Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 555

Revista Española de Cardiología

8. ESTUDIO COMPARATIVO DE VARIABLES CLÍNICAS, ANGIOGRÁFICAS Y DE PROCEDIMIENTO ENTRE DESOCLUSIONES CORONARIAS POR ACCESO RADIAL Y FEMORAL. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 534 OCLUSIONES

Mónica Gomis Sánchez[1], Asier Subinas Elorriaga[2], José Ramón Rumoroso Cuevas[2], Mario Sádaba Sagredo[2], Alaitz Romero Pereiro[2], Germán Zugazabeitia Irazabal[2], Asier Aranguren Aurrecoechea[2], Alazne Urkullu Naveda[2], Idoia Bravo Martínez[2], Garazi Oria González[2], Olga Quintana Raczka[2], Ángela Cacicedo Fernández de Bobadilla[2], Jesús Florido Pereña[2], Amaia Larunbe Kareaga[2] y Alberto Salcedo Arruti[2]

[1]Hospital Galdakao-Usansolo, Galdakao Vizcaya, España y [2]Cardiología. Hospital Galdakao-Usansolo, Galdakao Vizcaya, España.

Resumen

Introducción y objetivos: En los últimos tiempos se invoca cada vez con más frecuencia el uso del acceso radial para el tratamiento de la oclusión total coronaria crónica (OCT), aduciendo elevadas tasas de éxito mediante este acceso. Existen pocos datos comparativos entre las OCT que se abordan de forma radial y femoral.

Métodos: Realizamos un análisis con nuestra serie de 534 OCT (513 pacientes) entre los años 2002-2022. Desde el 2007 el acceso retrógrado se ha utilizado en 123 casos. El objetivo fue comparar variables clínicas, angiográficas y de procedimiento entre desoclusiones realizadas por acceso femoral y radial. Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS 20.0.

Resultados: El acceso femoral se utilizó en el 65% de los casos y el radial en el 35%. Tasa de éxito en OCT por acceso femoral del 82,9% y por radial del 81,2%. El acceso femoral fue más frecuente en pacientes sometidos a cirugía cardiaca previa (88,93 vs 63%; p = 0,003) e intervencionismo coronario previo (73 vs 56%; p = 0,001). El abordaje retrógrado fue realizado en su mayoría por acceso femoral (93 vs 7%; p = 0,001). Las variables angiográficas mostraron una mayor complejidad de las lesiones en las OCT con acceso femoral, representado por un J score > 3 (77 vs 56%; p 0,0001). Las OCT realizadas sobre la arteria CD presentaron tasas significativamente elevadas de acceso femoral (74 vs 56%; p = 0,0001), en tanto que las OCTs de arteria circunfleja mostraron tasas significativamente superiores de acceso radial (55 vs 30%; p = 0,0001). La cantidad de contraste (360 vs 322 ml; p = 0,003) y la duración del procedimiento (117 vs 93 min, p = 0,0001) fueron significativamente superiores en el acceso femoral. A excepción del hematoma femoral no hubo diferencias significativas en las complicaciones. En el análisis multivariable, las variables más intensamente relacionadas con la realización de un abordaje femoral para una desoclusión fueron las oclusiones > 20 mm (OR 1,65, IC95% 1,04-2,62; p = 0,034), los pacientes previamente sometidos a ICP (OR 1,86, IC95% 1,18-2,92; p = 0,007) y el abordaje retrógrado (OR 4,94, IC95% 2,32-10,53; p = 0,0001).

Conclusiones: Existen diferencias clínicas, angiográficas y de procedimiento entre OCT abordadas por vía radial y femoral. El abordaje femoral de una oclusión se relacionó con la presencia de variables anatómicas más complejas, así como con la planificación de un abordaje retrógrado.