Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 1145

Revista Española de Cardiología

6035-492. *STENT* BIOABSORBIBLE DE MAGNESIO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO: SEGUIMIENTO A CORTO PLAZO DE UN REGISTRO MULTICÉNTRICO

Teresa Bretones del Pino[1], Alejandro Gutiérrez-Barios[1], Antonio Gómez Menchero[2], Carmen Collado[3], Dolores Cañadas Pruaño[4], Inmaculada Noval Morillas[1], Francisco José Morales[3], Jessica Roa Garrido[2], Rosa M. Cardenal[2], Miguel Alba Sánchez[4], Santiago Camacho-Freire[2] y Rafael Vázquez García[1], del [1]Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, [2]Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, [3]Hospital Puerto Real, Cádiz y [4]Hospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome coronarios agudo (SCA), debido a su fisiopatología, podría ser un escenario favorable para el empleo de *stents* bioabsorbibles.

Métodos: Estudio multicéntrico no aleatorizado para evaluar el implante del *stent* bioabsorbible de magnesio (SBM) en lesión responsable *de novo* en SCA. Objetivo primario: Eventos en lesión tratada con SBM: trombosis *stent* (TS) confirmada/probable y revascularización lesión diana (RLD) guiada clínicamente. Criterios de exclusión: Inestabilidad hemodinámica, no certeza en identificación de lesión responsable, lesiones complejas (tronco coronario, bifurcaciones verdaderas, calcificación o tortuosidad grave), necesidad de anticoagulación oral, contraindicación para doble antiagregación prolongada, alta carga trombótica con trombo mayor del doble del diámetro del vaso (TG ? 3).

Resultados: Desde mayo 2017 a mayo 2018 se implantaron 42 SRM en 40 pacientes con SCA en los 4 centros participantes. Un paciente se perdió en el seguimiento. Características de los pacientes: edad 56 ± 10 años, varones (75%), IMC 29,9 ± 4,8, diabetes (25%), HTA (45%), dislipemia (48%), tabaquismo (63%), IAM previo (2,5%), FEVI 60,7 ± 9. Se presentaron como SCACEST el 30%(12/40). El 95% eran Killip I y el 5% Killip II. En el 85% la carga trombótica era baja al ser indetectable/dudosa angiográficamente (TG0, TG1) y 15% moderada con trombo menor del doble del diámetro del vaso (TG2, TG3). Todos los casos fueron vía radial y el éxito del implante fue 100% (40/40). En la tabla vemos características del procedimiento, destacando los esfuerzos en la optimización del *stent* con alto porcentaje de predilatación y posdilatación, así como empleo de OCT intracoronaria. Como complicación se produjeron una disección de borde de *stent* (2,5%) y otra disección ostial por catéter guía (2,5%) que se trataron implantando con éxito un DES. Un caso de *no flow* (2,5%) se trató con éxito con medidas habituales. Durante el seguimiento de 5,5 ± 3,3 meses no se produjo ninguna TS (0%) y se produjo un RLD (2,5%) que se trató con un DES solapado al borde proximal del SBM.

Características angiográficas y del procedimiento

Contraste (ml)	212 ± 72

Tiempo escopia (min)	10,8 ± 5
EFD (mGy)	929 ± 600
OCT intracoronario	28 (70%)
AAS	40 (100%)
Ticagrelor	20 (50%)
Prasugrel	2 (5%)
Tromboaspiración	1 (2,5%)
Diámetro referencia proximal (mm)	3,3 ± 0,5
Diámetro referencia distal (mm)	2,9 ± 0,4
Predilatación	36 (90%)
Diámetro predilatación (mm)	2,9 ± 0,4
Posdilatación	27 (67,5%)
Diámetro posdilatación (mm)	3,5 ± 0,3
Presión posdilatación (atm)	15,9 ± 3,6
Diámetro *stent* (mm)	3,2 ± 0,2
Longitud *stent* (mm)	19,3 ± 4,3
Solapamiento SBM	2 (5%)
Diámetro referencia proximal post (mm)	3,46 ± 0,5

Diámetro referencia distal post (mm)	3 ± 0,4

Conclusiones: Los resultados obtenidos a corto plazo muestran que los SBM son una opción factible y prometedora en el contexto de SCA.