



Revista argentina de cardiología

ISSN: 0034-7000

ISSN: 1850-3748

Sociedad Argentina de Cardiología

Rosati, Macarena; Salva, Analí; López, Víctor; Aladio, Martín; Swieszkowski, Sandra
Estrategia de antiagregación post angioplastia coronaria
con stent en un paciente con trombocitopenia grave
Revista argentina de cardiología, vol. 92, núm. 2, 2024, Marzo-Abril, pp. 159-161
Sociedad Argentina de Cardiología

DOI: <https://doi.org/10.7775/rac.es.v92.i2.20759>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305378908011>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

LAEM [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Estrategia de antiagregación post angioplastia coronaria con *stent* en un paciente con trombocitopenia grave

Antiaggregation Strategy post Coronary Angioplasty with Stent in a Patient with Severe Thrombocytopenia

MACARENA ROSATI¹, ANALÍ SALVA¹, VÍCTOR LÓPEZ², MARTÍN ALADIO² MTSAC, SANDRA SWIESZKOWSKI² MTSAC

La doble terapia antiagregante es una pieza clave en el tratamiento farmacológico de la enfermedad coronaria. Está compuesta por la asociación de aspirina (AAS) y un inhibidor plaquetario P2Y12. Dicha terapia reduce el riesgo isquémico, y el riesgo de trombosis del *stent*, pero como contrapartida aumenta el riesgo hemorrágico. La elección de qué combinación utilizar, y la duración, se encuentra aún al día de hoy en constante discusión. *Scores* como *PRECISE DAPT*, *PARIS* o *DAPT score* son herramientas que se utilizan en la práctica médica como guía para la toma de decisiones, aunque no incluyen el recuento plaquetario. Por otro lado, el *ARC-HBR score* (*Academic Research Consortium for High Bleeding Risk*) incluye como criterio una plaquetopenia moderada a grave (recuento plaquetario menor de 100.000/mm³) lo que implica un riesgo de sangrado mayor que o igual a 4 % en 1 año, que en ocasiones puede ser el mayor limitante de la terapia antiagregante dual. Los pacientes con trombocitopenia grave son habitualmente excluidos de los trabajos de investigación de los cuales surgen estos *scores*, por lo que las decisiones a este respecto quedan sujetas a la experiencia del equipo médico tratante.

Presentamos el caso de un paciente varón de 52 años, con diagnóstico de leucemia linfocítica aguda (LLA) asociado a carcinoma renal de células claras sincrónico. Antecedente de infarto agudo de miocardio (IAM) en 2016, que requirió angioplastia con *bare metal stent* (BMS) en la arteria coronaria derecha (CD). Se encontraba cursando internación por pancitopenia grave por su enfermedad oncohematológica. Laboratorio de ingreso: hematocrito 22 %, hemoglobina 7,9 g/dL, plaquetas 25 000/mm³, leucocitos 1190 /mm³, resto sin particularidades. Asintomático para ángor o

equivalentes anginosos, electrocardiograma (ECG) sin hallazgos patológicos.

Previo al tratamiento dirigido, le solicitaron una prueba de perfusión miocárdica con apremio farmacológico. Se evidenció isquemia grave y extensa, en segmentos anterior medio y apical, anteroseptal basal y medio, inferoseptal basal y medio e inferoapical, a dosis de 30 mcg/kg/min de dobutamina, compatible con territorio de la arteria descendente anterior (DA); *score* sumado de estrés (SSS) 28, *score* sumado de reposo (SRS) 4, *score* sumado diferencial (SDS) 24. Dilatación del ventrículo izquierdo (VI), captación del radiotrazador en ventrículo derecho (VD) y caída de la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) posterior al estrés (45 a 32 %).

