



## 7009-8. INFLUENCIA DEL ÁNGULO EN 3D A NIVEL DE BIFURCACIÓN EN LOS RESULTADOS INMEDIATOS Y A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON LESIONES BIFURCADAS TRATADAS MEDIANTE ESTRATEGIA SIMPLE

María del Carmen Morenate Navío<sup>1</sup>, Manuel Pan Álvarez-Osorio<sup>1</sup>, Soledad Ojeda Pineda<sup>1</sup>, Miguel Romero Moreno<sup>1</sup>, Marta Blanco Nuez<sup>2</sup>, Pedro Martín<sup>2</sup>, Javier Suárez de Lezo<sup>1</sup>, Alfonso Medina<sup>2</sup> y José Suárez de Lezo Cruz Conde<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba y <sup>2</sup>Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La metodología para la evaluación del ángulo es variable y la falta de consenso en las series publicadas favorece comparaciones problemáticas. Se ha asociado un ángulo en bifurcación (AB) bajo con mejores resultados en pacientes tratados con técnicas complejas pero los efectos en el resultado con la estrategia de *stent* provisional (SP) en el vaso principal no está clara. El objetivo de este estudio fue analizar el impacto del AB en los resultados inmediatos y el seguimiento clínico a largo plazo en pacientes con verdaderas lesiones a nivel de bifurcación (LB) tratados mediante SP.

**Métodos:** Desde febrero 2009 a noviembre 2012 se incluyeron 372 pacientes con verdadera LB tratados mediante SP farmacológico. Se calculó el AB en todos los pacientes mediante análisis coronario cuantitativo-3D, que integra información de dos imágenes angiográficas ortogonales. Se recogieron variables intrahospitalarias, clínicas, angiográficas, del procedimiento y los eventos cardiacos mayores (MACE) al seguimiento. (MACE = muerte cardiaca (MC), IAM y revascularización de la lesión principal (TLR)).

**Resultados:** Edad media:  $64 \pm 10$  años; 284 (76%) varones; 138 (37%) tenían diabetes. LB más frecuente: descendente anterior-1ª diagonal (228; 61%). Tasa de *stent* en la rama: 3,5%. El AB se relacionó débilmente con el mínimo diámetro luminal final en la rama ( $r = 0,2$ ,  $p = 0,05$ ). En el subgrupo de pacientes sin predilatación de la rama ( $n = 185$ ), un AB más bajo se asoció con mayor incidencia de flujo TIMI III y con necesidad de *stent* en la rama ( $54 \pm 16^\circ$  frente a  $62 \pm 21^\circ$ ;  $p = 0,05$ ). No hubo ninguna correlación adicional entre el AB y otros parámetros clínicos, angiográficos o del procedimiento. La tasa de MACE total a los  $4 \pm 1$  años de seguimiento fue del 9%. El AB no influyó en la muerte de causa cardiaca ( $63 \pm 20^\circ$  frente a  $62 \pm 20^\circ$ ;  $p = ns$ ), ni en la revascularización de la lesión principal ( $62 \pm 18^\circ$  frente a  $62 \pm 20^\circ$ ,  $p = ns$ ), ni en la tasa de MACE total ( $63 \pm 18^\circ$  frente a  $62 \pm 20^\circ$ ;  $p = ns$ ) en el seguimiento a largo plazo. Cuando se dividieron los pacientes en grupos de bajo o alto ángulo (punto de corte  $50^\circ$ ), las curvas Kaplan Meier de probabilidad libre de eventos a los 4 años fueron idénticas (91% en bajo ángulo frente a 90% en el grupo de ángulo alto;  $p = ns$ ).

**Conclusiones:** Aunque un AB bajo se asoció parcialmente con peores resultados inmediatos en la rama, estos resultados no tuvieron impacto en la incidencia de MACE intrahospitalario ni en los resultados a largo plazo en estos pacientes.