



Revista Española de Cardiología



5011-6. ¿ES NECESARIO EL USO DE NUEVOS FÁRMACOS ANTIAGREGANTES EN PACIENTES TRATADOS CON ANDAMIAJE VASCULAR BIOABSORBIBLE?

Pedro Martín Lorenzo¹, Djordje Pavlovic Djurovic², José María Nóvoa Medina¹, José Juan García Salvador¹, Dámaso Valerón Hernández-Abad¹, Javier Suárez de Lezo Herreros de Tejada², Manuel Pan Álvarez-Ossorio¹ y Alfonso Medina Fernández-Aceytuno¹ del ¹Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria y ²Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción y objetivos: En los últimos meses han sido publicados varios casos relacionados con trombosis tardía y muy tardía que afectan a andamio vascular reabsorbibles (AVB). La elección y duración de la doble terapia antiagregante tras el implante de AVB aún no está bien definida. En nuestro estudio se incluyeron 556 pacientes con 680 lesiones coronarias que han sido tratadas con AVB. Todos los pacientes fueron dados de alta asintomáticos en tratamiento con doble terapia antiagregante (100 mg de AAS, más un inhibidor del P2Y₁₂, estableciendo dos grupos: clopidogrel 75 mg/24h (n = 244; 42%), y un nuevo fármaco antiagregante, prasugrel 10 mg/24h o ticagrelor 90 mg /12h (n = 312; 58%) durante al menos 12 meses. La suspensión del inhibidor P2Y₁₂ tras este periodo se basó en la decisión del médico responsable. Durante el seguimiento se recogieron los eventos cardíacos adversos mayores (MACE) y los sangrados significativos. El estudio fue diseñado como un estudio observacional retrospectivo.

Resultados: La edad media fue de 56 ± 9 años. La mayoría de los pacientes (84%) eran varones y el 24% diabéticos. En el estudio se incluyeron 230 lesiones en bifurcaciones coronarias, 236 lesiones coronarias difusas y 30 restenosis intrastent que fueron tratadas con AVB. La longitud del ABV fue 24 ± 12 mm y el diámetro del AVB fue $3,14 \pm 0,36$ mm. Se obtuvo seguimiento clínico en todos los pacientes. Tras un seguimiento de 15 ± 9 meses el MACE acumulado fue del 5%. Se presentaron 5 muertes cardíacas (1%), 20 revascularizaciones de lesión diana (3,5%) y 7 infartos de miocardio (1,2%). Tres trombosis subagudas (días 2, 3, 7) y 3 trombosis tardías (días 57, 224, 359) fueron registradas. Nueve hemorragias mayores (1,6%) y una hemorragia intracraneal fatal fueron descritas.

MACE y sangrados mayores						
	MACE Global (a)	Muerte cardíaca(b)	Infarto de miocardio (b)	TLR (b)	Trombosis ABV (c)	Sangrado mayor (d)
Clopidogrel (n = 244)	20 (8%)	5 (2%)	5 (2%)	10(4%)	5 (2%)	4 (1,6%)

Nuevos fármacos antiagregantes (n = 312)	13 (3,9%)	1 (0,3%)	2 (0,6%)	10(3%)	1 (0,3%)	6 (1,9%)
a: χ^2 -distribución p 0,042; b: χ^2 -distribución p 0,084; c: χ^2 -distribución p 0,141; d: χ^2 -distribución p 0,954.						

Conclusiones: Los nuevos inhibidores del P2Y12 parecen reducir la incidencia de eventos cardiacos adversos mayores en pacientes tratados con AVB, sin incremento de en la aparición de eventos hemorrágicos mayores. Serán necesarios estudios aleatorizados para establecer la estrategia y duración óptima de la doble terapia antiagregante en estos pacientes.