



Fractura de *stent* sirolimus: una causa de restenosis tardía *Sirolimus stent fracture: a cause of late restenosis*

William Amaya, MD.^(1,2); John Liévano, MD.⁽¹⁾; Jorge Villegas, MD.⁽¹⁾

Bogotá, Colombia.

El primer caso de fractura de *stent* farmacológico en arterias coronarias fue publicado en 2004, y aunque es un evento infrecuente, las implicaciones diagnósticas y terapéuticas siguen siendo un reto. Se presenta el caso de un paciente de género masculino, de 49 años de edad, portador de dos *stents* medicados, con antecedente de nuevo evento coronario y diagnóstico de fractura de dichos dispositivos a través de cateterismo.

PALABRAS CLAVE: síndrome coronario agudo, *stents* farmacoactivos, enfermedad coronaria.

The first case of drug-eluting stent fracture in coronary arteries was published in 2004, and although it is a rare event, the diagnostic and therapeutic implications remain a challenge. We report the case of a 49 years old male patient, carrier of two medicated stents with history of a new coronary event and diagnosis through catheterization of fracture of these devices.

KEYWORDS: acute coronary syndrome, drug-eluting *stents*, coronary disease.

Rev Colomb Cardiol 2013; 20(6): 394-396.

Introducción

La fractura de un *stent* coronario es un fenómeno descrito en *stents* metálicos desde el año 2002. Con el aumento en la frecuencia de eventos adversos secundarios a este tipo de dispositivos, los *stents* farmacológicos se posicionaron rápidamente entre las opciones terapéuticas para la enfermedad coronaria (1).

Los *stents* farmacológicos tienen gran poder para inhibir la hiperplasia intimal, la restenosis y la trombosis intrastent mejorando la durabilidad y seguridad. Fue en 2004, donde se escribió el primer caso de fractura de un *stent* farmacológico cuya incidencia varía entre el 0,84% al 8% (1, 2).

Reporte de caso

Paciente de género masculino, de 49 años de edad, con antecedentes de enfermedad coronaria multivazo, revascularización miocárdica quirúrgica de dos vasos en 2010 y angioplastia coronaria percutánea con dos *stents* medicados en el tercio medio de la descendente anterior once meses después, por oclusión del puente mamario.

Ingresó a la institución por cuadro clínico de disnea clase funcional NYHA II/IV; se realizó perfusión miocárdica con dipiridamol que reportó isquemia severa inferolateral y anterolateral y apical con extensión del 30%. Fue llevado a cateterismo cardíaco en el que se encontró ventriculograma que demostraba ventrículo izquierdo con infarto inferobasal, inferomesial y lateral, fracción de eyección del 30% y presión de fin de diástole del ventrículo izquierdo de 1 mm Hg. No se realizó aortograma.

En la coronariografía no se observaron los puentes safenos, coronaria derecha dominante, coronaria izquierda y tronco normal; descendente anterior con lesión tipo III con dos *stents* en tercio medio del vaso. Restenosis focal del 70% en la porción medial del primer

Hospital San José. Bogotá, Colombia.

(1) Hospital San José. Bogotá, Colombia.

(2) Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia.

Correspondencia: Dr. William Amaya, correo electrónico: williamcardiologo@gmail.com

Recibido: 26/02/2013. Aceptado: 10/07/2013.