

#026 | Trombectomía mecánica en el ACV isquémico post CACG

Nahara Leguini¹; Matías Pallas¹; Ivanna Duro¹; Osmar Telis²

1 - Instituto de Cardiología Integral (ICI). 2 - Centro Endovascular Neurológico- MUCAM.

Introducción:

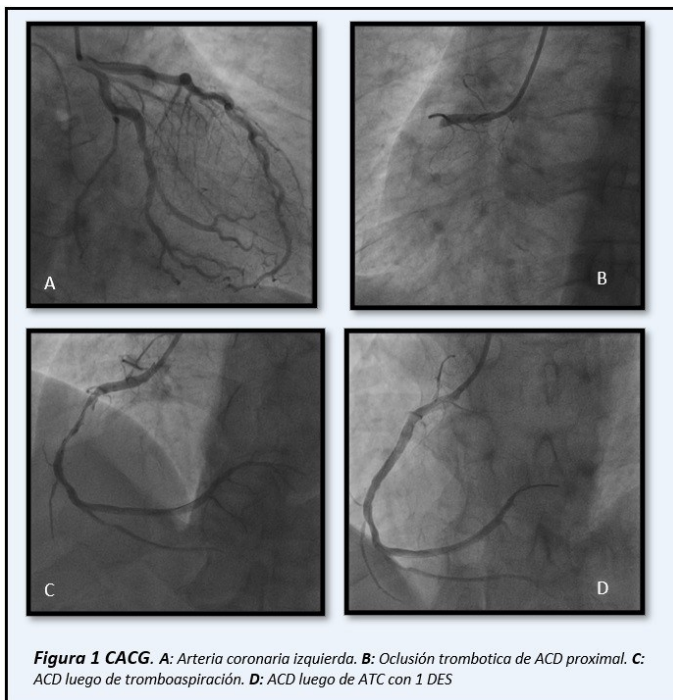
El IAMCEST es una importante causa de morbi-mortalidad a nivel mundial. Las tasas de mortalidad han disminuido significativamente con el advenimiento de las técnicas de reperfusión temprana (farmacológicas e intervencionismo coronario percutáneo). Paradójicamente se ha observado un incremento en las tasas de ACV post intervencionismo coronario, siendo cercanas al 0.56%. En cuanto al manejo de esta complicación, la decisión debe ser individualizada optando por trombólisis farmacológica o trombectomía mecánica.

Historia clínica:

Sexo masculino, 55 años, con antecedente de tabaquismo intenso y escasos controles en salud. Sin historia cardiovascular previa. Consulta por dolor torácico opresivo con irradiación a miembro superior izquierdo y síndrome neurovegetativo acompañante. ECG evidencia elevación del segmento ST compatible con IAMCEST inferoposterior. Durante la asistencia presenta PCR en fibrilación ventricular, se realiza 1 desfibrilación retomando circulación espontánea en ritmo sinusal. Es derivado a centro de hemodinamia para CACG de emergencia. En CACG se identifica oclusión trombótica aguda de ACD proximal. Se realiza tromboaspiración y ATC1 con implante de stent liberador de drogas en ACD (Figura 1). Durante CACG presentó episodios de fibrilación ventricular, siendo revertidos con desfibrilación. Buena evolución inicial. A las 36 hs de CACG instala síndrome focal neurológico dado por afasia de expresión. Sin arritmias ni sintomatología cardiovascular asociada. Se activa protocolo de ACV.

