



6039-348. COMPARACIÓN ENTRE EL IMPLANTE DE *STENTS* MUY LARGOS Y *STENTS* SOLAPADOS EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Martín Negreira Caamaño¹, José Abellán Huerta¹, Alfonso Jurado Román², Pedro Pérez Díaz¹, Ignacio Sánchez Pérez¹, María Thiscal López Lluva¹, Juan Antonio Requena Ibañez¹, Jesús Piqueras Flores¹, Ramón Maseda Uriza¹ y Fernando Lozano Ruiz Poveda¹, del ¹Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real y ²Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La longitud del *stent* y el solapamiento de *stents* se han considerado predictores de eventos adversos en el intervencionismo coronario percutáneo. Sin embargo no existen datos comparativos entre uso de *stents* muy largos (SML) o *stents* solapados (SS) en el contexto de la angioplastia primaria. Objetivo: comparar los resultados entre el implante de SML (? 40 mm) o SS durante la angioplastia primaria.

Métodos: Se analizaron 167 angioplastias primarias de 159 pacientes consecutivos (edad media $64,2 \pm 12,3$ años) que precisaron implante de SML (63 lesiones) o SS (104 lesiones) entre marzo de 2014 y noviembre de 2018. Se analizaron las características del procedimiento y la tasa de presentación del objetivo combinado [muerte cardiovascular, infarto de miocardio no mortal (IAM), necesidad de revascularización de la lesión diana (TLR) o trombosis de *stent* (TS)] y los eventos de las variables independientes. El seguimiento mediano fue de 18,8 meses (11-28).

Resultados: El 81,4% de los pacientes eran varones. Un 27,6% eran diabéticos. El 21% de lesiones se trataron con *stents* convencionales, el 69,1% con *stents* farmacoactivos y el 9,3% con una combinación de ambos. El vaso tratado fue con mayor frecuencia la arteria coronaria derecha (52,7%), seguida por la descendente anterior (40,1%). El 18,6% eran bifurcaciones y la puntuación Syntax media $22,2 \pm 12,6$. El diámetro mínimo medio fue $3,2 \pm 2,4$ mm. El número medio de SS fue de $1,7 \pm 0,7$. El éxito angiográfico se alcanzó en el 98,8% de procedimientos. Los procedimientos con SS presentaron mayor duración del procedimiento (SS: $41 \pm 24,7$ frente a SML: $34,1 \pm 14,4$ min; $p = 0,05$), mayor número de *stents* (SS: $2,5 \pm 0,8$ frente a SML: $1,4 \pm 0,7$; $p = 0,01$) y mayor longitud total con *stent* (SS: $56,1 \pm 19,9$ frente a SML: $45,4 \pm 5,1$ mm; $p = 0,01$). La tasa de eventos adversos fue del 17,8%: muerte cardiaca: 13,9%, IAM: 1,9%, TLR: 3,8%, TS: 1,3%. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en la tasa de presentación del objetivo combinado (SS: 20 frente a SML: 14,5%; $p = 0,38$), muerte cardiaca (SS: 14,6 frente a SML: 12,9%; $p = 0,5$), IAM (SS: 3,2 frente a SML: 0%; $p = 0,28$), TLR (SS: 6,8 frente a SML: 0%; $p = 0,08$), ni TS (SS: 2,2 frente a SML: 0%; $p = 0,51$).

Conclusiones: Los nuevos diseños de SML permiten tratar lesiones de complejidad creciente en el contexto de la angioplastia primaria, simplificando el procedimiento y disminuyendo el número de *stents* implantados con resultados similares a los de obtenidos con SS.