Se realizó cinecoronariografía (CCG) con infusión previa de plaquetas, en la que se constató suboclusión de la DA y reestenosis severa *intrastent* de la CD. El caso fue discutido en ateneo interdisciplinario con Hematología dado el alto riesgo isquémico que le hubiera impedido recibir el tratamiento onco-específico, así como afrontar las eventuales complicaciones derivadas de este (infecciosas, hemorrágicas, entre otras) y, en consecuencia, la necesidad de revascularizar. Se realizó angioplastia transluminal coronaria (ATC) con la colocación de un BMS en la arteria DA, sin posterior antiagregación dado el muy alto riesgo hemorrágico. Evolucionó con complicaciones infectológicas y oncológicas, por lo que pasó a sala general. Al séptimo día de la colocación del *stent* y con 44 000 plaquetas /mm³ se decidió el inicio de AAS a dosis de 100 mg por día. Evolucionó el resto de la internación sin eventos cardiovasculares, y sin episodios de sangrado hasta que se le otorgó el alta 26 días posteriores al ingreso.

REV ARGENT CARDIOL 2024;92:159-161. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v92.i2.20759>

Dirección para correspondencia: Macarena Rosati. E-mail: rosati.macarena@gmail.com



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

©Revista Argentina de Cardiología

¹ Sección Cardiología, Hospital de Clínicas José de San Martín, CABA.

² Unidad Coronaria, Hospital de Clínicas José de San Martín, CABA

Tras 5 meses de la internación, continúa antiagregado solamente con AAS, sin presentar intercorrencias.

El caso presentado nos plantea una controversia que excede los lineamientos presentes en la literatura. Las plaquetas en los síndromes mielodisplásicos a menudo presentan concentraciones anormales o son disfuncionantes, con alto riesgo hemorrágico, incluso con valores plaquetarios mayores de 100 000/mm³. Al igual que en otros procesos hematológicos, (1) no existen recomendaciones sobre el tratamiento antiagregante plaquetario para pacientes con trombocitopenia grave por un síndrome mielodisplásico que sufren un síndrome coronario agudo o enfermedad coronaria estable.

En este tipo de pacientes como primera medida se deberá considerar el estudio angiográfico, ya que ya este procedimiento presenta un gran desafío. La guía europea de cardio-oncología es clara en medidas preventivas para reducir el riesgo de sangrado, entre ellas la transfusión de plaquetas si estas se encuentran por debajo de 20 000 /mm³, el acceso radial, hemostasia cuidadosa, y bajas dosis de heparina, entre 30-50 UI/kg, (2) acciones que fueron tomadas en el caso de nuestro paciente.

Respecto de la doble terapia antiagregante, acuerdos de expertos sugieren iniciarla con valores de plaquetas mayores de 30 000/mm³, así como optar por un tipo de *stent* que permita acortar el tiempo de la misma. (3) La guía europea de cardio-oncología recomienda utilizar aspirina a partir de 10 000 plaquetas /mm³, y clopidogrel a partir de 30 000 plaquetas /mm³ (hay expertos que recomiendan valores de corte de 30 000 y 50 000 plaquetas /mm³ respectivamente). (2) Nuestro paciente presentaba menos de 30 000 plaquetas /mm³. En este sentido no hemos encontrado ningún caso reportado de trombocitopenia grave similar a la de nuestro paciente.

La mayor evidencia respecto de escenarios de trombocitopenia y antiagregación la ofrecen artículos de opinión divergentes. Por un lado, en pacientes con síndrome coronario crónico (SCC), sugieren detener la terapia antiplaquetaria y evitar la angioplastia de existir un conteo de plaquetas menor de 50 000/mm³. Esta consideración fue tenida en cuenta en la discusión que a nuestro paciente respecta, pero no se pudo respetar. (4) En pacientes con plaquetas entre 50 000 y 100 000 /mm³ sugieren monoterapia con clopidogrel e inhibidor de la bomba de protones (IBP), basada esta elección en estudios aleatorizados, que utilizaron mayoritariamente *stents* liberadores de drogas (DES) de segunda generación. Por último, en pacientes con SCC, sintomáticos pese a triple terapia antianginosa, la ATC es razonable al evaluar la relación riesgo-beneficio. De realizarse, la sugerencia es DES de segunda generación más que BMS, y posterior doble antiagregación con AAS y clopidogrel por un mes, continuando luego con clopidogrel como monoterapia, asociado a IBP. La indicación de DES de segunda generación surge de la evidencia que demuestra menor tasa de trombosis temprana del *stent* comparada con BMS, consideran-

