

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

105.^a Reunión de la Sociedad Castellana de Cardiología

Madrid, 14 de marzo de 2019

COMUNICACIONES PÓSTER*

P01. TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE Y TOMA DE DECISIONES EN UNA PACIENTE NONAGENARIA CON SÍNDROME CORONARIO DE ALTO RIESGO

A. Postigo Esteban, J. Martínez Solano, I. Martín de Miguel, R. Luna López, J.C. López Azor y R. Sanz Ruiz

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

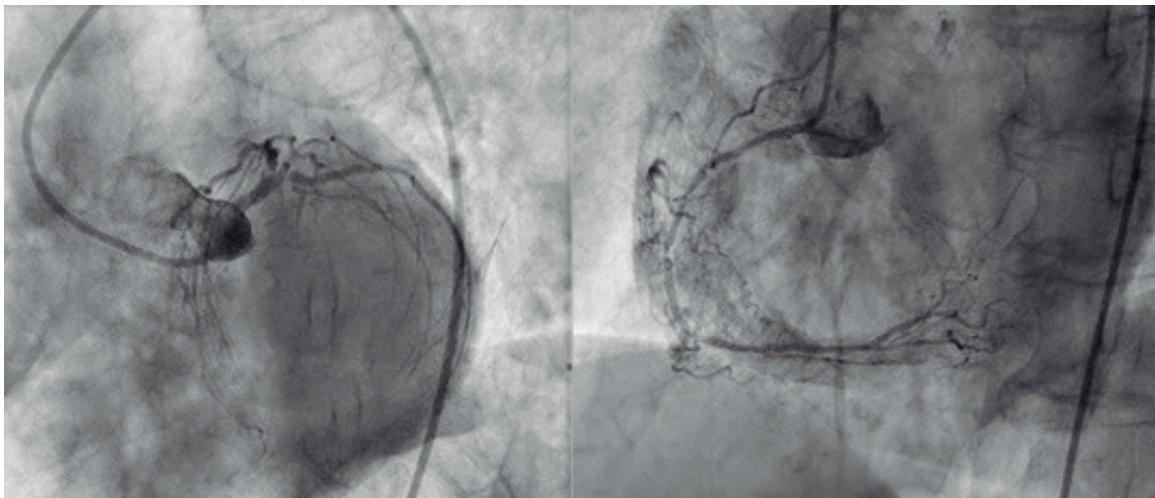
Introducción: Presentamos una paciente mujer de 94 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, referida a nuestro centro como código infarto en situación Killip III. Como antecedentes, era diabética, dislipémica, y presentó hace años un carcinoma gástrico, actualmente en remisión completa. Índice de masa corporal 18. La paciente había comenzado una hora antes con dolor centrotorácico típico, objetivándose en el electrocardiograma una taquicardia sinusal a 140 lpm con QRS ancho con morfología de bloqueo de rama izquierda, elevación de 5 mm en avR y descensos difusos. La exploración física era compatible con edema de pulmón. Además, durante el traslado la paciente presentó varios

episodios de hematemesis franca por lo que no se antiagrega ni anticoagula inicialmente. Es una paciente con elevado riesgo isquémico (puntuación TIMI 10) y elevado riesgo hemorrágico (CRUSADE 46).

Métodos: En este contexto, se realiza coronariografía por vía femoral, optándose finalmente por administrar carga de ácido acetilsalicílico y clopidogrel, sin anticoagulación. Se objetiva entonces enfermedad coronaria grave y difusa de tronco y 3 vasos. El tronco presentaba una estenosis grave distal que afectaba a la salida de sus 4 ramas y la descendente anterior, circunfleja, diagonal y primera marginal presentaban estenosis ostiales graves. Asimismo, la coronaria derecha presentaba afectación significativa. Ante la elevada probabilidad de complicaciones se decidió optar por tratamiento conservador.

Resultados: A pesar del elevado riesgo, la evolución clínica fue favorable, con mejoría progresiva de los datos de isquemia, quedando con función ventricular residual estimada en torno a 45-50%; y resolución progresiva de la congestión. El sangrado digestivo, atribuido a síndrome de Mallory-Weiss, remitió durante el ingreso permitiendo continuar con la doble antiagregación. Se dio de alta a la paciente a la semana.

Conclusiones: El presente caso es un ejemplo de la dificultad en la toma de decisiones en antiagregación y anticoagulación en algunos pacientes de alto riesgo.



*Las comunicaciones de este Especial Congreso han sido revisadas por el Comité Científico de la Sociedad correspondiente y se publican respetando el criterio de los autores. REC Publications no es responsable de errores o discrepancias.

P02. DOLOR TORÁCICO EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA CORONARIA. EL PAPEL DEL ELECTROCARDIOGRAMA

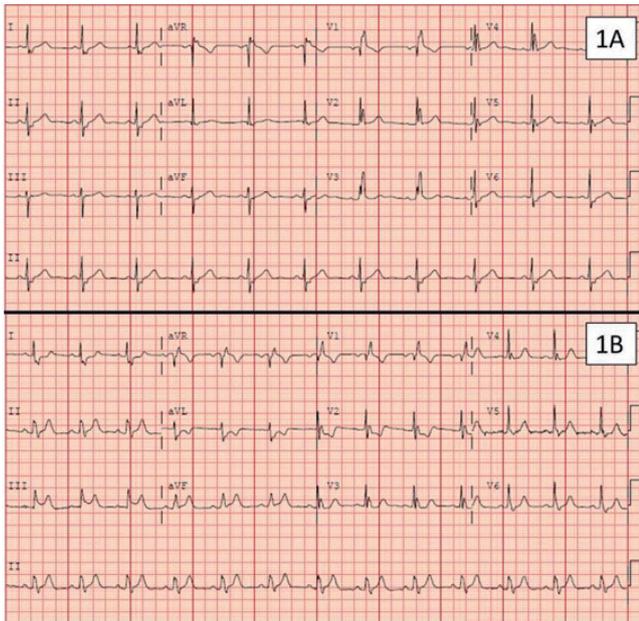
D. Carballeira Puentes, R. Concepción Suárez, C. Dejuán Bitriá, D. Brau Queralt, R. Gómez Vicente y D. Martí Sánchez

Servicio de Cardiología, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid.

Introducción: Varón de 58 años con dislipemia e hiperuricemia como factores de riesgo cardiovascular, sin otros antecedentes de interés, que ingresa por síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (troponina I convencional: 1,7 ng/ml). El ECG muestra un BCRDHH ya descrito, pero llama la atención ondas T relativamente simétricas, y positivas en V2-V3 (figura 1A).

