



5017-6. TRATAMIENTO DE LA RESTENOSIS INTRASTENT CON ANDAMIAJE VASCULAR BIOABSORBIBLE. RESULTADOS INMEDIATOS Y A MEDIO PLAZO

Pedro Martín Lorenzo¹, Javier Suárez de Lezo Herreros de Tejada², Dámaso Valerón Hernández-Abad¹, José Juan García Salvador¹, Francisco Mazuelos Bellido², José María Nóvoa Medina¹, José Suárez de Lezo Cruz Conde² y Alfonso Medina Fernández-Aceytuno¹ del ¹Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) y ²Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción y objetivos: Las restenosis de *stent* (ISR) convencionales o de *stent* liberadores de fármacos (DES) se consideran lesiones complejas, con una elevada tasa de eventos cardíacos adversos durante el seguimiento. El uso del andamio vascular bioabsorbible (BVS) liberador de everolimus para el tratamiento de estas lesiones, podría evitar las desventajas del implante de una nueva plataforma metálica permanente en el lugar de la ISR. El papel del BVS en este escenario no está establecido.

Métodos: De un total de 556 pacientes (680 lesiones), se incluyeron en el estudio 29 pacientes con 30 ISR (4,4%) que fueron tratadas con BVS. La edad media fue 62 ± 10 años y el 90% de los pacientes eran varones. Dieciséis pacientes eran diabéticos (53%). La presentación clínica fue angina estable en 11 pacientes (38%) e inestable en 16 pacientes (55%). El vaso donde se localizaba la ISR era: 1 TCI, 11 DA, 6 Cx, 11 CD y 1 injerto de safena. En el 70% de los casos, la ISR afectaba a un DES. El tipo de ISR era focal en 16 lesiones (52%), difusa en 8 (26%) y proliferativa en 2 (6%). En tres pacientes (16%) existía una oclusión total del vaso a nivel del *stent* previo. Seis ISR focales afectaban al segmento proximal del *stent*, 9 al cuerpo del *stent* y 1 al segmento distal. La longitud de la ISR tratada fue 15 ± 8 mm, el diámetro de referencia proximal $3,08 \pm 0,6$ mm y el % de estenosis 73 ± 22 .

Resultados: En 8 ISR (26%), el BVS se implantó de forma directa con éxito. Las otras 23 ISR (74%) fueron tratadas con predilatación electiva (diámetro balón $2,79 \pm 0,4$ mm). La longitud del BVS implantado fue $18 \pm 5,6$ mm y el diámetro del BVS fue $3,06 \pm 0,4$ mm. Se realizó posdilatación en 15 lesiones (48%). 28 ISR (93%) se trataron con un solo BVS. Todos los pacientes fueron dados de alta bajo tratamiento con doble antiagregación durante al menos 12 m (clopidogrel 31%, prasugrel 38%, ticagrelor 31%). Durante el seguimiento (9 ± 4 meses, 100% p), no se registraron muertes, infartos de miocardio, así como ninguna trombosis aguda, subaguda o tardía del BVS. Un paciente (3%) necesitó revascularización de la lesión diana debido a una nueva ISR focal. En otros 19 pacientes (65%) se realizó angio-TAC o angiografía a los 6 meses del tratamiento de la ISR. En todos los casos el BVS implantado para el tratamiento de la ISR se encontraba en buena situación.

Conclusiones: El tratamiento percutáneo con BVS para la ISR podría ser una estrategia prometedora. La incidencia de MACE inmediato y a medio plazo es baja y comparable con otras estrategias.