

# MULTIREESTENOSIS EN PACIENTE CON ENFERMEDAD MULTIVASO

## AUTOR



**Dra. Paula Tejedor Viñuela**

**Adjunto Hemodinámica**

**Hospital General  
Universitario de Elche**

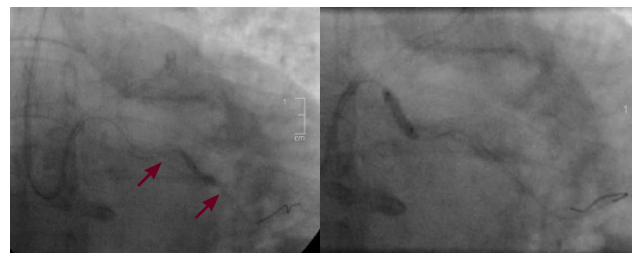
## DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente varón de 62 años con múltiples factores de riesgo cardiovasculares ( hipertensión arterial, exfumador, dislipemia, DM tipo 2). Antecedentes de arteriopatía periférica severa con ACV de origen tromboembólico en 2014, ateromatosis carotídea izquierda y claudicación intermitente con afectación de ambas femorales superficiales y tercera porción de poplítea izquierda.

El paciente presenta larga historia de cardiopatía isquémica crónica con enfermedad coronaria 3 vasos y FEVI ligeramente deprimida. La última coronariografía se realizó en otro Hospital en el año 2016, mostrando el siguiente resultado: enfermedad severa y difusa de los 3 vasos con lesiones severas multisegmento de la DA con oclusión de la primera diagonal, estenosis crítica de la CX proximal (stent reestenosado) con afectación severa de las ramas marginales, oclusión crónica y muy larga de la CD y malos lechos distales. En ese mismo procedimiento se realiza IPC sobre CX proximal-obtusa marginal con implante de 2 stents farmacocativos en serie, implante de stent farmacocactivo largo 2.5x38 mm en rama bisectriz. Finalmente se estudia estenosis de DA proximal-media mediante guía de presión, y tras comprobar severidad de la lesión (FFR 0.71) se realiza IPC con implante de 2 stents farmacocativos de 3.0 x34 y 3.0 x22mm.

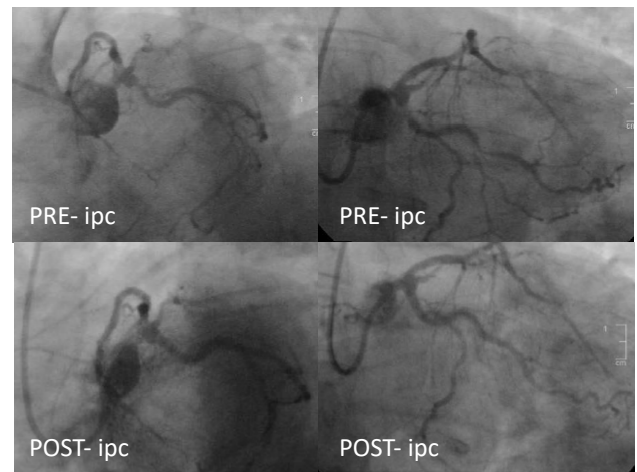
Actualmente ingresa en nuestro Hospital por clínica de angor de esfuerzo, clase funcional II/IV. Se solicita cateterismo diagnóstico en el que se objetiva reestenosis significativa en borde proximal de stent en CX proximal, estenosis severa en segmento entre los dos stents en rama marginal, oclusión por reestenosis en borde proximal de stent en rama bisectriz, y Cd crónicamente ocluida.

Se comienza el procedimiento realizando IPC sobre CX proximal mediante predilatación del borde proximal del stent reestenosado con balones NC de 2.5,3.0mm. Se decide no implantar nuevo stent sino dilatar con balón ya que se objetiva una adecuada expansión del mismo tras la dilatación con balón NC; además existe una dilatación aneurismática preestenótica, con importante desproporción entre el tamaño del vaso proximal y distal a la lesión, lo que posiblemente conllevaría que el stent a implantar quedara mal aposicionado en su segmento proximal. Por lo tanto, se opta por dilatación con balón de fármacos Essential 3.5 x 15 mm con éxito angiográfico final. Posteriormente se realiza IPC sobre rama marginal mediante dilatación con balones de 2.0 y 2.5, dilatación con balón Essential en segmento con reestenosis intrastent e implante de stent farmacocactivo Xience 2.5 x 12 mm en el segmento libre de stent existente entre los dos previamente implantados en 2016, con éxito angiográfico final.



