



6027-321. STENTS FARMACOACTIVOS DE PRIMERA FRENTE A SEGUNDA GENERACIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL TRONCO CORONARIO. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Alejandro Gutiérrez Barrios, Dolores Cañadas Pruaño, Enrique Díaz Retamino, Santiago Jesús Camacho Freire, Miguel Alba Sánchez, Antonio Agarrado Luna, Javier Benezet-Mazuecos y Manuel Jesús Oneto Otero del Hospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera (Cádiz).

Resumen

Introducción y objetivos: Estudios aleatorizados han demostrado que los *stents* farmacoactivos (SF) de segunda generación son como mínimo no inferiores a los de primera. Sin embargo la eficacia de este tipo de *stents* en el tratamiento del tronco coronario (TCI) continúa siendo objeto de debate. Nuestro objetivo es comparar SF de segunda generación con los de primera para el tratamiento de la enfermedad de TCI no protegido.

Métodos: Estudio retrospectivo longitudinal de 123 angioplastias sobre TCI realizadas en nuestro centro desde enero de 2008 hasta diciembre de 2011. Dividimos a los pacientes tratados con SF en 2 grupos según se emplearon SF de primera generación: plactaxel y tacrolimus o de segunda generación: everolimus, zotarolimus y biolimus. El objetivo primario fue la necesidad de nueva revascularización (RVD). *Endpoint* secundarios: mortalidad cardiovascular (MCV); trombosis de *stent* (TS); MACE (MCV, RVD, TS y ACV).

Resultados: De los 221 TCI que se revascularizaron en el periodo estudiado, el 55% (123) fueron percutáneos y en el 88% (109) se emplearon *stents* farmacoactivos (SF). No había diferencias significativas entre ambos grupos ni en las características clínicas, angiográficas ni en el abordaje (tabla). Al final del periodo de seguimiento medio de 61,5 meses (rango de 1 a 96 meses) encontramos que no hubo diferencias entre ambos grupos en MCV ni MACE (31 frente a 22%, $p > 0,05$) ni TS (0 frente a 3,7%, $p > 0,05$). No hubo ninguna TS confirmada y solo 3 probables, todas en el grupo de SF de segunda generación. La necesidad de nueva revascularización del vaso diana (RVD) fue significativamente mayor en el grupo tratado con SF de primera generación (21 frente a 6%, $p = 0,039$). En el análisis multivariado de regresión logística se incluyeron las variables con $p < 0,1$ (diabetes, sexo, empleo de técnica compleja, y número de *stents*) y la localización de la enfermedad en TCI. La única variable que mantuvo la significación fue el empleo de SF de segunda generación (OR 9; IC95% 7,1-10,9).

Características comparativas entre SF primera y segunda generación			
	SF 1 (n = 21)	SF 2 (n = 88)	p
Mujer (%)	24	28	0,6

Diabetes (%)	47	46	0,9
Dislipemia (%)	77	53	0,054
Troponina alta (%)	47	44	0,8
Edad	70	66,5	0,25
Número <i>stent</i> TCI	1,14	1,11	0,7
FEVI	0,55	0,58	0,3
Diametro <i>stent</i>	3,59	3,57	0,7
Bifurcación (%)	66	64	0,8
Multivaso (%)	90	92	0,8
Revasc. completa (%)	52	53	0,9
Vía radial (%)	30	34	0,6
Tecnica compleja (bifur.) (%)	21	26	0,7
IVUS (%)	29	37	0,4
<i>Stent</i> mayoritario	Placitaxel (81%)	Everolimus (79%)	
<i>Kising balloon</i> (bif.) (%)	24	45	0,07

Conclusiones: En nuestra serie, el empleo de SF de segunda generación en la revascularización percutánea del TCI, ofrece mejores resultados en el seguimiento a largo plazo en cuanto a la necesidad de nueva revascularización.