



Revista Española de Cardiología



4004-4. DISPOSITIVOS CORONARIOS BIOABSORBIBLES SOLAPADOS: RESULTADOS INMEDIATOS Y A 30 DÍAS DEL REGISTRO REPARA

Felipe Hernández Hernández¹, Joan Antoni Gómez Hospital², Javier Zueco Gil³, Andrés Iñiguez Romo⁴, Cristóbal Urbano Carrillo⁵, Ramiro Trillo Nouche⁶, Amparo Benedicto Buendía⁷ y Armando Pérez de Prado⁸ del ¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, ²Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), ³Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), ⁴Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, ⁵Hospital Regional de Málaga, ⁶Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela (A Coruña), ⁷Hospital Universitario de La Princesa, Madrid y ⁸Hospital Universitario de León.

Resumen

Introducción y objetivos: El solapamiento (SLP) de dispositivos coronarios bioabsorbibles en la práctica clínica habitual es motivo de controversia y hay poca información sobre sus resultados.

Métodos: REPARA es un registro prospectivo y multicéntrico, diseñado para evaluar la eficacia y seguridad del dispositivo bioabsorbible Absorb en la práctica clínica habitual. El objetivo primario es un combinado de eventos cardíacos mayores (muerte, infarto, nueva revascularización y trombosis del dispositivo) a 12 meses. Se describen los resultados inmediatos y a 30 días en lesiones con SLP de dispositivos.

Resultados: Se incluyeron 2.448 pacientes en REPARA, en los que se trataron 3.370 lesiones. De ellas, 641 (19%) recibieron dispositivos solapados. La edad media de los pacientes no fue diferente en ambos grupos ($57,1 \pm 10$ años), pero el grupo de SLP tenía tasas más altas de infarto previo (18,5 frente a 12,4%, $p = 0,001$) y de revascularización previa (21,9 frente a 13,6%, $p = 0,001$). El número de vasos enfermos fue mayor en el grupo de SLP ($2,1 \pm 0,8$ frente a $1,4 \pm 0,7$, $p = 0,001$) así como el número de lesiones tratadas por paciente ($1,6 \pm 1,0$ frente a $1,4 \pm 0,9$, $p = 0,001$). Hubo más SLP en la DA (57,4 frente a 48,4%, $p = 0,001$) y menos en la Cx (15,9 frente a 21,6%, $p = 0,002$), sin diferencias en la CD. La predilatación fue significativamente mayor en el grupo de SLP (89,3 frente a 77%, $p = 0,001$), así como la longitud de la lesión ($29 \pm 15,6$ mm frente a $16,5 \pm 6,4$ mm, $p = 0,001$). Se implantaron $2,1 \pm 0,8$ dispositivos en el grupo de SLP, con una longitud media de $43,9 \pm 19,8$ mm y se realizó posdilatación con más frecuencia (53,7 frente a 41,6%, $p = 0,001$). Las lesiones con SLP implicaron más bifurcaciones (17 frente a 11,9%, $p = 0,002$), eran más tortuosas (22,2 frente a 7,7%, $p = 0,001$) y más calcificadas (16,1 frente a 7,2%, $p = 0,001$). El uso de imagen intravascular fue también más frecuente en el grupo de SLP (18,3 frente a 10,5%, $p = 0,001$). El éxito del procedimiento fue similar en ambos grupos (98,7 frente a 98,9%, $p = \text{ns}$), pero a los 30 días hubo diferencias significativas en las tasas de infarto (3,2 frente a 1,1%, $p = 0,002$), nueva revascularización (1,9 frente a 0,6%, $p = 0,011$), muerte cardíaca (1 frente a 0,1%, $p = 0,018$) y trombosis del dispositivo (2,4 frente a 0,6%, $p = 0,002$).

Conclusiones: En este registro prospectivo con dispositivos coronarios bioabsorbibles, el SLP se realizó en lesiones más complejas pero se relaciona con una significativa mayor incidencia de eventos cardíacos mayores precoces.