



4020-5. RESULTADOS DEL IMPLANTE DE *STENTS* SOLAPADOS O *STENTS* MUY LARGOS EN LA REVASCULARIZACIÓN DE OCLUSIONES CORONARIAS CRÓNICAS LARGAS

Alfonso Jurado Román¹, Gema Miñana Escrivà², Pablo Salinas Sanguino³, Ander Regueiro Cueva⁴, Juan Caballero Borrego⁵, Javier Martín Moreiras⁶, Fernando Rivero⁷, Francisco Javier Lacunza Ruíz⁸, Juan Rondán Murillo⁹, Ignacio J. Amat Santos¹⁰, Juan Carlos Astorga Burgo¹¹, Mohsen Mohandes Yusefian¹², Antonio Gómez Menchero¹³, José Antonio Fernández Díaz¹⁴ y Guillermo Galeote García¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Hospital Clínico Universitario de Valencia. ³Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁴Hospital Clínic, Barcelona. ⁵Hospital Clínico San Cecilio, Granada. ⁶Hospital Clínico Universitario de Salamanca. ⁷Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ⁸Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ⁹Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias. ¹⁰Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ¹¹Hospital de Cruces, Barakaldo, Bizkaia. ¹²Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona. ¹³Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva. ¹⁴Hospital Puerta de Hierro, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La longitud de las oclusiones coronarias crónicas (OCT) es un factor de complejidad que impacta en el éxito de la revascularización percutánea (ICP). Con las nuevas plataformas de *stents* muy largos, desconocemos si el uso de estos dispositivos impacta en la estrategia de la ICP, sus resultados o en el pronóstico de los pacientes. Objetivo: evaluar el uso de *stents* solapados (SS) o muy largos (SML) en OCT largas.

Métodos: Se evaluaron 2773 ICP de OCT realizadas en 24 centros. De ellas, se analizaron 532 con una longitud de OCT > 20 mm. Se evaluó la estrategia utilizada en la ICP: uso de SS o SML (> 40 mm) y se analizaron los resultados inmediatos y en un seguimiento a medio plazo.

Resultados: El 74,7% de los pacientes eran varones ($64,7 \pm 11$ años). El vaso más frecuentemente ocluido fue la coronaria derecha (CD) (55,3%) seguido de la descendente anterior (DA) (32,6%) y de la circunfleja 10,5%. El SYNTAX anatómico fue $18,7 \pm 11,2$ y el J-score de $2,8 \pm 0,9$. La longitud media de la OCT fue $32,9 \pm 15$ mm. La tasa de éxito fue del 98,1%. Se usaron SS en 67,3%, SML 38,9% y SML solapados en el 25,9%. La longitud total de *stents* fue $64,5 \pm 27,7$ mm. El 1,9% tuvo complicaciones (mortalidad 0,2%, taponamiento 0,2%). Tras un seguimiento de $19,2 \pm 13$ meses, la mortalidad cardiovascular fue 1,5% y la tasa de fallo del vaso diana (TLF) (reoclusión, infarto del vaso o revascularización del vaso diana por isquemia) fue 6,6%. Los SML se usaron predominantemente en la CD proximal y media y en la DA media ($p = 0,003$). En el grupo de SS, las OCT eran más largas ($35,3 \pm 17,2$ mm vs $30 \pm 6,6$ mm; $p = 0,0001$) si bien no hubo diferencias significativas en el Syntax o el J-CTO score. En el grupo de SS, se usaron más *stents* ($2,6 \pm 0,8$ vs 1; $p = 0,0001$) y la longitud total de *stents* fue mayor ($76,4 \pm 25,2$ mm vs 53 ± 7 mm). El tiempo de escopia también fue mayor en este grupo ($48,8 \pm 41,8$ min vs $38,4 \pm 33,9$ min; $p = 0,05$). No hubo diferencias en la tasa de éxito del procedimiento (SML 100 vs SS 97,7%; $p = 0,2$), ni en la de eventos adversos al final del seguimiento: mortalidad CV (SML: 3,5 vs SS: 1,6%; $p = 0,73$), TLF (SML: 7,2 vs SS: 7,2%; 0,99).

Conclusiones: En las OCT largas la tasa de éxito fue alta y la de complicaciones baja. Predominó el uso de SS sobre los SML. No hubo diferencias entre ambos grupos en cuanto al éxito del procedimiento o eventos

adversos, si bien el uso de SML redujo el número de *stents* y el tiempo de escopia.