



6035-431. DILATACIÓN AISLADA SISTEMÁTICA DE LA RAMA LATERAL COMO PARTE DE LA TÉCNICA DE *STENT* PROVISIONAL EN EL TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE BIFURCACIONES CORONARIAS. REGISTRO CR12

Alfonso Jurado Román¹, Belén Rubio Alonso², Julio García Tejada², Ignacio Sánchez Pérez¹, María Thiscal López Lluva¹, Iván Tomás Gómez Blázquez², Felipe Hernández Hernández² y Fernando Lozano Ruiz Poveda¹ del ¹Hospital General de Ciudad Real y ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La estrategia más habitual para el tratamiento percutáneo de bifurcaciones coronarias es la técnica de *stent* provisional (TSP). Sin embargo, no existen datos sobre el potencial beneficio de realizar una dilatación aislada de la rama lateral (RL) tras el implante del *stent* en el vaso principal (VP) en los casos en los que no haya afección significativa de la misma. Objetivo: analizar el beneficio de la dilatación sistemática de la RL en la TSP.

Métodos: Desde marzo de 2014 a abril de 2015 se registraron prospectivamente 1960 angioplastias realizadas en 2 centros, de las cuales 382 eran bifurcaciones coronarias con una RL > 2 mm. Analizamos las 290 realizadas mediante la TSP elegibles para el registro. En el centro A se realizó una dilatación sistemática de la RL a través del *stent* del VP independientemente de el grado de estenosis o flujo TIMI en la RL tras su implante. En el centro B la dilatación de la RL se realizó solo en casos con afección grave de la misma (estenosis > 75% o flujo TIMI 3) tras implantar el *stent*.

Resultados: El 79,1% eran varones con edad media de $65,5 \pm 12,6$ años. El 33,2% eran diabéticos. Un 39,3% eran bifurcaciones verdaderas estando localizadas la mayoría en la descendente anterior-diagonal (53,2%). No hubo diferencias entre ambos centros en la tasa de afección de la RL tras el implante del *stent* (A: 44,6 frente a B: 49,3%; $p = 0,48$). La tasa de éxito de los procedimientos fue alta y similar en ambos centros (A: 98,6 frente a B: 96,7% min; $p = 0,45$). No hubo diferencias significativas en el tiempo de fluoroscopia (A: $17,8 \pm 9,7$ frente a B: $16,1 \pm 11,1$ min; $p = 0,17$). Tras un año de seguimiento, no hubo diferencias entre ambos centros en cuanto a la tasa de infarto relacionado con la arteria tratada (A: 1,4 frente a B: 3,9%; $p = 0,29$), ni de revascularización de la lesión tratada (A: 1,4 frente a B: 3,2%; $p = 0,45$). Sí se observó una tendencia a una mayor mortalidad cardiaca en el centro B (A: 2,2 frente a B: 6,5%; $p = 0,093$) y de trombosis de *stent* (A: 0 frente a B: 2,6%; $p = 0,077$) y una mayor tasa de eventos adversos cardiovasculares mayores (MACE) a un año (A: 4,4 frente a B: 10,38%; $p = 0,043$).

Conclusiones: La dilatación aislada sistemática de la RL en la TSP se asoció a una menor tasa de MACE al año, con una tendencia a una menor mortalidad cardiaca y de trombosis de *stent*. Esta técnica no se asoció a mayores complicaciones durante el procedimiento ni implica un incremento del tiempo de fluoroscopia.