Métodos: En la coronariografía se objetiva lesión larga grave en DA, Cx con lesión grave ostial y lesión suboclusiva (culpable) de ramo obtuso marginal principal, CD dominante con lesión en el límite de la gravedad en segmento medio. Dado bajo riesgo quirúrgico y buenos lechos distales se decide cirugía de revascularización coronaria durante el ingreso. Se retira clopidogrel y permanece con AAS y enoxaparina. Se realiza cirugía con doble *bypass* coronario (AMI-DA y safena-OM) sin complicaciones. Tras la extubación, a las 5 horas de la cirugía, el paciente refiere dolor torácico intenso junto con elevación del ST en cara inferior (III > II y descenso DI-AVL, figura 1B) por lo que se realiza coronariografía urgente objetivándose permeabilidad de *bypass* previos e imagen deslustrada con rotura de placa y trombo local en lesión de CD media que se resuelve con implante de *stent* farmacoactivo con resolución de la clínica y del ECG. Se administra dosis de carga de ticagrelor.

Resultados: El paciente presenta buena evolución clínica y es dado de alta a los pocos días con doble antiagregación.



Conclusiones: Este caso ilustra la naturaleza de la aterosclerosis como enfermedad sistémica, el aumento del riesgo de trombosis a distancia en el periinfarto y la importancia del ECG en su diagnóstico y manejo; además abre el debate del tratamiento antitrombótico y anticoagulante previo y posterior a la cirugía de revascularización coronaria.

P03. TROMBOSIS MUY TARDÍA DEL STENT: ¿INFLUYE EL TIPO DE STENT IMPLANTADO?

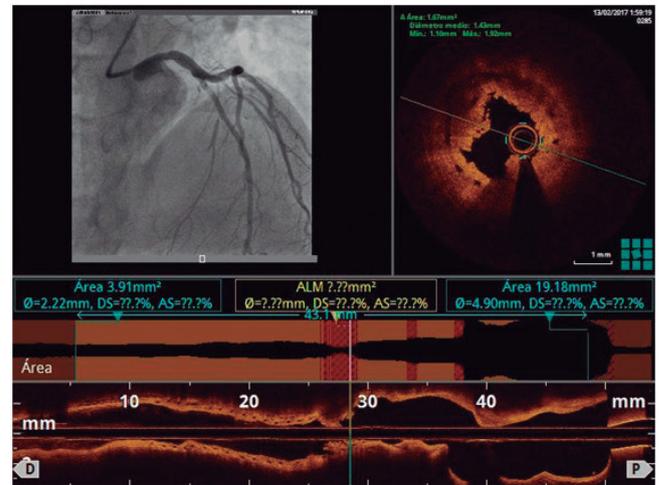
M. Otero-Escudero, M. Melendo-Viu, M. Guisasaola Cienfuegos, C. Iborra Cuevas, J.J. Parra Fuertes y M. Velázquez Martín

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: Varón de 38 años con antecedente de hipercolesterolemia, linfoma de Hodgkin en 1997 en remisión completa, trasplante hepático ortotópico en 1992 por fallo hepático fulminante secundario a trombosis de venas suprahepáticas (bajo tratamiento anticoagulante desde entonces) y SCACEST anterior en octubre de 2015 por oclusión aguda de arteria descendente proximal, sobre la que se implantó *stent* bioabsorbible recubierto de everolimus, con FEVI moderadamente deprimida. Es derivado a nuestro centro en febrero de 2017 como SCACEST anteroseptal en situación Killip I.

Métodos: Se realiza coronariografía emergente que objetiva oclusión aguda de DA proximal inmediatamente previa al *stent*, con flujo TIMI 0, sin recuperar el mismo tras paso de guía. Tras dilatación con balón se recupera flujo TIMI 2-3. Se realiza OCT sobre dicho segmento, visualizándose adecuada expansión del dispositivo en ausencia de malaposición y endotelización de los struts salvo en los más proximales, donde se observa trombo adherido, por lo que se infunde abciximab intracoronario y se extrae el material trombótico, con mejoría angiográfica y flujo final TIMI 3. Se realiza nuevamente OCT que comprueba disminución significativa de la carga trombótica.

Resultados: Ante la ausencia de causa mecánica que lo justifique, se decide no implantar nuevo *stent* dando por finalizado el procedimiento. Se reinicia segundo antiagregante (clopidogrel) durante un año, manteniéndose AAS y acenocumarol de por vida. Al alta el paciente presenta una FEVI residual del 45%.

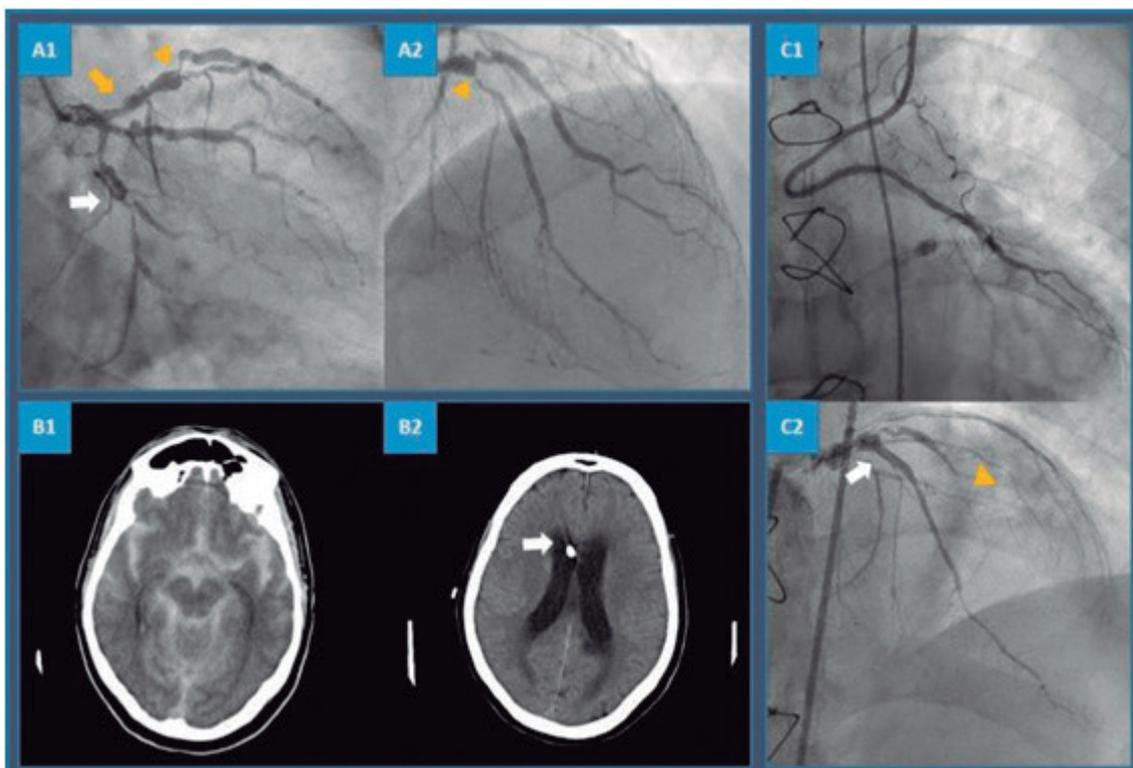


Conclusiones: Desde entonces ha permanecido estable en clase I de la NYHA y asintomático desde el punto de vista cardiovascular, sin nuevos eventos trombóticos o hemorrágicos.