do la doble antiagregación con las pautas habituales (duración y composición), situación que se aleja del escenario que presenta nuestro caso, y que, de hecho, no sería conveniente seguir dado el alto riesgo isquémico que presentaría de no cumplir con el tratamiento convencional. (4)

Sobre este asunto la evidencia ha demostrado que los DES reducen la reestenosis temprana, e isquemia asociada a lesión índice, si se comparan con BMS, pero han fallado en demostrar superioridad en lo que hace a la trombosis tardía. (5,6) Por ello los BMS se reservan para pacientes que no pueden recibir doble antiagregación plaquetaria más de un mes dado el riesgo de sangrado. (6) Y, como en nuestro paciente, en escenarios en los que no se puede recibir la doble terapia antiagregante estándar. Este tipo de *stent* presenta el desafío del riesgo de trombosis durante el primer mes, pero una vez superado este período, se reduciría el riesgo de trombosis tardía y con ello la necesidad de doble antiagregación plaquetaria, siendo el tratamiento antiplaquetario simple una meta más asequible en estos casos.

En conclusión, la evidencia es escasa y divergente, por lo que sostenemos que la conducta a tomar debiera ser individualizada y de decisión multidisciplinaria, hasta tanto no se cuente con mayor cantidad de estudios al respecto.

Consideraciones éticas

No aplica

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la Web).

Financiamiento

Este trabajo no contó con financiamiento

BIBLIOGRAFÍA

1. Kantarjian H, Giles F, List A, Lyons R, Sekeres MA, Pierce S, et al. The incidence and impact of thrombocytopenia in myelodysplastic syndromes. *Cancer*. 2007;109:1705-14. <https://doi.org/10.1002/ncr.22602>
2. Lyon AR, López-Fernández T, Couch LS, Asteggiano R, Aznar MC, Bergler-Klein J, et al; ESC Scientific Document Group. 2022 ESC Guidelines on cardio-oncology developed in collaboration with the European Hematology Association (EHA), the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ESTRO) and the International Cardio-Oncology Society (IC-OS). *Eur Heart J*. 2022;43:4229-361. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac244>
3. Bermejo N. Acute Coronary Syndrome in Patients With Thrombocytopenia. *Response*. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2017;70:683. English, Spanish. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2017.06.005>
4. McCarthy CP, Steg G, Bhatt DL. The management of antiplatelet therapy in acute coronary syndrome patients with thrombocytopenia: a clinical conundrum. *Eur Heart J*. 2017;38:3488-92. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx531>
5. Schulz-Schüpke S, Kastrati A. Duration of Dual Antiplatelet Therapy After Drug-eluting Stents Implantation: The Jury Is Still Out. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2015;68:827-9. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2015.03.015>

6. Levine GN, Bates ER, Bittl JA, Brindis RG, Fihn SD, Fleisher LA, et al. 2016 ACC/AHA Guideline Focused Update on Duration of Dual Antiplatelet Therapy in Patients With Coronary Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines: An Update of the 2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention, 2011 ACCF/AHA Guideline for Coronary Artery Bypass Graft Surgery, 2012 ACC/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS Guideline for the Diagnosis and Management of Patients With Stable Ischemic Heart Disease, 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction, 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes, and 2014 ACC/AHA Guideline on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Management of Patients Undergoing Noncardiac Surgery. *Circulation*. 2016;134:123-55. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000404>