50 mg endovenoso. Destete de vasopresores y extubación a las 48hs. Evolución electrocardiográfica se muestra en la Figura1. Se presume reperfusión farmacológica. A las 72hs nueva CACG evidencia resultado mantenido de ATC sobre ACx y ADA con remanente trombótico en ADA y flujo TIMI 3. Se mantiene doble dosis de Clopidogrel por 7 días y tratamiento de prevención secundaria completo. Se otorga alta a domicilio al 5to día sin complicaciones.

#### Pruebas complementarias



**Figura 1. Secuencia electrocardiografica. A.** ECG al ingreso. Ritmo sinusal 90cpm. P y PR normal. Imagen de bloque de rama derecha incompleto sin alteraciones significativas del segmento ST. QTc 441ms. **B.** ECG posterior al PCR en FV. Taquicardia sinusal 110 lpm, P 80 ms, PR 160 ms, EEM -30°, QRS 120 ms, BCRD, supradesnivel del segmento ST en lápida en cara anterolateral, con infradesnivel del segmento ST especular en cara inferior. **C.** ECG a las 48hs luego del evento inicial: Taquicardia sinusal a 110 lpm, BIRD, no ondas Q. Renivelación del segmento ST casi completa. T invertida de V1-V6.



**Figura 2.** Selección de fotogramas de las coronariografías más relevantes del caso. Todas las imágenes corresponden a la cateterización selectiva de la coronaria izquierda con cateter guía 6Fr. **A.** Fotograma de angiografía diagnóstica (inicial) en proyección antero posterior y caudal izquierda. Se visualiza lesión de aspecto trombótico que determina estenosis suboclusiva para ostial de ADA y ostial de primer ramo diagonal. **B.** Resultado angiografico luego de la predilatación de ADA y ramo diagonal con balón 2,0x15mm e implante de un stent Xience Alpine 3,5x18mm desde el origen de ADA encarcelando el ramo diagonal (técnica de stent provisional). Se marca con flecha amarilla el buen resultado angiografico en ADA y Ramo diagonal. Flecha blanca discontinua marca presencia de trombo en ostium de Circunfleja no existente previamente (probablemente desplazamiento desde lesión de ADA). **C.** Proyección caudal donde se observa buen resultado angiografico luego de ATC con stent Xience Alpine 4,0x12mm en origen de Circunfleja (flecha naranja) y trombosis parcial intrastent de ADA (flechas negras). **D.** Proyección caudal donde se observa progresión de la trombosis, determinando trombosis oclusiva intrastent en ADA (asterisco blanco) y trombosis parcial en Cirunfleja ostial (flecha naranja discontitua). **E.** Angiografía coronaria realizada a las 72hs del procedimiento índice. Se aprecia resultado mantenido de ATC sobre ACX proximal y mínimo remanente trombótico intrastent sobre tercio proximal de ADA.

ETT a las 48hs del evento: VI de dimensiones normales con remodelado concéntrico (RWT0.54, masa105 g/m<sup>2</sup>). Aquinesia del ápex, anterior apical y antero septal medio. FEVI 40%. Patrón de llenado del VI seudonormal. Sin otros elementos patológicos.

### Diagnóstico

SCAcST KK IV

### Discusión

El escenario presentado es muy poco frecuente. En la literatura solo existen reportes de casos sobre la administración de fibrinolíticos como terapia de salvataje luego de una ATC primaria fallida. El caso reportado se trata de un paciente joven que se realiza procedimiento por acceso radial (bajo riesgo de sangrado), esta comprometida la perfusión de ADA proximal (gran masa miocárdica en juego) y que se presenta de forma precoz (menos de 12hs de evolución). Estas características inclinaron la balanza a favor de la utilización de fibrinolíticos como terapia de salvataje ante la ATC primaria fallida. Este tratamiento logró interrumpir el curso natural del IAM al lograr una reperfusión exitosa, reduciendo así la secuela y probablemente el riesgo de muerte.