



Revista Española de Cardiología



6035-434. EXPERIENCIA CLÍNICA A MUY LARGO PLAZO DEL INTERVENCIONISMO PERCUTÁNEO EN TRONCO COMÚN IZQUIERDO Y ANATOMÍA CORONARIA COMPLEJA

Ignacio Sánchez Pérez¹, Jesús Piqueras Flores¹, Alfonso Jurado Román¹, María Thiscal López Lluva¹, Natalia Pinilla Echeverri², Ramón Maseda Uriza¹, Manuel Marina Breysse³ y Fernando Lozano Ruiz Poveda¹ del ¹Hospital General de Ciudad Real, ²Mc Master University Medical Centre, Hamilton (Canadá), y ³Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías de revascularización de la ESC desaconsejan el intervencionismo percutáneo (ICP) de lesiones de tronco común izquierdo (TCI) anatómicamente complejas (puntuación Syntax ? 32). Sin embargo, el ICP puede ser de elección en pacientes con alto riesgo quirúrgico. Objetivo: evaluar eficacia y seguridad del ICP sobre lesiones de TCI con gran complejidad anatómica a muy largo plazo.

Métodos: Incluimos prospectivamente 136 pacientes (71,9 años, 75,7% varones) con lesiones complejas en TCI (puntuación Syntax ? 32) sometidos a ICP entre junio de 2006 a abril de 2016. Evaluamos eventos cardíacos mayores: muerte cardiovascular, infarto no mortal, revascularización de lesión tratada (RLT) y trombosis tras seguimiento clínico a 10 años (mediana 40,8 meses).

Resultados: La presentación clínica fue como síndrome coronario agudo en el 55,9% de los pacientes (42,7% sin elevación de ST y 13,2% con elevación de ST). El 44,9% eran diabéticos y el 46,5% presentaban disfunción sistólica moderada-grave. El EuroSCORE medio fue del 8,02% y la mediana de puntuación Syntax fue 48,7. La técnica más empleada fue *provisional stenting* en el 61,9%, y en el 73,3% se empleó *stent* de zotarolimus. En el seguimiento, se realizó control angiográfico en el 25% de los pacientes con un caso de ictus post-ICP. La tasa de MACE a 10 años fue del 16,9% (muerte cardiovascular 11,8%, infarto no mortal 0,9%, RLT 6,7% y trombosis 0%). Los predictores de MACE fueron la insuficiencia renal, la presentación Killip 3-4, el empleo de *stents* farmacocativos (SFA) de primera generación, la técnica de 2 *stents* en TCI bifurcado, no realizar *kissing balloon* final y la disfunción de ventrículo izquierdo. Por otro lado, la tasa de RLT fue significativamente mayor en pacientes a los que se les había realizado ICP con técnica de 2 *stents* y en los que se utilizó SFA de primera generación.

Conclusiones: El tratamiento percutáneo de lesiones de TCI de alta complejidad anatómica (puntuación Syntax ? 32) en pacientes con alto riesgo quirúrgico presenta bajo porcentaje de complicaciones y eventos cardíacos mayores a muy largo plazo.