Rev Esp Cardiol. 2014;67 Supl 1: 145

Revista Española de Cardiología

5003-3. EVOLUCIÓN CLÍNICA A 10 AÑOS DE PACIENTES CON LESIONES DE TRONCO COMÚN NO PROTEGIDO TRATADOS CON *STENTS* FARMACOACTIVOS

Inés Toranzo[1], Leire Goicolea[2], Beatriz Moreno Djadou[3], José María de la Torre Hernández[1], Tamara García Camarero[1], Dae-Hyun Lee[1], Fermín Sainz Laso[1] y Javier Zueco Gil[1] del [1]Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), [2]Hospital Universitario de Getafe (Madrid) y [3]Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro, Logroño (La Rioja).

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento de las lesiones de tronco común no protegido con *stent* farmacoactivos (SF) constituye una alternativa a la cirugía en casos críticos con lesiones de tronco culpables de infarto o en casos electivos con anatomía favorable o alto riesgo quirúrgico. No obstante no existen datos a muy largo plazo (más de 10 años) ya que los SF se introdujeron a lo largo del 2002 y entonces con limitada penetración y escasas indicaciones de revascularización percutánea del tronco.

Métodos: Hemos analizado la evolución clínica de pacientes consecutivos tratados hace más de 10 años con SF en lesiones de tronco común no protegido.

Resultados: En el periodo junio 2002/febrero 2004 se trataron 30 pacientes de edad 65 ± 11 años, 20% mujeres, 36,6% diabéticos, 43% con previas revascularizaciones, 70% con SCA y 33% con infarto ST alto. La fracción de eyección era del 46 ± 11%. La lesión era de tronco distal en el 66,6%. Se trato el tronco con dos *stents* en 3 casos y en el resto solo con uno y el diámetro del *stent* principal fue 3,3 ± 0,3 mm. En un 33% se trataron otras lesiones. En el hospital fallecieron 2 pacientes (6,6%) y no hubo reinfartos ni ictus. A los 10 años de seguimiento 14 pacientes han fallecido, 6 de ellos de causa cardiaca (20%) a los 5,5 ± 3 años y de estos últimos 4 por insuficiencia cardiaca y 2 por infarto (no en relación al tronco). No hubo trombosis de *stents*, solo 1 paciente (3,3%) precisó reangioplastia del tronco, no se ha realizado ninguna cirugía coronaria y en 6 (20%) se realizó angioplastia de otras lesiones.

Conclusiones: Hace 10 años el perfil de los pacientes tratados con SF en lesiones de tronco correspondía a pacientes de alto perfil de riesgo y en frecuente situación de infarto. En el seguimiento la mortalidad cardiaca anual estuvo en torno al 2% (compatible con cardiopatía coronaria estable) y muy relacionada con insuficiencia cardiaca. No hubo trombosis de *stent* y una muy baja tasa de nueva revascularizacion por restenosis.