Rev Esp Cardiol. 2015;68 Supl 1: 341

Revista Española de Cardiología

7009-3. SEGURIDAD DE LA POSDILATACIÓN TRAS IMPLANTACIÓN DE *STENT* EN LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Josebe Goirigolzarri Artaza[1], Arturo García-Touchard[1], Javier Goicolea[1], Manel Sabaté[2], Fernando Alfonso[3], Rafael Ruiz-Salmerón[4], Armando Bethencourt[5], Nieves Gonzalo[6], Faustino Miranda[7], Bruno García del Blanco[8], Jesús Jiménez-Mazuecos[9], Rafael Melgares[10], Pedro Martínez-Romero[11], José María Hernández-García[2], Román Lezaún[13], Juan Antonio Bullones[14], Javier Fernández-Portales[15], José Ramón Rumoroso[16], Rosario Ortas[17], Mariano Valdés[18], Ramiro Trillo[19], Luis Alonso-Pulpón[1], Investigadores del estudio PEBSI (Paclitaxel Eluting Balloon in ST Elevation Myocardial Infarction) del[1]Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), [2]Hospital Clinic i Provincial, Barcelona, [3]Hospital La Princesa, Madrid, [4]Hospital Virgen Macarena, Sevilla, [5]Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, [6]Hospital Clínico San Carlos, Madrid, [7]Hospital del Mar, Barcelona, [8]Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, [9]Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, [10]Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, [11]Hospital de Puerto Real, Cádiz, [2]Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, [13]Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, [14]Hospital Carlos Haya, Málaga, [15]Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, [16] Hospital de Galdakao, Vizcaya, [17]Hospital Arnau de Vilanova, Lleida, [18]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), [19]Hospital Clínico Universitario de Santiago, A Coruña.

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) se caracteriza por la presencia de abundante material trombótico. La implantación de un *stent* en estas circunstancias, está asociado a un mayor riesgo de embolización trombótica distal y a la aparición de fenómenos de slow flow/*no-reflow* que empeoran el pronóstico. Existe escasa información en la literatura sobre el efecto de la posdilatación tras la implantación de un *stent* en el contexto de una angioplastia primaria (ICPP). El objetivo de este estudio fue estudiar la seguridad de la posdilatación con balón tras la implantación de un *stent* en el contexto de una ICPP.

Métodos: Este es un subestudio dentro del estudio aleatorizado, multicéntrico, prospectivo, simple ciego PEBSI (Paclitaxel Eluting Balloon in ST Elevation Myocardial Infarction). En este estudio pacientes con SCACEST se aleatorizaron a recibir (1:1) un *stent* convencional (BMS) posdilatado con balón de paclitaxel (Grupo PTX-B) o un BMS sin posdilatación adicional (Grupo BMS). En el presente subestudio se comparan los eventos isquémicos agudos, subagudos y el tamaño del infarto por CK y FEVI entre los pacientes que fueron posdilatados con balón frente a los que no se posdilataron.

Resultados: Se incluyeron 223 pacientes: 112 en el grupo BMS y 111 en el grupo PTX-B. No hubo diferencias clínicas entre ambos grupos. Las principales características angiográficas basales se muestran en la tabla. El grupo de posdilatación tuvo mayores diámetros luminales mínimos (2,64 ± 0,4 mm frente a 2,8 ± 0,46 mm, p: 0,0036). No se objetivaron diferencias significativas en los fenómenos de slow flow/*no-reflow* (BMS: 2 (1,8%) frente a PTX-B: 6 (5,5%), p: 0,15). De forma similar, el porcentaje de flujo TIMI III final fue igual en ambos grupos, BMS: 95,5% frente a PTX-B: 94,5%, p: 0,31. Durante el ingreso hospitalario no hubo diferencias ni en la mortalidad de causa cardiaca, BMS: 2 (1,8%) frente a PTX-B: 1 (0,9%), p: 1,00, ni en el tamaño del infarto medido por CPK, BMS: 1.579,5 UI/L (RIQ: 636,0, 2.985,0) frente a PTX-B: 1.483,0 uI/L (RIC: 745,5, 3.130,5), p: 0,72, ni por FEVI, BMS: 56,5% (48,0, 60,0) frente a PTX-B: 55,0% (45,0, 60,0), p: 0,18.

Características angiográficas y del procedimiento	Grupo BMS (n = 112)	Grupo PTX-B (n = 110)	p
Arteria responsable			
Descendente anterior	36 (32,1%)	25 (22,7%)	0,12
Circunfleja	20 (17,9%)	23 (20,9%)	0,57
Coronaria derecha	56 (50,0%)	62 (56,4%)	0,42
Flujo TIMI basal			
TIMI 0-I	82/7 (79,5%)	88/3 (82,7%)	0,54
TIMI II-III	14/9 (20,5%)	5/14 (17,3%)	0,54
Inhibidores GP IIb/IIIa	42 (37,5%)	44 (40,0%)	0,70
Predilatación con balón	20 (18,0%)	19 (17,3%)	0,88
Aspiración de trombo	88 (78,6%)	78 (70,9%)	0,19
QCA basal			
Diámetro de referencia del vaso (mm)	2,97 (0,43)	3,12 (0,46)	0,01
Diámetro estenosis, %	98,0 (97,0, 99,1)	98,1 (97,3, 98,9)	0,77
Longitud de lesión, mm	14,0 (10,5, 17,9)	15,0 (12,0, 18,0)	0,08
Diámetro del stent, mm	3,0 (3,00, 3,50)	3,0 (3,00, 3,50)	0,35
Longitud del stent, mm	18,0 (15,0, 22,0)	18,8 (15,0, 20,0)	0,08
Presión maxima del stent, atm	15,5 (12,0, 16,0)	14,5 (12,0, 16,0)	0,80
Diámetro PTX-B, mm		3,25 (3,00, 3,50)	

Longitud PTX-B, mm		20,0 (15,0, 25,0)	

Conclusiones: La posdilatación con balón durante la ICPP es segura. Consigue tasas similares de flujo TIMI III al final del procedimiento y no aumenta ni el tamaño del infarto medido por CK y FEVI, ni la mortalidad intrahospitalaria.