

5009-4. UTILIDAD DEL USO DE LA ESTRATEGIA DE CORREGISTRO CON IFR EN LESIONES CORONARIAS LARGAS, EN TÁNDEM O DIFUSAS. RESULTADOS DEL ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO ILARDI

Ignacio Gallo Fernández, Francisco José Hidalgo Lesmes, Rafael González Manzanares, Javier Suárez de Lezo Herreros de Tejada, Soledad Ojeda Pineda y Manuel Pan Álvarez-Ossorio

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con lesiones coronarias secuenciales y difusas sometidos a una intervención coronaria percutánea siguen teniendo un alto riesgo de sufrir eventos cardiovasculares en el seguimiento a pesar de la mejora en la seguridad y eficacia de los nuevos *stents* liberadores de fármacos y las técnicas coadyuvantes. El objetivo del estudio fue analizar la utilidad de una estrategia de revascularización guiada mediante SyncVision/iFR (S-iFR) respecto a una estrategia guiada mediante angiografía en pacientes con este tipo de lesiones.

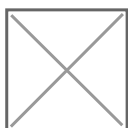
Métodos: Ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico, controlado y abierto que compara una estrategia de revascularización guiada mediante SyncVision/iFR respecto a una estrategia guiada por angiografía en pacientes con lesiones angiográficamente significativas secuenciales o difusas. El objetivo primario fue la reducción de la longitud media del *stent* implantado. El objetivo secundario principal fue el fallo del vaso diana (TVF) al año de seguimiento.

Resultados: Se aleatorizaron un total de 100 pacientes, 49 pacientes se asignaron al grupo de revascularización guiada mediante S-iFR y 51 al grupo guiado mediante angiografía. No se encontraron diferencias significativas en las variables clínicas ni anatómicas. El valor del iFR basal fue de $0,67 \pm 0,19$, en el grupo guiado mediante S-iFR vs $0,71 \pm 0,16$, en el grupo guiado mediante angiografía ($p = 0,279$). La longitud media de la lesión fue $42,3 \pm 12$ mm vs $39,8 \pm 12$ mm, $p = 0,297$, respectivamente. La longitud media del *stent* fue significativamente menor en el grupo intervención ($32,7 \pm 17$ mm vs $43,1 \pm 15$, $p = 0,002$) con una diferencia de medias $-10,4$ mm (Intervalo de confianza [IC] del 95%, $-16,9/-4,0$; $p = 0,002$). Al año, se produjeron 4 TVF: 3 (6,1%) en el grupo guiado mediante S-iFR frente a 1 (1,9%) en el grupo guiado mediante angiografía ($p = 0,319$).

Eventos clínicos al año de seguimiento				
	S-iFR (n = 49)	Angiografía (n = 51)	Hazard ratio o diferencias de riesgos*	p

TVF	3 (6,1)	1 (1,9)	3,16 (0,33, 30,37)	0,319
Muerte cardiovascular	0 (0)	1 (1,9)	-1,9 (-5,9, 1,9)	0,322
Infarto de miocardio	2 (4,1)	0 (0)	4,1 (-1,7, 9,8)	0,159
Trombosis del stent	0 (0)	0 (0)	-	-
TVR	2 (4,1)	0 (0)	4,1 (-1,7, 9,8)	0,159
TLR	2 (4,1)	0 (0)	4,1 (-1,7, 9,8)	0,159
Accidente cerebrovascular	1 (2,0)	1 (1,9)	0,0 (-5,5, 5,7)	0,977

S-iFR: revascularización guiada mediante Synvicsion/iFR; TVF: fallo de vaso diana; TVR: revascularización de vaso diana; TLR: revascularización de lesión diana; **Hazard ratio* para TVF, diferencias de riesgos para el resto de eventos.



Objetivo primario.

Conclusiones: En pacientes con lesiones coronarias secuenciales, largas o difusas, una estrategia de revascularización guiada mediante s-iFR demostró una reducción de la longitud global del *stent* implantado respecto una estrategia guiada mediante angiografía.