



## 17935 - TROMBOLISIS INTRAVENOSA EN PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO RECIENTE ¿RIESGO O MITO?

Paños Basterra, P.<sup>1</sup>; Trillo Senin, S.<sup>1</sup>; Casanova Peño, I.<sup>2</sup>; Cuesta Cuesta, J.<sup>1</sup>; Delgado Arroyo, A.<sup>1</sup>; Gómez Díaz, D.<sup>1</sup>; Sánchez Giralt, J.A.<sup>1</sup>; Iriarte Uribe-Echeverría, P.<sup>1</sup>; Romero del rincón, C.<sup>1</sup>; Vivancos Mora, J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital de Torrejón.

### Resumen

**Objetivos:** La evidencia de seguridad del tratamiento con fibrinolisis del ictus isquémico en pacientes con antecedente de IAM reciente es escasa, pero las guías internacionales recomiendan considerarlo incluso en casos de infarto extenso. La asociación de rotura cardíaca se ha descrito de manera excepcional.

**Material y métodos:** Presentamos un paciente con ictus isquémico e IAMCEST anterior evolucionado tratado con tenecteplasa, con posterior rotura de pared ventricular y taponamiento cardíaco.

**Resultados:** Varón de 73 hipertenso que acude a urgencias por síndrome hemisférico izquierdo con NIHSS 16 de 2 horas de evolución. El ECG evidencia IAMCEST anterior con datos de infarto evolucionado (onda Q) y clínica compatible de > 24 h. Se realiza ecocardioscopia (ETT) y angioTC-aorta urgente sin identificar alteraciones estructurales. La TC-multimodal objetiva oclusión de segmento M2 distal de la ACM izquierda sin infarto establecido. Dada la estabilidad hemodinámica, se prioriza tratamiento neurológico y solicitan valorar tratamiento endovascular. Previo al traslado se administra tenecteplasa iv 0,25 mg/kg. A su llegada se encuentra en *shock* hemodinámico con NIHSS 25. ETT evidencia taponamiento cardíaco con rotura de la pared libre de ventrículo que requiere reparación quirúrgica emergente con ingreso en UCI. La TC de control muestra infarto establecido en todo el territorio de la ACM izquierda, quizás en relación con administración de ácido tranexámico para reversión del fibrinolítico. El paciente fallece a las 96 h.

**Conclusión:** El tratamiento fibrinolítico en IAMCEST extensos no está exento de riesgos. Al igual que en nuestro paciente, se describe mayor riesgo de complicaciones en infartos transmurales, de cara anterior y con evolución subaguda (> 12h - 7 días).