Rev Esp Cardiol. 2013;66 Supl 1: 772

Revista Española de Cardiología

6009-373. IMPLANTE DIRECTO DEL DISPOSITIVO VASCULAR REABSORBIBLE LIBERADOR DE EVEROLIMUS. FACTIBILIDAD Y RESULTADOS INMEDIATOS

José María Segura Saint-Gerons[1], Javier Suárez de Lezo Herreros de Tejada[1], Mª del Carmen Morenate Navío[1], Francisco Castillo Bernal[1], Mª Flor Baeza Garzón[1], José Nóvoa Medina[2], José Suárez de Lezo Cruz Conde[1] y Alfonso Medina Fernández-Aceytuno[2] del [1]Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba y [2]Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: Actualmente se recomienda la predilatación de las lesiones coronarias antes del implante del dispositivo vascular reabsorbible - Bioresorbable Vascular Scaffold (BVS)- liberador de everolimus, no habiendo información sobre su implante directo. **Objetivos:** analizar la factibilidad y seguridad del implante directo con BVS.

Métodos: De 159 lesiones tratadas con BVS en 117 pacientes, se analizaron los casos en los que se intentó implante directo del BVS (118 lesiones, 74%). La predilatación electiva se realizó cuando el eco intracoronario (IVUS) mostraba una lesión muy calcificada, cuando el IVUS no pudo pasar la lesión o cuando la lesión era oclusiva, estos casos fueron excluidos. Las lesiones se analizaron mediante angiografía e IVUS antes y después del tratamiento. En 35 lesiones (29%) el resultado también fue analizado por tomografía de coherencia óptica (OCT). Se realizó implante directo en 102 lesiones (86%). Hubo 16 lesiones (14%) imposibles de cruzar de forma directa con el BVS, recuperando el dispositivo e implantándolo tras predilatar.

Resultados: En 40 lesiones (34%) fue necesario realizar una posdilatación (por estenosis residual, inexpansión o no aposición). La carga de placa fue el factor asociado con el fallo del cruce directo de la lesión (84% vs 77%; p = 0,037). No se observó disección del borde proximal o distal por angiografía. Por OCT o IVUS, se observó algún grado de disección de los bordes en 10 lesiones (8%), no precisando *stents* ni BVS adicionales.

Conclusiones: El implante del BVS directo es seguro y factible en la mayoría de las placas blandas. La mayor carga de placa en el área luminal mínima está asociado con el fracaso del implante directo, pudiéndose en esos casos retirar el dispositivo y reimplantarlo tras predilatar.