P04. HEMORRAGIA FATAL POSCATETERISMO: CUANDO EL SANGRADO DECIDE EL ABORDAJE DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

J.C. López-Azor, A. Postigo, R. Luna, I. Martín-Demiguel, R. Sanz y F. Díez-Delhoyo

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CIBERCV, Madrid.



Póster P04 Figura. Panel A: coronariografía urgente. A1: proyección oblicua anterior derecha caudal. A2: posteroanterior craneal. Lesión severa en descendente anterior proximal (flecha amarilla) y lesión bifurcada en desencadenante anterior media y primera diagonal (punta de flecha amarilla), ambas arterias de buen desarrollo y calibre. Lesión bifurcada en arteria circunfleja proximal con primer ramo marginal (flecha blanca). Panel B: tomografía computarizada craneal. B1: hemorragia subaracnoidea difusa. B2: dilatación ventricular por ventriculitis bacteriana con drenaje en asta derecha (flecha). Panel C: coronariografía tras cirugía de revascularización coronaria. C1: proyección posteroanterior craneal. Puente mamario a primera diagonal permeable. C2: oblicua anterior derecha. Stent en segmento proximal y medio de arteria desencadenante anterior (flecha). Zona de flujo competitivo en primera diagonal por un puente mamario (punta de flecha).

Introducción: Varón de 55 años remitido por angina inestable, con episodios de dolor torácico en reposo con ascenso transitorio del segmento ST de V1-V3 en electrocardiograma.

Métodos: Se realizó una coronariografía tras administrar carga de ácido acetilsalicílico y ticagrelor y 5.000 UI de heparina sódica, que objetivó como hallazgo más relevante una arteria descendente anterior con una primera lesión grave proximal seguida de una zona aneurismática y una segunda placa significativa en el segmento medio. El primer ramo diagonal, de gran desarrollo, también presentaba enfermedad grave, así como la arteria circunfleja proximal (de moderado desarrollo), y la interventricular posterior (figura, panel A). Considerando la complejidad de la anatomía coronaria se decidió presentar en sesión médico-quirúrgica. Sin embargo, tras la coronariografía presentó un cuadro de hemorragia subaracnoidea espontánea que requirió drenaje ventricular externo quirúrgico. Ésta se complicó con una meningoencefalitis por *Staphylococcus epidermidis*, por lo que se instauró tratamiento con antibiótico de amplio espectro (figura, panel B). No se evidenciaron en pruebas de imagen malformaciones arteriovenosas y el estudio de diátesis hemorrágica fue negativo.

Resultados: Tras mes y medio de convalecencia se decidió revascularización quirúrgica sin circulación extracorpórea, realizándose bypass aortocoronario de mamaria interna a primera diagonal, siendo imposible revascularizar la descendente anterior por trayecto intramiocárdico. Se programó segundo tiempo percutáneo, en el que se realizó angioplastia sobre arteria descendente anterior empleando stent bioactivo de cromo-cobalto recubierto de titanio óxido nítrico (Optimax 2,5 × 16 mm) con éxito (figura, panel C). La arteria

interventricular posterior no se pudo revascularizar por imposibilidad para pasar la guía de angioplastia y no se trató la circunfleja dado su escaso calibre.

Conclusiones: Posteriormente se mantuvo con ácido acetilsalicílico 100 mg/día dada la contraindicación absoluta de doble antiagregación y fue dado de alta ante la buena evolución. Realizó rehabilitación cardíaca y se mantuvo estable a los 6 meses de seguimiento.

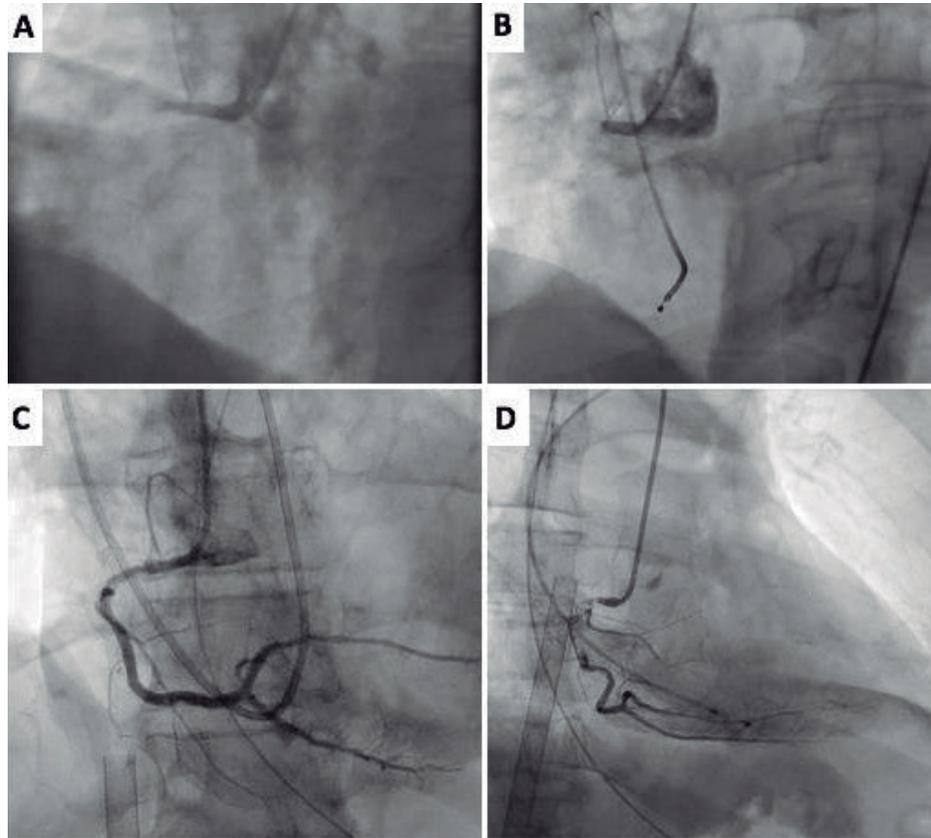
P05. TROMBOSIS AGUDA RECURRENTE DEL STENT EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

D. González Casal, M. Juárez Fernández, E. Zatarain Nicolás, I. Sousa Casasnovas, M. Martínez-Sellés D'Oliveira y F. Fernández Avilés

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: Varón de 49 años, hipertenso, dislipémico y exfumador. Como antecedentes, destacar, un lupus eritematoso sistémico con episodio previo de vasculitis leucocitoclástica, así como, nefritis lúpica en remisión completa.

