



4029-4. FACTIBILIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON LA LITOTRIPSIA INTRAVASCULAR EN LAS ESTENOSIS GRAVEMENTE CALCIFICADAS DEL TRONCO CORONARIO IZQUIERDO

Carlos Hernando Salazar Triviño¹, M. Nieves Gonzalo López¹, Adem Aksoy², Rosa Alba Abellas Sequeiros³, María Natalia Tovar Forero⁴, Florian Blachutzik⁵, Gabriela Tirado-Conte¹, Montorfano Matteo⁶, Holger Nef⁵, Carlos González Juanatey³, Nicolás Van Mieghem⁴, Azeem Latib⁶, Raymundo Ocaranza Sánchez³, Nikos Werner² y Javier Escaned Barbosa¹, del ¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ²University Hospital Bonn, (Alemania), ³Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, ⁴Erasmus MC thoraxcentrum, Rotterdam (Países Bajos), ⁵Justus-Liebig University, Giessen Hessen (Alemania) y ⁶San Raffaele Hospital, Milán (Italia).

Resumen

Introducción y objetivos: Evaluar la factibilidad y seguridad del tratamiento de la litotripsia intravascular (LIV) en las estenosis gravemente calcificadas del tronco coronario izquierdo.

Métodos: Durante el 2018 se seleccionaron 24 pacientes con estenosis grave del TCI, donde se trataron con LIV en 6 centros.

Resultados: La mediana de edad fue 75 años. Los pacientes tienen un perfil de alto riesgo: IAM previo 37%, CABG previa: 25%, ICP previa 37%, EAP 37%, ERC 25%, y baja FEVI (40%) en el 17% de los casos. En 16 casos (67%) la presentación clínica fue de SCASEST. En 22 casos (92%) la bifurcación del TCI se vio comprometida (Medina 1.1.1: 54%). El TCI no protegido en 19 casos (79,2%). Soporte mecánico durante la ICP: 17%. Acceso radial en 14 casos (58,3%). La LIV se realizó con inflados a 4 ATM. La entrega de la energía durante la LIV (mediana: 77 pulsos, RIQ 45-80) se distribuyó en inflados de corta duración para evitar la isquemia profunda. La hipotensión arterial asociada al ICP ocurrió en 2 casos (8%). No se presentaron eventos arrítmicos o *no-reflow*. En el análisis por QCA la gravedad de la estenosis inicial fue del 60% (RIQ 54-81%) y DLM de 1,25 mm (RIQ 0,91-1,64 mm); en 23 pacientes la gravedad de la estenosis mejoró de un 71% (RIQ 55-82%) y DLM 1,16 mm (RIQ 0,9-1,57 mm) al 27% (RIQ 17-42%) y DLM 2,48 mm (RIQ 2,09-3,67 mm) antes del *stent*. El grado de la modificación de la estenosis por la LIV fue exitoso. En el 54% no requirió previa predilatación antes del *stent*, en el 46% se realizó con balones NC. La bifurcación fue tratada de manera exitosa con técnica de *stent* condicional en 14 casos (58%), técnica de 2 *stents* en 8 casos (33%) y un caso se trató con balón liberador de fármaco (restenosis *intrastent*). Imagen intracoronaria fue utilizada para guiar la ICP en 79% de los casos. La tasa de éxito fue del 96%. La falla ocurrió en un caso (4%) correspondiendo a la restenosis *intrastent* calcificada. No hubo muertos, reintervenciones o casos de trombosis del *stent*.

Conclusiones: En este primer registro, el uso de la LIV para tratar la calcificación grave del TCI fue asociada con buenos desenlaces del procedimiento. Investigaciones adicionales confirmarán la superioridad potencial de esta técnica de modificación de placa en el TCI calcificado.