



6004-212. TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE TRAS INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA CON *STENT* GUIADO POR EVALUACIÓN GENÉTICA: APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Jesús Gabriel Sánchez Ramos¹, Cristina Dávila Fajardo¹, Pablo Toledo Frías¹, Susana Martínez Huertas¹, Francisco Burillo Gómez², Juan Caballero Borrego¹, José Cabeza Barrera¹ y Concepción Correa Vilches¹ del ¹Hospital Clínico San Cecilio, Granada y ²Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción: El estudio genético de los polimorfismos CYP2C19 y ABCB1 permite discriminar el tratamiento antiagregante más adecuado (clopidogrel vs prasugrel/ticagrelor) tras una intervención coronaria percutánea con *stent* (ICPs) aunque su impacto en el pronóstico es desconocido. Describimos nuestros resultados iniciales del tratamiento guiado por farmacogenética.

Métodos: Se incluyeron pacientes con cardiopatía isquémica aguda o crónica, sometido a ICPs entre abril 2012 y mayo 2013. La obtención del ADN se realizó con muestras de mucosa bucal con procesamiento mediante tecnología Taqman[®] dos días a la semana. En función del genotipado "resistente" (CYP2C19*2 1/2 o 2/2 o ABCB13534 TT) o "sensible" al clopidogrel (CYP2C19*2 1/1 o ABCB13534 CC o CT), se determinó el tratamiento antiagregante. Se analizaron los eventos y hemorragias en el primer año.

Resultados: Se incluyeron 228 pacientes, la mayoría (85%) con síndrome coronario agudo (SCA). Las características basales se exponen en la tabla. El retraso entre el implante de *stent* y el diagnóstico genético fue de 2,6 días de media. La distribución por genotipos se expone en la figura adjunta. El 58% de pacientes (133) era sensible a clopidogrel y el 42% (95) resistente, recibiendo tratamiento con prasugrel (91) y ticagrelor (4). En un seguimiento medio de 6 meses (sólo el 9% ha completado un año), hubo 12 eventos cardiovasculares (5,3%): 2 muertes de causa cardiovascular, 8 Infartos no fatales y 2 ictus. La distribución por grupos: SCA 5,5%, sin SCA 5,7%, clopidogrel sensible 6%, clopidogrel resistente 4,2%. Hubo 20 reingresos por dolor torácico: 8 infarto, 6 angina inestable y 4 dolor torácico atípico. Se repitió el cateterismo en 17 pacientes, con 10 revascularizaciones urgentes (4,4%): 6 nuevas lesiones, 3 reestenosis y 3 trombosis de *stent*. En cuanto a las hemorragias, no hubo hemorragias mayores y sí 3 hemorragias menores en el grupo resistente a clopidogrel.

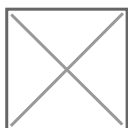


Figura. Distribución del genotipado y tratamiento.

Características basales

n = 228 pacientes

Edad	64,2 años (2.887)
Sexo(H/M)	179/49 (78,5%/21,5%)
Factores de riesgo:	
Diabetes	82 (36%)
HTA	144 (63%)
Fumador	79 (34%)
Hipercolesterolemia	138 (60%)
Cardiopatía isquémica previa	70 (30%)
Síndrome coronario agudo:	193
IAMEST (o BRI)	91 (47%)
IAMSEST	63 (32,6%)
Angina inestable	39 (20%)
Otros (A estable/ICC/ <i>shock</i>)	35 (15%)
FEVI(%)	54,90%
Enfermedad coronaria: 1/2/3vasos/tronco (%)	45/34/17/4%
Revascularización: 1/2/3 vasos/tronco (%)	67/26/3/4%

Conclusiones: La elección del tratamiento antiagregante tras ICPs guiado por genotipado, es posible realizar en la práctica clínica diaria, hasta un 42% de pacientes son “no respondedores” al clopidogrel y se benefician de tratamientos alternativos y en un seguimiento a medio plazo la tasa de eventos y hemorragias son pocos diferentes entre los grupos.