Métodos: Ingresado por IAMCEST inferoposterior. Se inicia doble antiagregación con ácido acetilsalicílico y ticagrelor. Tras objetivarse oclusión aguda trombótica de coronaria derecha proximal, se implanta stent farmacoactivo con buen resultado. Pese a la ausencia de datos de isquemia persistente el paciente presenta evolución tórpida con desarrollo de bloqueo auriculoventricular completo, disfunción biventricular



Póster P05 Figura. A: oclusión aguda trombótica de coronaria derecha proximal. B: trombosis aguda de stent 24 horas tras primera revascularización. C: persistencia de contenido trombótico en región distal del stent objetivada durante decanulación. D: retrombosis de stent al octavo día tras última angioplastia.

cular grave y shock cardiogénico precisando soporte con ECMO y BCIAo. Durante implante, se reevalúa la anatomía coronaria objetivándose trombosis aguda del stent y requiriendo múltiples aspiraciones con dispositivo Capture. Teniendo en cuenta antecedentes previos, se solicita valoración por reumatología descartándose actividad analítica del lupus, anticuerpo antifosfolípido negativo. Progresiva recuperación de función biventricular que permite destete de ECMO. Durante decanulación, se sonda la coronaria derecha objetivándose persistencia de contenido trombótico distal al stent, se implanta stent farmacológico solapado. Conviene destacar que, en todo momento, se mantiene doble antiagregación con ácido acetilsalicílico y ticagrelor a dosis plenas.

Resultados: Ya en fase de rehabilitación funcional, nuevo episodio de bloqueo auriculoventricular completo con deterioro hemodinámico y reelevación de segmento ST en cara inferior. Se realiza nueva coronariografía emergente confirmando retrombosis aguda del stent, no se logra revascularización dado alto contenido trombótico del vaso. Mala evolución clínica posterior con eventual fallecimiento del paciente.

Conclusiones: Los eventos isquémicos son la primera causa de muerte en los pacientes con lupus. La respuesta aberrante del sistema inmune innato, así como de la cascada de la coagulación, juega un papel poco conocido e independiente, tanto de la actividad de la enfermedad, como del anticuerpo antifosfolípido. Nuestro caso es un ejemplo de cómo, pese al adecuado control farmacológico del lupus, persiste una significativa tendencia protrombótica que condiciona el manejo terapéutico de estos pacientes.

P06. FIBRILAR O CAMINAR, UNA DIFÍCIL DECISIÓN

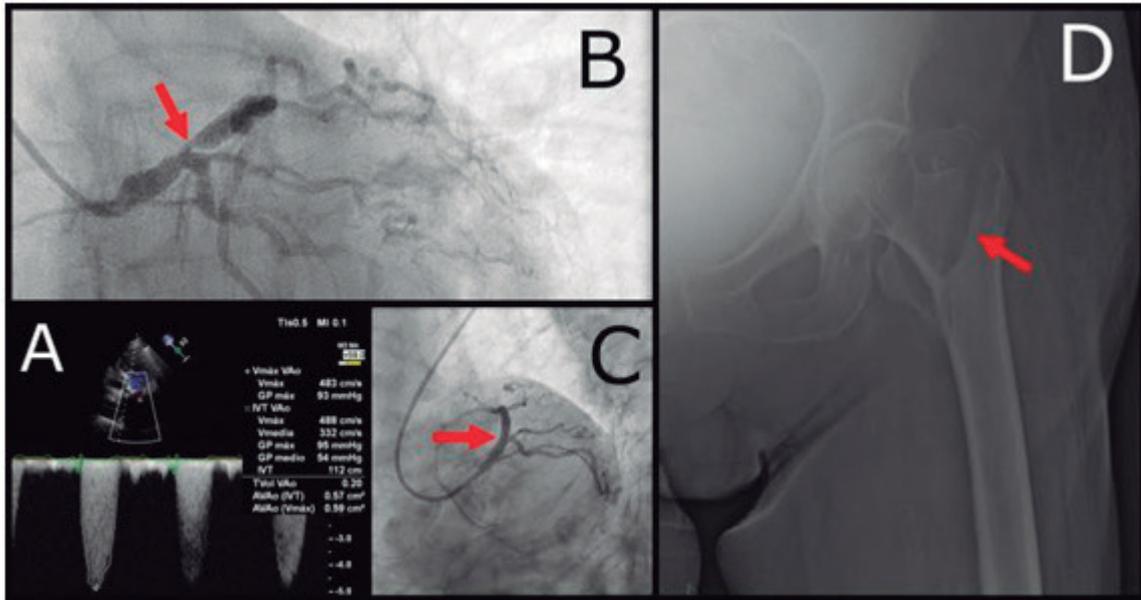
S. Díaz Lancha, L. Expósito Calamardo, R. Ramos Martínez, A. Prieto Lobato, M. Cubells Pastor y J.G. Córdoba Soriano

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Introducción: Mujer de 92 años, hipertensa, diabética con antecedentes de cáncer de mama tratado con mastectomía y radioterapia en el 85, anemia ferropénica crónica e hipertiroidismo bien controlado. Basalmente presenta excelente calidad de vida, sin deterioro cognitivo, vive sola y es independiente para todas las actividades. Ingresó en cardiología por IAMSEST, con insuficiencia cardíaca leve (Killip-Kimball II) y soplo sistólico polifocal con segundo tono abolido.

Métodos: Se realizó ecocardiografía que muestra FEVI 45-50% con hipocinesia generalizada, más marcada apical, y confirma estenosis aórtica grave (A). La coronariografía muestra una estenosis crítica en arteria descendente anterior ostial (B), resto sin lesiones significativas, así como buenos accesos para eventual TAVI posteriormente si persisten síntomas tras revascularización. Se realizó intervencionismo percutáneo con implante de stent recubierto de everolimus de TCI a DA proximal (C) guiado por IVUS con buen resultado. Tras tratamiento deplectivo y reposición de hierro intravenoso es dada de alta a domicilio con doble antiagregación (ácido acetilsalicílico y clopidogrel).

Resultados: La misma tarde del alta hospitalaria, sufre tropiezo y caída en domicilio (no síncope) acudiendo nuevamente a nuestro hospital por dolor e impotencia funcional de pierna,



Póster P06 Figura

siendo ingresada en traumatología por fractura pertrocantérea de fémur izquierdo (D). Nos realizan interconsulta desde medicina interna (unidad de cadera) para planificar cirugía.