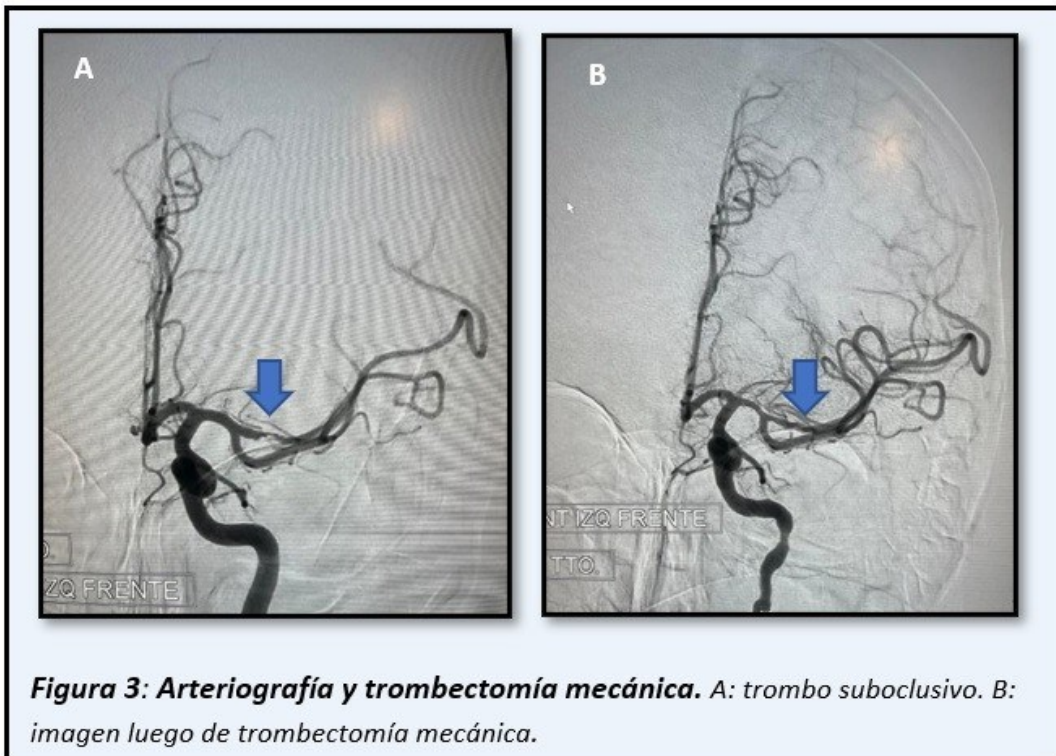
Pruebas complementarias:

CACG (Figura 1). AngioTAC evidencia oclusión en porción M1 luego de la emergencia de la arteria temporal izquierda (Figura 2).



Diagnóstico:

Se realiza diagnóstico de ACV isquémico en paciente con intervención coronaria reciente, con uso de antiagregantes/anticoagulantes por lo que se excluye para tratamiento trombolítico. Además, su puntaje NIHSS <6 lo excluye de cobertura para trombectomía mecánica según normativa vigente del Fondo Nacional de Recursos. Dado el impacto funcional de la sintomatología (afasia de expresión), en un paciente joven, se gestiona autorización excepcional para tratamiento endovascular. A las 6 hs de iniciados los síntomas se realiza arteriografía cerebral que confirma la presencia de trombo suboclusivo en M1 con hipoperfusión distal. Se procede a trombectomía mecánica mediante aspiración, logrando extracción del trombo y mejoría en la perfusión (Figura 3). Posteriormente, el paciente presenta una recuperación significativa. A las 48 horas, se mantiene estable sin nuevos eventos cardiovasculares ni neurológicos. En control ambulatorio permanece asintomático, sin secuelas neurológicas y con buena adherencia al tratamiento de prevención secundaria.



Discusión:

Este caso resalta la creciente incidencia de ACV post intervencionismo coronario percutáneo, atribuido a factores de riesgo del paciente y del procedimiento. Se ha identificado que la edad avanzada, FA, trombo aspiración durante CACG y el uso de dispositivos mecánicos aumentan este riesgo. La mayoría de los ACV ocurren en las primeras 24-48 horas. El manejo del ACV en este contexto presenta desafíos debido a la necesidad de equilibrar el riesgo trombótico y hemorrágico del paciente. Aunque la trombólisis intravenosa es la opción estándar, la trombectomía mecánica ha demostrado ser una alternativa efectiva. Este caso enfatiza la importancia de un enfoque individualizado en la selección de terapias de reperfusión en ACV post intervencionismo coronario percutáneo y la necesidad de flexibilidad en los protocolos de tratamiento para evitar secuelas neurológicas discapacitantes.