

Manejo del síndrome coronario agudo con elevación del ST sin implante de stent durante la angioplastia primaria

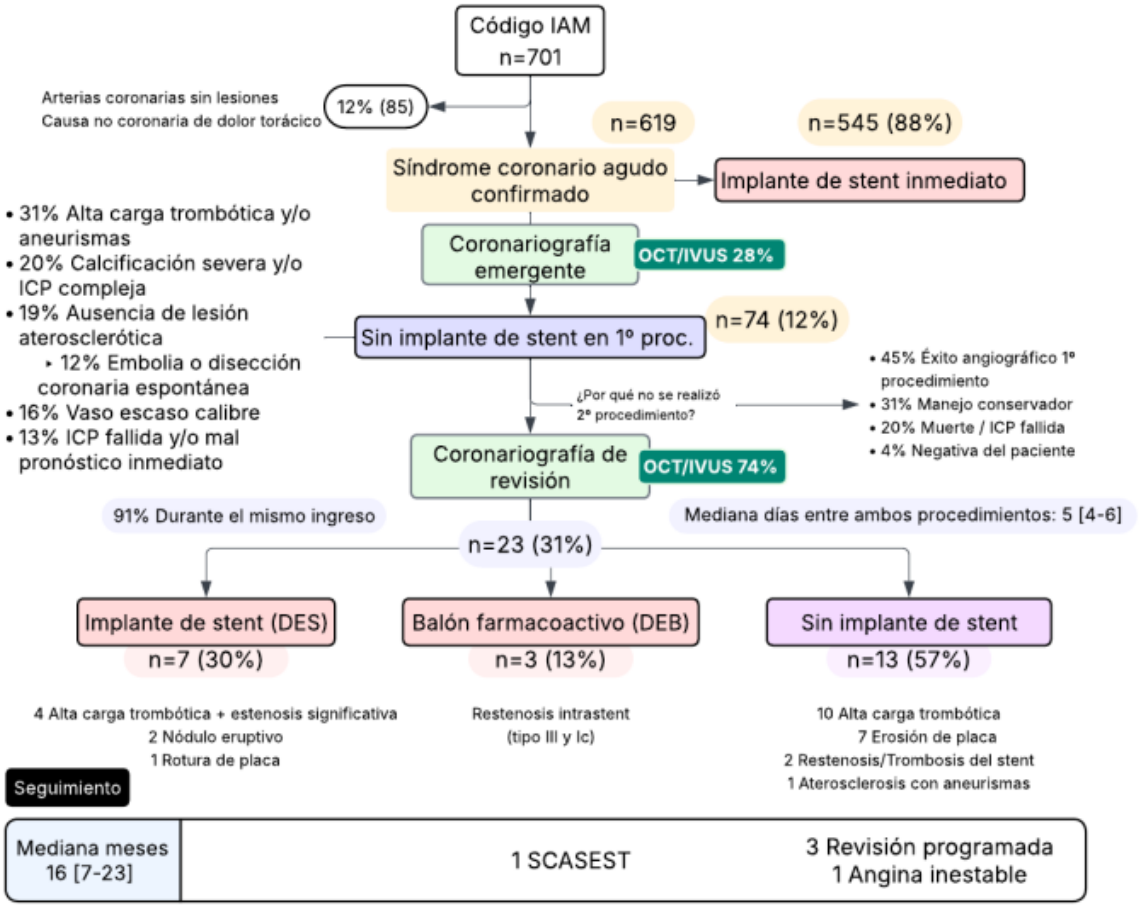
Carmen Labarta Bello(1), Alfonso Jurado Román(1), Mattia Basile(1), Gonzalo Acedo Romay(1), Miguel Ángel Martín Arena(1), Javier Gómez Herrero(1), Amaya Huici Eslava(1), María Álvarez Nájera(1), Pedro del Rosal García(1), Borja Rivero Santana(1), Daniel Tébar Márquez(1), Guillermo Galeote García(1), Santiago Jiménez Valero(1), Elena de la Cruz Berlanga(2) y José Raúl Moreno Gómez(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz, Madrid - España y (2)Servicio de Cardiología. Hospital Infanta Sofía, Madrid - España

Introducción: El síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) se trata habitualmente con implante de stent durante la angioplastia primaria, aunque en presencia de alta carga trombótica o mecanismos no aterotrombóticos puede no ser la mejor estrategia. El objetivo fue evaluar las características, mecanismos y evolución de los pacientes sin implante de stent en la angioplastia primaria.

Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo que incluyó pacientes derivados como código infarto entre enero 2024 y abril de 2026. Se seleccionaron aquellos con SCACEST y lesión culpable en los que no se implantó stent en el procedimiento índice. Se recogieron variables clínicas y angiográficas y en los casos con revascularización diferida; los hallazgos del segundo procedimiento, el manejo final y los eventos en el seguimiento.