Conclusiones: El caso plantea el reto multidisciplinar del manejo antiagregante perioperatorio. En resumen, paciente anciana con muy buena situación basal previa, un síndrome coronario agudo reciente e implante de *stent* farmacológico hace 72 horas en localización de riesgo (TCI-DA). Está bajo tratamiento con doble antiagregación y presenta alto riesgo de trombosis en caso de retirada. Por otra parte, tiene necesidad de cirugía no diferible ya que esto le impediría recuperar la movilidad, y cuyo plan quirúrgico es el implante de clavo endomedular (no prótesis) lo cual supone un moderado riesgo de sangrado. ¿Cómo lo manejamos?

Métodos: El paciente acude a urgencias por episodios recurrentes de angina típica que le obliga a utilizar nitratos sublinguales, algunos de larga duración y en reposo. A esto a cambios eléctricos con el dolor y movilización de troponina en la analítica, por lo que se realiza cateterismo en el que presenta nueva estenosis del *stent* de la DA. Se realiza *bypass* sin circulación extracorpórea, con puente de arteria mamaria izquierda a DA media y mamaria derecha a primera obtusa marginal. El paciente presenta buena evolución en el posoperatorio y es dado de alta a los días sin incidencias.

Resultados: Al alta, se decide mantener tratamiento antiagregante plaquetario doble con clopidogrel 75 mg y ácido acetilsalicílico 100 mg al día. Durante el seguimiento no ha presentado complicaciones trombóticas, si bien ha precisado fulguración de angiodisplasias colónicas, diagnosticadas en el contexto de estudio de anemia.

P07. DUDAS EN TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE PLAQUETARIO

J.D. Sánchez Vega, M.A. Sanromán Guerrero y M. Sanmartín Fernández

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Se trata de un varón de 75 años, con antecedentes de cardiopatía isquémica crónica, con varios episodios de SCACEST en 2010, con *stents* en arteria descendente anterior (DA) y circunfleja (Cx), y SCASEST en 2017 por reestenosis en el *stent* de la DA, oclusión crónica del *stent* de la Cx y arteria coronaria derecha (CD) de escaso desarrollo, difusamente enferma. En el segundo episodio se optó de nuevo por nuevo implante de *stent* por tener malos lechos distales. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo estaba preservada. El paciente presenta además diabetes tipo 2, hipertensión, dislipemia y EPOC (exfumador), con extensa vasculopatía que afecta a múltiples territorios (amputaciones en miembros, *bypass* femoropoplíteo bilateral, tromboendarterectomía carotídea). En ese momento se encuentra con tratamiento antiagregante plaquetario doble, con ticagrelor 60 mg/12 horas (después de un año con dosis de 90 mg/12h) y ácido acetilsalicílico 150 mg/día.

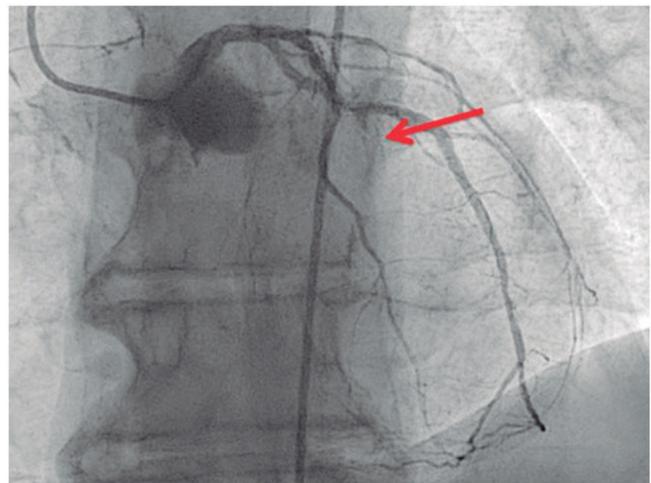


Imagen de la oclusión intrastent en la arteria descendente anterior.

Conclusiones: Se remite a revisión en consulta. ¿Debe nuevamente recibir ticagrelor 60 mg/12 h, en lugar de clopidogrel? ¿Por cuánto tiempo?

PO8. CONTROVERSIAS EN LA ELECCIÓN DE ESTRATEGIA ANTITROMBÓTICA EN PACIENTES CON INDICACIÓN DE ANTICOAGULACIÓN Y LESIONES CORONARIAS COMPLEJAS

M.A. Sanromán Guerrero, J.D. Sánchez Vega y M. Sanmartín Fernández

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Varón de 70 años con historia de: FA paroxística, SCACEST e implante de stent en segmento medio de la DA en 2006, disfunción sistólica grave de VI, con acinesia anterior y apical extensa, con trombo apical. Recibe tratamiento con acenocumarol, enalapril, bisoprolol y atorvastatina.

Métodos: Es trasladado en febrero de 2018 para ICP primaria por dolor torácico, supradesnivelación del segmento ST en derivaciones V1, V2 y V3. En el ECG también se observa necrosis anterior antigua. En la coronariografía se observa una lesión crítica de tronco común izquierdo distal (Medina 1-0-0), con flujo TIMI 3. Se realiza ICP e implante de un único stent farmacoactivo, desde el ostium de la coronaria izquierda, hacia la DA, con kissing-balloon final y resultado angiográfico óptimo. Durante el traslado en ambulancia recibió ácido acetilsalicílico 300 mg y clopidogrel 600 mg VO. Antes de la angioplastia, se le administró una dosis de carga de ticagrelor machacado de 180 mg VO y 6.000 UI de heparina. Durante el ingreso presenta parámetros de función renal normal, y una Tn I máxima de 0,2 ng/ml, HbA1 6,1%, Hb: 15,0 g/dl e INR 2,6. Al alta se prescribe tratamiento doble con acenocumarol y clopidogrel.

Resultados: Durante el seguimiento permanece en clase funcional I-II NYHA, con atorvastatina 80, bisoprolol 5, enalapril 20, acenocumarol y clopidogrel. Mantiene un INR dentro de rango 2,0-3,0. No presentó complicaciones hemorrágicas. Se calcula una puntuación de PRECISE-DAPT de 15.

Conclusiones: En la revisión de febrero de 2019 se plantea cuál es la estrategia antitrombótica idónea en pacientes con indicación de anticoagulación y situaciones anatómicas complejas en ICP, en este caso stent en tronco común. ¿Mantener combinación anticoagulante más antiagregante (ácido acetilsalicílico o iP2Y12) o solo anticoagulación? Tras revisión del resultado angiográfico, del stent utilizado y, tras comentar las posibilidades con el paciente, se decide retirar el clopidogrel y continuar con el acenocumarol.

