



4014-3. EL USO DEL MISMO TIPO DE STENT PARA EL TRATAMIENTO DE LAS REESTENOSIS SOBRE STENTS RECUBIERTOS SE ASOCIA A UNA MAYOR TASA DE REVASCULARIZACIÓN

Xavier Freixa Rofastes, Ali Almasood, Rodrigo Wainstein, Azriel Osherov, Sohail Khan, Peter Seidelin, John Ross, Vlad Dzavik, Toronto General Hospital, Canadá.

Resumen

Introducción: La ausencia de recomendaciones claras en las guías clínicas sobre el tratamiento óptimo de las reestenosis sobre stents recubiertos (SR) determina que exista una gran variabilidad a la hora de tratar este tipo de lesiones.

Objetivos: Comparar los resultados entre utilizar el mismo tipo de stent o uno diferente para el tratamiento de las reestenosis sobre SR.

Métodos: Entre enero/2004 y enero/2009 se identificaron todos los casos de reestenosis sobre SR que fueron tratados con un nuevo SR. Las lesiones se clasificaron entre aquellas en las que se implantó el mismo stent que había restenosado y aquellas en las que se había utilizado un stent diferente. El end-point primario fue la target lesion revascularization (TLR) a los 6 y 12 meses

Resultados: Se incluyeron 131 lesiones (115 pacientes) que fueron tratadas inicialmente con Cypher[®] en el 61 %, Taxus[®] en el 33,6 %, Xience V[®] en el 2,3 % y Endeavor[®] en el 3,1 %. Se implantó el mismo stent en 39 lesiones (30 %) y un stent diferente en 92 lesiones (70 %). El patrón de reestenosis fue focal en el 59,5 %, difuso en el 22,1 %, proliferativo en el 7,6 % y oclusivo en el 10,7 %. En nuestra serie, la TLR a los 6 meses fue del 21,2 % en los casos tratados con el mismo stent y del 1,2 % en los que se utilizó un stent diferente ($p < 0,001$). A los 12 meses la TLR fue del 42,0 % vs 4,5 % respectivamente ($p < 0,001$). El análisis multivariante demostró que reimplantar el mismo tipo de stent que inicialmente presentó reestenosis era predictor independiente de TLR a los 6 (OR = 24,06, IC95 % [1,8-320]; $p = 0,016$) y 12 meses (OR = 31,4, IC95 % [4,2-231]; $p = 0,001$).

Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que en caso de reestenosis sobre SR, se debería implantar un SR diferente al inicial ya que esta estrategia se asocia a una menor tasa de revascularización a los 6 y 12 meses.