Resultados: De 619 pacientes con SCACEST, 74 (12%) no recibieron stent en el procedimiento índice (figura 1). Las causas principales fueron alta carga trombótica (31%), enfermedad calcificada compleja (20%) y otros (48%) (figura 1). En 9 casos por embolia o disección, y en 12 casos por tratarse de un vaso de pequeño calibre, el stent no se consideró la estrategia terapéutica más adecuada. En la primera inyección, se observó flujo TIMI 3 en un 28%. Se realizó revisión angiográfica en 23 pacientes (31%) tras una mediana de 5 días (IQR 4-6) con tratamiento antitrombótico. Ningún paciente precisó una coronariografía urgente antes de la revisión. En el segundo procedimiento, se realizó imagen intracoronaria en el 74% (frente a 28% en el primero). En 17 pacientes con alta carga trombótica, se observó una reducción media de 2,9 puntos en la escala TIMI trombo y se implantó stent en el 35%. En 6 casos con calcificación compleja, se realizó técnica de modificación de placa en el 50%. Los pacientes que no precisaron stent eran más jóvenes, tenían menor carga cardiovascular, presentaban enfermedad monovaso (afectación de la DA 54%) y la mitad recibieron triple terapia al alta. Se realizó revisión angiográfica programada en 3 pacientes, confirmando el buen resultado; mientras que 2 pacientes precisaron nueva revascularización (mediana de seguimiento 16 meses; IQR 7-23).

Conclusiones: La revascularización diferida sin implante de stent en el SCACEST es una estrategia poco frecuente pero segura en pacientes seleccionados, permitiendo individualizar el tratamiento en función del mecanismo subyacente.



Tratamiento antitrombótico, preparación y tratamiento de la lesión en la coronariografía emergente (1º) vs. coronariografía de revisión (2º)

	Antitrombóticos	Preparación y tratamiento de la lesión
1º	47% Pretratamiento DAPT 28% Inhibidores IIb/IIIa (tirofibán/abciximab) 12% Cangrelor / 6% Bivalirudina	47% Tromboaspiración 49% Dilatación con balón 3% Láser intracoronario 12% Balón farmacoactivo 26% Angioplastia simple con balón
2º	78% Triple terapia durante ingreso HBPM/ACOD + DAPT (iP2Y12) 39% Triple terapia al alta	48% Dilatación con balón 9% Láser intracoronario 4% Balón de corte / 4% Aterectomía orbital 13% Balón farmacoactivo 30% Stent farmacoactivo

Tabla 1. Características basales de la muestra. Análisis comparativo según la estrategia elegida en la coronariografía de revisión.

		Coronariografía de revisión (n=23)		p
Características basales	Total (n=74)	Angioplastia (DES/DEB) (n=10)	Sin implante de stent (n=13)	
Edad	65 ± 17	62 ± 10	**49** ± 11	**0,005**
Sexo masculino	60 (81)	10 (100)	13 (100)	-
Obesidad	11 (15)	2 (20)	1 (8)	0,56
FRCV (HTA/DM/DL)	58 (79)	10 (100)	7 (**54**)	**0,02**
Tabaquismo	25 (34)	4 (40)	6 (46)	0,8
Cardiopatía isquémica previa	18 (24)	4 (40)	2 (15)	0,6
Comorbilidad (EPOC/ERC/IAP)	13 (18)	2 (20)	1 (8)	0,5
Nº vasos enfermos	1 [1-2]	2 [1-2]	**1 [1-1]**	**0,004**
Vaso culpable DA	44 (59)	2 (20)	7 (**54**)	0,3
CD	37 (50)	7 (**70**)	5 (39)	0,09
Coronariografía emergente (n=74)				
Escala de flujo TIMI 3	19 (28)	2 (20)	4 (31)	0,58
Escala TIMI Trombo (0-5)	2,9 ± 2	3,8 (1,7)	4,1 (1,2)	0,64
Coronariografía de revisión (n=23)				
Escala de flujo TIMI 3	23 (100)	10 (100)	13 (100)	-
Imagen intracoronaria	17 (74)	6 (60)	11 (**85**)	0,1
Triple terapia al alta	9 (39)	2 (20)	7 (**54**)	0,09
Duración del ingreso (días)	6 [4-7]	7,5 [7-9]	6 [5-8]	0,14

FRCV: factores de riesgo cardiovascular; HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; DL: dislipidemia; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ERC: enfermedad renal crónica; IAP: isquemia arterial periférica; DA: descendente anterior; CD: coronaria derecha. Las variables categóricas se expresan como n (%). Las variables cuantitativas se presentan como mediana [rango intercuartílico] o media ± desviación estándar, según su distribución. Para la comparación entre grupos se utilizaron el test exacto de Fisher y el test de Mann–Whitney, según correspondiera. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.