PO9. ABORDAJE COMPLEJO DEL PACIENTE CON ALTO RIESGO TROMBÓTICO Y HEMORRAGIA GRAVE

C. Gómez González, H. González Saldívar, E. Gutiérrez Ibañes, R. Mateos Gaitán, A. Carta Bergaz y F. Fernández-Avilés

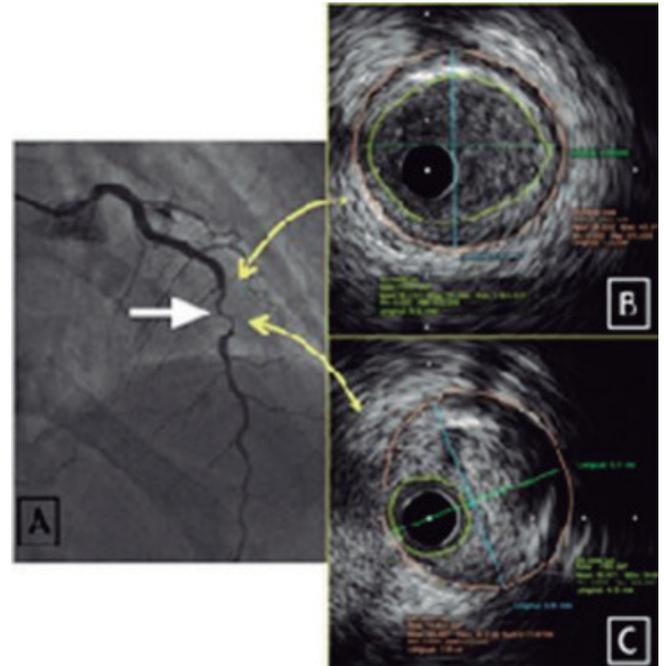
Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: Varón de 50 años diabético, hipertenso, dislipémico y fumador. Se realizó una coronariografía por angina de esfuerzo y prueba de detección de isquemia positiva donde se observó una lesión ateromatosa grave en la arteria descendente anterior media que se revascularizó mediante stent farmacoactivo (everolimus). Se inició tratamiento antiagregante con AAS y clopidogrel. El paciente presentó reingreso a los 6 meses por trombosis precoz del stent, se realizó angioplastia con balón e implante de nuevo stent farmacoactivo (zotarolimus). Al alta, se decidió sustituir clopidogrel por ticagrelor, dado el alto riesgo trombótico del paciente.

Métodos: A los 3 años, estando el paciente en tratamiento con antiagregación simple, reingresa por dolor epigástrico y

anemización significativa (Hb: 6 g/dl). Se realizó gastroscopia con hallazgo de úlcera duodenal (Forrest IIA) se intentó hemostasia mediante hemoclip y adrenalina, sin éxito. Posteriormente se decidió manejo conservador bajo soporte transfusional dado que no se pudo localizar punto de sangrado en angiografía abdominal. Se decidió suspensión transitoria de antiagregación en el contexto inicial de sangrado activo con riesgo vital del paciente, pudiéndose reintroducir AAS tras la estabilización de cifras de hemoglobina. Una nueva gastroscopia de control confirmó úlcera sin sangrado activo.

Resultados: En el mismo ingreso, el paciente presentó parada cardiorrespiratoria por TV y posterior FV, precisando desfibrilación con un choque. Se realizó coronariografía urgente donde se identificó nueva restenosis significativa intrastent en arteria descendente anterior media (figura). Teniendo en cuenta el alto riesgo de sangrado del paciente y el alto riesgo isquémico, con antecedentes de trombosis precoz del stent y restenosis posterior, se decidió no revascularizar percutáneamente. Se presentó en sesión del equipo multidisciplinar (heart team) donde se decidió revascularización quirúrgica sin entrada en bomba, que se llevó a cabo sin complicaciones, y posteriormente se mantuvo antiagregación simple.



A: imagen angiográfica de restenosis grave intrastent en DA media. B: IVUS: lesión ligera en borde proximal de stent en DA media. C: IVUS: lesión significativa intrastent en DA media.

Conclusiones: Al año de seguimiento no volvió a presentar eventos isquémicos ni episodios de sangrado digestivo.

P10. CUANDO LOS DICUMARÍNICOS SON INSUFICIENTES

G.A. Preto Berdeja, M. Melendo-Viu, M. Guisasola Cienfuegos, A. Fernández Argüeso, A. Pérez-Asensio y L. Domínguez Pérez

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: Mujer de 80 años hipertensa con antecedentes cardiológicos de CIA con shunt derecha izquierda tratado con

cierre percutáneo y FA paroxística anticoagulada con acenocumarol en estrategia de control de ritmo con amiodarona, que ingresa por síndrome coronario agudo con ascenso del ST en cara inferior.

Métodos: Se realiza coronariografía urgente donde se constata oclusión aguda de una de las 2 ramas posterolaterales de la CD dominante, sin otras lesiones, que sugiere embolia coronaria; INR en ese momento de 2,5. Se intenta dilatar sin conseguir flujo distal a la oclusión, decidiéndose manejo conservador por tratarse de oclusión distal en un vaso de intermedio calibre y desarrollo. Encontrándose la paciente en Killip Kimball I, se traslada a la planta de Cardiología.

Resultados: El ecocardiograma muestra FEVI preservada, con alteraciones de la contractilidad en la cara inferior e inferolateral. Revisando los controles realizados en su ambulatorio, la paciente ha presentado valores de INR entre 2 y 3 en todos los controles de los 2 últimos meses. Por ello, tratándose de un IAM embólico bajo tratamiento óptimo con acenocumarol, se decide cambio por rivaroxabán 20 mg cada 24 horas. Un año más tarde, la paciente no ha presentado nuevos eventos de sangrado ni de trombosis.



Conclusiones: Nuestro caso pretende ilustrar el papel de los anticoagulantes de acción directa en pacientes que sufren eventos embólicos pese a una aparente anticoagulación adecuada con dicumarínicos.

P11. TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y LA FIBRILACIÓN AURICULAR, UNA DIFÍCIL DECISIÓN

R. Ramos Martínez, L. Expósito Calamardo, S. Díaz Lancha, A. Prieto Lobato, M. Cubells Pastor y M.J. Corbí Pascual

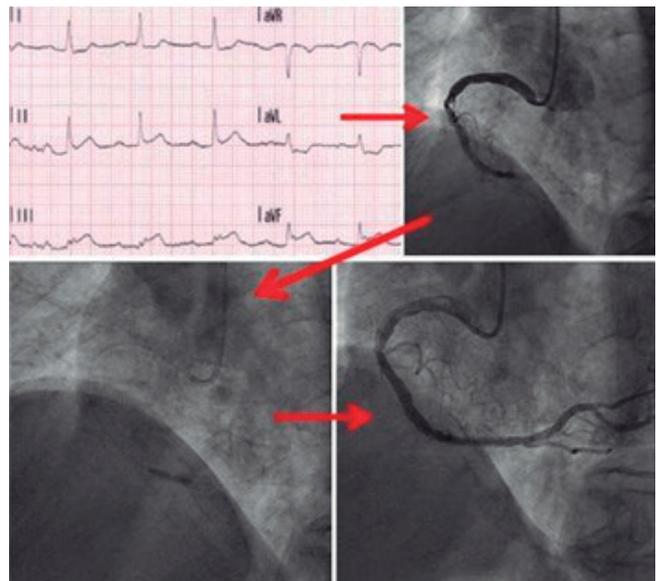
Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete.

