



5011-14. INTERVENCIONISMO CORONARIO EN LESIONES CORONARIAS CALCIFICADAS: EXPERIENCIA CON TÉCNICAS COMPLEJAS DE MODIFICACIÓN DE PLACA

Lorena Martín Polo¹, Alfonso Jurado Román¹, Ariana González García¹, Harol Hernández Matamoros¹, Irene Marco Clement¹, Laura Rodríguez Sotelo¹, Carlos Merino Argos¹, Emilio Arbas Redondo¹, José María García de Veas Márquez¹, Guillermo Galeote García¹, Santiago Jiménez Valero¹, Ignacio Plaza Pérez², Rosa González Davia³, José Raúl Moreno Gómez¹ y José Luis López Sendón¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes (Madrid). ³Hospital Infanta Cristina, Parla (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: La calcificación coronaria es un factor de complejidad en la angioplastia y predictor de resultado subóptimo. Existen distintas técnicas complejas (TCO) de modificación de placa [aterectomía rotacional (AR), laser coronario (ELCA) y litotricia intracoronaria (LIC)] cuyo uso se basa en la disponibilidad del centro y experiencia del operador. Nuestro objetivo fue describir el uso de dichas TCO.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico, de una base de datos de angioplastias realizadas de enero de 2019 a mayo de 2020. Se realizó valoración angiográfica definiendo calcificación moderada a radiopacidades visibles durante el ciclo cardiaco en un lado del vaso, y grave a radiopacidades visibles antes de inyectar contraste a ambos lados del vaso. El éxito angiográfico se definió como la presencia de flujo final TIMI 3, lesión residual 20% y ausencia de complicaciones.

Resultados: De 863 angioplastias analizadas, 349 (40,4%) tenían lesiones con calcificación moderada o grave. De éstas, 250 lesiones (71,6%) se trataron con balones SC o NC, 2 (0,6%) con balón de corte, 27 (7,7%) AR, 24 (6,9%) ELCA, 7 (2%) LIC y 7 (2%) TCO combinadas [Rotatripsy (AR+LIC), RASER (ELCA+AR)]. Las características basales se reflejan en la tabla. Se observaron diferencias significativas en relación a un mayor uso de TCO si la calcificación era severa (TCO 92,3 vs no TCO 48,6%; $p = 0,0001$) y si se había realizado angioplastia previa (TCO 61,9 vs no TCO 40,6%; $p = 0,002$) predominando el uso de ELCA (12,4%; AR 8,5%; LIC 1,9%; $p = 0,034$). En cuanto al procedimiento, con las TCO en la mayoría fue diferido (Tco 44,3 vs no Tco 18,8%; $p = 0,0001$) se usó mayor French ($6,4 \pm 0,5$ vs $6,1 \pm 0,6$; $p = 0,001$) y la duración fue mayor (85 ± 32 min vs 64 ± 26 min). Hubo una tendencia a usar menos contraste (190 ± 60 cc vs 209 ± 74 cc) y no hubo diferencias en PDA ($128,6 \pm 65$ Gycm² vs $126,9 \pm 108$ Gycm²; $p = 0,9$). Las técnicas de imagen intracoronaria (45%) fueron más frecuentes en TCO (60 vs 28,9%; $p = 0,0001$) y la tasa de éxito angiográfico fue del 92,1% sin diferencias entre TCO o no (87,7 vs 93,1%; $p = 0,143$).

Características basales

Lesiones con calcificación moderada o grave (n = 349)

Edad, años (x ± DE)	71,2 ± 10,8
Varones, n (%)	270 (77,6)
Hipertensión arterial, n (%)	283 (81,1)
Diabetes mellitus, n (%)	156 (44,7)
Dislipemia, n (%)	246 (70,5)
Tabaquismo, n (%)	71 (20,3)
IMC, Kg/m ² (x ± DE)	21,5 ± 8,7
FEVI, % (x ± DE)	53,5 ± 12,5
Acceso femoral, n (%)	101 (29,3)
Vasos principales tratados (1/2/3), n (%)	248 (72,1)/73(21,2)/7 (2)

IMC: índice de masa corporal; FEVI: fracción de eyección ventricular izquierda.

Conclusiones: Las TCo de modificación de placa se usan más frecuentemente en calcificación severa, siendo procedimientos de mayor duración, con similar dosis de radiación y tendencia al uso de menos contraste en comparación con las técnicas no complejas. Además, las TCo van asociadas a mayor uso de imagen intracoronaria y éxito angiográfico similar.