



Revista Española de Cardiología



4002-2. SEGURIDAD DEL APLAZAMIENTO DE LA REVASCULARIZACIÓN DE LA ESTENOSIS DEL TRONCO PRINCIPAL IZQUIERDO BASADA EN IFR: DATOS DEL ESTUDIO ILITRO-EPIC07

Oriol Rodríguez Leor¹, José M. de la Torre Hernández², Pablo Avanzas Fernández³, Vicente Pernias Escrig⁴, Javier Escaned Barbosa⁵, Juan Carlos Rama Merchán⁶, Francisco José Morales Ponce⁷, Ana Belén Cid Álvarez⁸, Eduardo Molina Navarro⁹, Miren Tellería Arrieta¹⁰, Mario Sádaba Sagredo¹¹, Juan Sanchís Forés¹², Erika Muñoz García¹³, Martí Puigfel Pont¹⁴ y Armando Pérez de Prado¹⁵

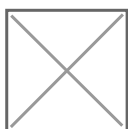
¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), ³Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias), ⁴Hospital de Castellón, ⁵Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ⁶Hospital de Mérida, Badajoz, ⁷Hospital Universitario Puerto Real, (Cádiz), ⁸Servicio de Cardiología y Unidad de Hemodinámica, Hospital Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña), ⁹Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, ¹⁰Hospital Donostia, Guipúzcoa, ¹¹Hospital de Galdakao, Vizcaya, ¹²Hospital Clínico, Valencia, ¹³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, ¹⁴Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona y ¹⁵Complejo Asistencial Universitario, León.

Resumen

Introducción y objetivos: Existen datos limitados sobre la seguridad de la toma de decisiones de revascularización en pacientes con estenosis intermedia en el tronco común izquierdo (TCI) basada en las mediciones del cociente de presiones en el intervalo libre de ondas (iFR). El objetivo de este estudio fue documentar los resultados clínicos a largo plazo de los pacientes con estenosis intermedia del TCI en los que la decisión de realizar o aplazar la revascularización se basó en un punto de corte del iFR de 0,89.

Métodos: Registro prospectivo, observacional y multicéntrico que incluyó a 300 pacientes consecutivos con lesiones intermedias del TCI (estimación visual del 25-65% de estenosis por diámetro) en 33 centros entre noviembre de 2018 y noviembre de 2021. Los pacientes se sometieron a mediciones tanto de FFR como de iFR distales a la estenosis del TCI. En caso de discrepancia entre FFR e iFR, se recomendó realizar IVUS para guiar la revascularización. El criterio de valoración primario fue un compuesto de muerte cardiaca, infarto de miocardio no mortal relacionado con la lesión del TCI o revascularización no planificada de la lesión del TCI.

Resultados: La figura muestra el diagrama de toma de decisiones en función de los resultados de iFR, FFR e IVUS. de flujo de los pacientes. En 23 pacientes, excluidos del análisis de resultados, se decidió no revascularizar a pesar de tener un iFR $\geq 0,89$ (por IVUS). En un seguimiento medio de 24 meses, el criterio de valoración primario se produjo en 11 pacientes (6,4%) en el grupo diferido concordante y en 9 pacientes (8,6%) en el grupo de control de revascularización (HR: 1,38 IC95% [0,57-3,32], p = 0,48)).



Conclusiones: El aplazamiento de la revascularización del TCI basado en un punto de corte de iFR de 0,89 parece ser seguro, con resultados clínicos similares a los de los pacientes en los que se realizó la

revascularización del TCI.