Introducción: Mujer de 75 años, hipertensa y diabética tipo 2, que presenta en enero de 2018 IAMCEST inferoposterolateral con FA en fase aguda.

Métodos: En coronariografía urgente presenta oclusión aguda de la coronaria derecha distal con implante de *stent* convencional con fenómeno de no reflow, por lo que se inicia perfusión de tirofiban. Ante recidivas de FA paroxística durante el

ingreso, se da de alta con tratamiento doble (dabigatrán 150 mg y clopidogrel 75 mg). A los 10 días presenta nuevo IAMCEST inferoposterior, que se pretrata con clopidogrel 600 mg y ácido acetilsalicílico (AAS) 250 mg. En coronariografía urgente presentó trombosis subaguda del *stent*, por lo que se realizó tromboaspiración ineficaz, angioplastia con predilatación con balones de tamaño creciente e implante de *stent* recubierto solapado, y se inició perfusión de tirofiban que se mantuvo 12 horas. Ante el episodio de trombosis precoz del *stent* estando con tratamiento doble, se cambia a tratamiento triple con dabigatrán 110 mg, clopidogrel y AAS durante 3 meses. Transcurridos estos, se retira AAS y se mantiene tratamiento doble hasta cumplir 12 meses.

Resultados: El tratamiento antitrombótico en pacientes sometidos a angioplastia coronaria por SCA y con diagnóstico de FA supone un reto para el clínico. En el caso de nuestra paciente presentaba un riesgo hemorrágico bajo (HAS BLED: 2), un riesgo trombótico alto por la FA (CHA₂DS₂-VASc: 4), con indicación de anticoagular, sin asociar factores de alto riesgo de evento isquémico recurrente por el *stent*, por lo que se optó por un abordaje más conservador con tratamiento doble; con el segundo evento, la indicación de tratamiento triple parece más clara, por lo que nos cuestionamos si se podría haber evitado con un abordaje más agresivo del tratamiento antitrombótico.



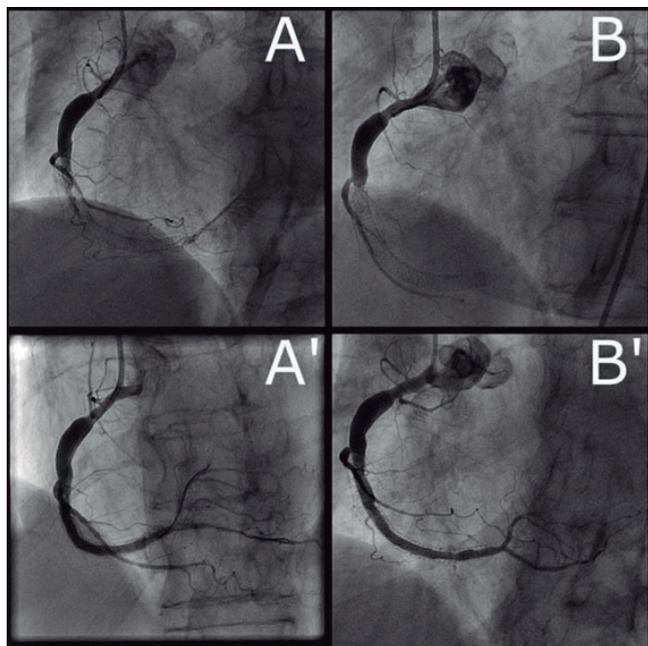
Conclusiones: Con este caso intentamos reflejar el difícil manejo de estos pacientes, ya que es necesario valorar individualmente el riesgo isquémico frente al hemorrágico, con un seguimiento y reevaluación del riesgo.

P12. MÚLTIPLES TROMBOSIS SOBRE CORONARIA ECTÁSICA, TRATAMIENTO A LARGO PLAZO

S. Díaz Lancha, R. Ramos Martínez, L. Expósito Calamardo, M. Cubells Pastor, A. Prieto Lobato y M.J. Corbí Pascual

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Introducción: Mujer, hipertensa, diabética y exfumadora. Debuta en enero de 2010 a los 73 años, con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST inferoposterior debido a trombosis aguda de la arteria coronaria derecha, la cual era ectásica.



Métodos: Se realizó angioplastia primaria con implante de 2 stents a nivel medio y distal. Como complicación presentó hematoma retroperitoneal durante su hospitalización. Ingresó de nuevo en mayo de 2012 por infarto secundario a restenosis focales medio-distales con trombosis y oclusión completa de la coronaria derecha desde segmento medio, realizándose coronariografía con implante de 2 stents sobre las restenosis. En abril de 2013, presenta nuevamente infarto sin elevación de ST, debido a una trombosis tardía de stent (A). Se realiza tromboaspiración y sobredilatación de stents optimizando su aposición guiado por IVUS (A'). Estable en revisiones posteriores, se retira segundo antiagregante (ticagrelor) en junio de 2015. En agosto de este mismo año, sufre igual que en otras ocasiones, IAMCEST inferior por trombosis y oclusión a nivel de coronaria derecha media (tercer episodio) (B).

Se realiza tromboaspiración y tratamiento con bivalirudina y abciximab. Se reevalúa bajo tratamiento con doble antiagregación y anticoagulación con heparina de bajo peso molecular, comprobándose la resolución del trombo y una ligera pérdida luminal intrastents (B'). Al alta doble tratamiento antiagregante (ácido acetilsalicílico 100 mg y ticagrelor 90 mg cada 12 horas) de manera indefinida.

Resultados: Actualmente en su última revisión, la paciente tiene 81 años y cumple criterios de fragilidad, refiere algún episodio de dolor ocasional y aún mantiene misma pauta.

Conclusiones: A la luz de los estudios publicados desde su último episodio, sobre esta paciente con ectasia coronaria y múltiples episodios de restenosis y trombosis, nos planteamos el tratamiento óptimo a largo plazo: ¿Mantenemos igual? ¿Disminuimos dosis de ticagrelor a 60 mg? ¿Desescalamos segundo antiagregante a clopidogrel? ¿Aportaría algo la anticoagulación dada la ectasia coronaria?

