Rev Esp Cardiol. 2021;74(Supl 1): 98

Revista Española de Cardiología

6005-3. DISPOSITIVOS DE MODIFICACIÓN DE PLACA EN OCLUSIONES CORONARIAS CRÓNICAS CALCIFICADAS: ESTUDIO PLACCTON

Ignacio J. Amat Santos[1], José R. Delgado-Arana[1], José Ramón Rumoroso Cuevas[2], Ander Regueiro Cueva[3], Javier Martín Moreiras[4], Gema Miñana Escrivà[5], Mohsen Mohandes Yusefian[6], Manuel Pan Álvarez-Osorio[7], Pablo Salinas Sanguino[8], Juan Caballero Borrego[9], José Antonio Fernández Díaz[10], Alfonso Jurado Román[11], Francisco Javier Lacunza Ruíz[12], Fernando Rivero[13] y Sandra Santos Martínez[1]

[1]Hospital Clínico Universitario de Valladolid. [2]Hospital de Galdakao, Bizkaia. [3]Hospital Clínic, Barcelona. [4]Hospital Clínico Universitario de Salamanca. [5]Hospital Clínico Universitario de Valencia. [6]Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona. [7]Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. [8]Hospital Clínico San Carlos, Madrid. [9]Hospital Clínico San Cecilio, Granada. [10]Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid. [11]Hospital Universitario La Paz, Madrid. [12]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. [13]Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La calcificación grave está presente en más del 50% de las oclusiones coronarias totales crónicas (OCT) sometidas a intervencionismo. Nuestro objetivo fue describir el manejo contemporáneo de los dispositivos de modificación de placa (DMP) en este contexto.

Métodos: Pacientes incluidos prospectivamente en el registro ibérico de OCT (32 centros en España y Portugal) entre 2015 y 2020. Se compararon en función del uso o no de DMP una vez logrado el cruce exitoso con la guía. Los DMP fueron: aterectomía rotacional, litotricia, láser, balones de corte y balones de alta presión (OPN).

Resultados: De un total de 2.235 pacientes, se logró cruzar la OCT en 1.900 pacientes y se utilizaron DMP en el 7% de ellos (134 pacientes), necesitando más de un DMP en el 1%. Los DMP seleccionados fueron: aterectomía rotacional (35,1%), litotricia (5,2%), láser (11,2%), balones de corte (27,6%), balones OPN (2,9%), o combinación de varios DMP (18%). Se utilizaron DMP en pacientes más ancianos, con más factores de riesgo cardiovascular, mayor Syntax y J scores. Esta mayor complejidad se asoció a procedimientos más largos pero con una longitud total de *stent* similar (52 vs 57 mm, p = 0,105). Cuando la guía cruzó la OCT la tasa de éxito global alcanzó el 87,2%, pero este se incrementó al 96,3% cuando se utilizaron DMP (p = 0,001). Por el contrario, los DMP no se asociaron a mayor tasa de complicaciones (3,7 vs 3,25, p = 0,615). Pese al peor perfil basal de los pacientes que precisaron DMP, a los dos años de seguimiento no hubo diferencias en la tasa de supervivencia (DMP: 94,3 vs no-DMP: 94,3%, p = 0,967).

Conclusiones: Tras el cruce exitoso de guía en pacientes con oclusiones coronarias totales crónicas, se utilizaron dispositivos de modificación de placa en el 7% de ellos, incrementando la tasa de éxito final significativamente. A medio plazo, los resultados clínicos fueron comparables con aquellos que no precisaron modificación de placa, lo que sugiere que un uso más amplio de estos dispositivos en este contexto podría aportar ventajas técnicas y pronósticas.