



5021-2. IMPLANTE DIRECTO DE ANDAMIAJE VASCULAR BIOABSORBIBLE EN LESIONES CORONARIAS; RESULTADOS INMEDIATOS Y A MEDIO PLAZO

José Juan García Salvador¹, Javier Suárez de Lezo Herreros de Tejada², Pedro Martín Lorenzo¹, José María Segura Saint-Gerons², Tania Seoane García², Marta Blanco Nuez¹, Alfonso Medina Fernández-Aceytuno¹ y José Suárez de Lezo Cruz Conde² del ¹Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) y ²Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción: Para el tratamiento de lesiones coronarias con andamiaje vascular biabsorbible (AVB) se recomienda predilatar la lesión antes de su implante. No existe información sobre el implante directo con AVB en lesiones coronarias. El objetivo de este estudio es analizar la factibilidad, seguridad y eficacia del implante directo del AVB.

Métodos: De enero 2012 a mayo de 2013, 153 pacientes con 200 lesiones coronarias fueron tratados con AVB. En 171 pacientes se realizó eco intracoronario (EI) basal. En 50 lesiones se realizó predilatación electiva (si calcificación severa, si la lesión era oclusiva o si el catéter de ultrasonidos no cruzó la lesión). En el resto (150) se intentó implante directo.

Resultados: En 129 lesiones el implante fue exitoso, y en 21 el AVB no cruzó la lesión, pudiéndose siempre implantar el mismo dispositivo tras predilatar la lesión. La geometría del AVB se analizó en 83 lesiones con EI y en 77 con coherencia óptica (OCT). Se postdilataron 67 lesiones (33%) sin existir diferencias en la tasa de postdilatación entre lesiones con predilatación o implante directo (38% vs 32%, p: 0,4). En el 24% de las lesiones evaluadas por OCT se objetivó una disección focal de los bordes (implante directo 23%, predilatación electiva 27%, p: 0,7%). Lesiones más largas (19 ± 10 vs 16 ± 8 , p: 0,03) y con mayor carga de placa (82 ± 8 vs 77 ± 8 , p 0,05) se asociaron a fracaso del implante directo. Hubo 10 pacientes con infarto periprocedimiento (7%). A los 2 meses un paciente falleció por trombosis del AVB tras abandonar la doble antiagregación. Tras un tiempo de seguimiento clínico de 12 ± 3 meses se han reevaluado por angio-TAC o angiografía el 61% de los pacientes, habiéndose documentado 8 restenosis (4%). En las 8 restenosis se revascularizó la lesión diana. El resto de pacientes se encuentra asintomático.

Conclusiones: El implante directo de AVB es seguro y eficaz en la mayoría de lesiones coronarias. Lesiones más largas y con mayor carga de placa se asocian a fracaso del implante directo. Cuando el AVB no se puede implantar de forma directa el dispositivo se puede retirar de forma segura e implantarse tras predilatar la lesión.