**Proyección PA 0° CAU 35**  
Implante de stent Xience 2,5 x 12 mm (las flechas señalan los stents previos).

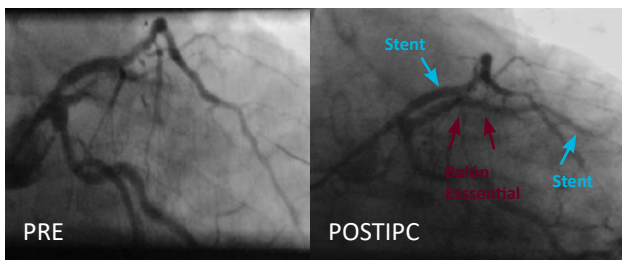
**Proyección PA 0° CAU35**  
Dilatación con balón Essential 3,0 x 15 mm en stent de Cx aproximadamente.



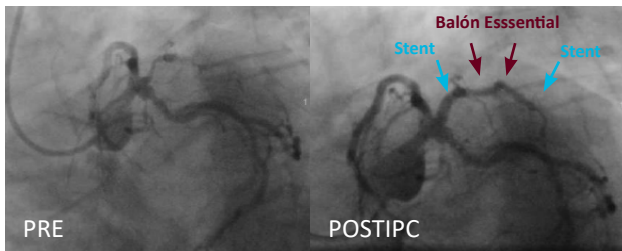
**Proyección OAI 45 CAU25**  
Bisectriz 100%, TIMI 0  
Reestenosis borde proximal de stent en CX proximal.

**Proyección PA0° CAU35**  
Bisectriz 100%, TIMI 0  
Reestenosis borde proximal de stent en CX proximal Estenosis severa en rama marginal (segmento interstent).

En un segundo tiempo, se decide intento de desobstrucción de Bx mediante predilatación progresivo con balones de 1.1, 1.5, 2.0 mm, valoración con IVUS en el que se objetiva tamaño distal del vaso de < 2 mm, falta de expansión de stent previo, por lo que se realiza dilatación con balón de fármacos Essential de 2.5 y 3.0, balón NC de 2.75, implante de stent farmacocactivo Synergy 2.25 x 8 mm solapado distal a stent previo y Synergy 3.0 x 16 mm solapado proximal a stent previo desde el ostium, con éxito angiográfico final (vaso distal muy fino angiográfico y por IVUS).



*Implante de stents a nivel proximal y distal respecto a stents previamente implantados y dilatación con balón Essential en los segmentos intrastent con falta de expansión tras dilatación con balones NC*



- Un análisis combinado de seguridad y eficacia mostró resultados similares entre ambos tratamientos.

Los resultados de este metaanálisis apoyan que el uso de BLP y implante de DES en la reestenosis intrastent son dos tratamientos aceptados y en gran parte similares, y es por ello que ambos presentan una recomendación IA en las guías de práctica clínica. La ligera mejoría en los datos de nueva revascularización del BLP debe ser equilibrada con la tendencia a mayor mortalidad en DES y posibles consecuencias a largo plazo de una nueva capa de metal en la arteria. En el caso clínico que se presenta, se adoptó una estrategia híbrida de tratamiento de la RIS: en aquellos segmentos en los que se consiguió una adecuada expansión de los stents previos con balones NC, se apostó por la utilización del balón de fármacos. Sin embargo, en los segmentos con RIS de los bordes del stent, se decidió el implante de nuevos stents.

## CONCLUSIÓN DEL CASO CLÍNICO

La reestenosis intrastent sigue siendo es la complicación más frecuente a largo plazo de la angioplastia con implante de stent. A pesar de la reducción significativa con el desarrollo de los stents de fármacos de 2º y 3º generación, con tasas entre 7 al 10% a 5 años, aún sigue siendo uno de los principales retos para el cardiólogo intervencionista.

Los dos tratamientos más efectivos de la reestenosis intrastent son el reimplante de un stent farmacoactivo (DES) y la angioplastia con balón liberador de paclitaxel (BLP), que han sido comparados en múltiples ensayos clínicos. Un reciente metaanálisis ha aportado una mayor evidencia en cuanto a la seguridad y eficacia del tratamiento de la reestenosis con DES o BLP y ha analizado en qué subgrupos podrían tener mayor beneficio cada uno de estos tratamientos. Los resultados más importantes de este estudio fueron :

- En términos de eficacia, la angioplastia con BLP presentó tasas moderadamente mayores de TLR que el implante de un DES.
- En cuanto a seguridad (mortalidad total, infarto de miocardio, trombosis de lesión diana) ambos tratamientos fueron similares, con un ligero aumento del riesgo tras implante de DES intrastent después de un ajuste multivariado.