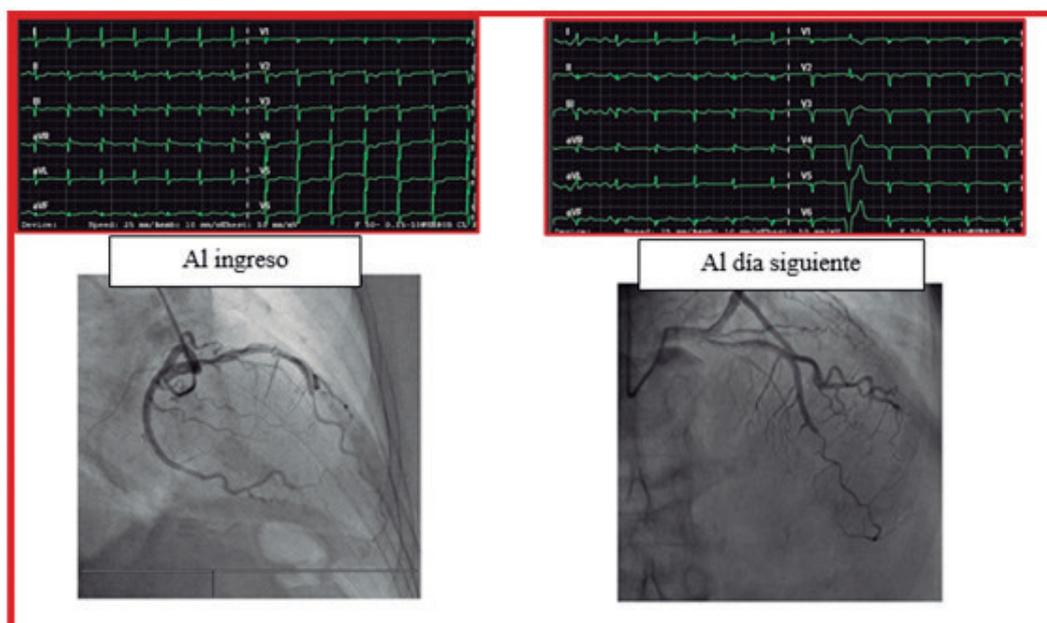
P13. CAUSA INESPERADA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO

M.J. Espinosa Pascual¹, C. Moreno Vinués¹,
B. Izquierdo Coronel¹, J. Francisco Oteo², F.J. García Ruiz¹
y J. Alonso Martín¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid.

Introducción: Mujer de 71 años hipertensa en tratamiento con amlodipino 5 mg al día. Acudió a urgencias porque estando en reposo tuvo 2 episodios de dolor retroesternal tipo quemazón. Uno autolimitado tras 20-30 min y otro más intenso que cedió en el centro de salud tras nitroglicerina.

Métodos: La exploración física y la analítica al ingreso fueron anodinos y la seriación de marcadores de daño miocárdico negativa. El ECG era patológico sin cambios dinámicos. Mostraba ritmo sinusal con descenso del ST en derivaciones de miembros y V3-V6 y ascenso en avR. Las derivaciones derechas y posteriores también con descenso del ST. En el ecocardiograma al ingreso: VI no dilatado con hipertrofia concéntrica grave



Póster P13 Figura

con FEVI global y segmentaria normales. Con el diagnóstico de angina inestable se realizó coronariografía hallando una única estenosis grave en el segmento medio de la descendente anterior que se revascularizó percutáneamente mediante *stent* liberador de everolimus. Las horas posteriores al cateterismo la paciente permaneció asintomática pero a la mañana siguiente el ECG había cambiado, desarrollando onda Q anterior y además los marcadores de daño miocárdico se habían elevado. El nuevo ecocardiograma a pie de cama mostraba nuevas alteraciones segmentarias en territorio anterior por lo que se repitió coronariografía que mostró buen resultado del *stent* previo pero con aflamamiento de toda la luz arterial distal al *stent* compatible y muy sugestiva de disección o hematoma intramural, optándose esta vez por manejo conservador.

Resultados: Parece que la primera lesión podría corresponder con un hematoma intramural (no llegó a confirmarse mediante técnicas de imagen intracoronaria) que progresó a raíz de la intervención percutánea previa. La evolución clínica posterior fue buena bajo tratamiento dirigido con doble antiagregación y bloqueadores beta.

Conclusiones: La disección coronaria espontánea es una entidad poco frecuente en la que existen varias áreas cuyo enfoque óptimo sigue siendo incierto (papel y tiempo de la doble antiagregación y de otros fármacos para la prevención secundaria, despistaje de arteriopatía extracoronaria, etc.). Debe existir un alto índice de sospecha para su diagnóstico en mujeres de mediana edad con bajo riesgo de IAM aterosclerótico y en los casos en los que el diagnóstico angiográfico es incierto debe considerarse emplear técnicas de imagen intracoronaria. En pacientes clínicamente estables sin dolor torácico ni alteraciones dinámicas electrocardiográficas y que preservan pese a la disección flujo coronario TIMI III, es preferible una estrategia inicialmente conservadora debido al mayor riesgo de resultados adversos con la revascularización como se ilustra en el caso clínico presentado.

P14. ANTIAGREGACIÓN Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

A. Fernández-Argüeso, M. Melendo-Viu, M. Guisasola Cienfuegos, G.A. Preto Berdeja, F.J. Galván Román y L. Domínguez Pérez

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: Varón de 60 años con antecedentes familiares de cardiopatía isquémica, hipertenso, fumador, bebedor, exconsumidor de cocaína y heroína con hepatopatía crónica mixta por alcohol y virus de la hepatitis C. Además, VIH bien controlado con tratamiento antirretroviral (abacavir, lamivudina, rilpivirina), que acude a Urgencias por único episodio de angina inestable sin cambios en el electrocardiograma.

Métodos: Se cursa ingreso para realización de coronariografía preferente. En el ecocardiograma de objetiva acinesia inferior basal del ventrículo izquierdo con fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 55% sin otras alteraciones. En la coronariografía se evidencia una estenosis grave proximal de la primera obtusa marginal, sobre la que se implanta un *stent* farmacoactivo con buen resultado y evolución favorable. Sin revisar las interacciones farmacológicas de los antirretrovirales, se opta por doble antiagregación con ácido acetilsalicílico y clopidogrel, asumiendo esta pauta de actuación como la óptima.

Resultados: Dos años más tarde el paciente se encuentra estable y no ha presentado eventos trombóticos ni hemorrágicos. En caso de haber revisado las interacciones farmacológicas, se habría podido optimizar la antiagregación con ticagrelor, puesto que no interacciona con ninguno de estos 3 inhibidores de la transcriptasa inversa.

Conclusiones: Nuestro caso ilustra la necesidad de desarrollar protocolos normalizados de trabajo para guiar la toma de decisiones, especialmente en el momento agudo, en grupos de pacientes con elevado riesgo cardiovascular.