



6027-258. ENFERMEDAD CORONARIA DIFUSA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: ¿CUÁL ES LA MEJOR OPCIÓN EN SU TRATAMIENTO PERCUTÁNEO?

Martín Negreira Caamaño¹, Alfonso Jurado Román², José Abellán Huerta³, Ignacio Sánchez Pérez³, Fernando Lozano Ruiz-Poveda³, María Thiscal López Lluva³, Pedro Pérez Díaz¹, Raquel Frías García¹, Manuel Muñoz García¹ y Juan Antonio Requena Ibáñez⁴

¹Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real. ²Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista, Hospital Universitario La Paz, Madrid. ³Unidad de Hemodinámica, Hospital General Universitario de Ciudad Real. ⁴Mount Sinai Medical Center, Nueva York (EEUU).

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) a menudo presentan lesiones difusas en el árbol coronario. En este contexto, el intervencionismo coronario percutáneo suele requerir el implante de un stent muy largo (SML) o bien por el solapamiento de stents (SS). Sin embargo, ambas opciones constituyen predictores de peores eventos en el ICP. Objetivo: Analizar el implante de SML (? 40 mm) versus el uso de SS en un cohorte de pacientes con ERC.

Métodos: Se analizaron 107 ICP consecutivas en 95 pacientes con ERC (73,3% varones, 73,7 ± 9,8 años y creatinina media 2,3 ± 1,7) tratadas con implante de SML (32 lesiones) o > 1 SS (75 lesiones) entre Mayo de 2014 y Septiembre de 2018. Se realizó un análisis de supervivencia para analizar el tiempo hasta el evento combinado [MACE: muerte cardiaca (MC), infarto de miocardio relacionado (IAM), necesidad de revascularización de la lesión (TLR) y trombosis de stent (TS)], así como las variables independientes del mismo.

Resultados: Un 12,1% de lesiones eran oclusiones crónicas totales. En un 90,6% de ICP se emplearon stents farmacoactivos. El 68,2% de procedimientos se realizaron por vía femoral. El SYNTAX-score medio fue 27,2 ± 15,1 y el EUROSCORE medio 8,1 ± 11,3. Los procedimientos con SS requirieron mayor número total de stents (1,7 ± 0,9 vs 2,9 ± 0,9; p = 0,03). Además, su uso se asoció a requerimientos mayores de contraste (310,7 ± 120 vs 236,6 ± 84; p 0,01), mayor tiempo de fluoroscopia (22,3 ± 13 vs 15,4 ± 7 min; p 0,01) y mayor duración del procedimiento (52,7 ± 29 vs 35,6 ± 15 min; p 0,01). La longitud total con stent fue menos cuando se implantó una SML (47,7 ± 5,9 vs 60,7 ± 20,8 mm; p 0,01). Tras un seguimiento medio de 26,9 ± 14,2 meses, no se detectaron diferencias en el modelo de Kaplan-Meier en cuanto a la incidencia de MACE (11,8 vs 12,5%; p log Rank = 0,81). La incidencia del evento combinado al final del seguimiento fue del 11,3% (MC: 6,6%; IAM: 2,8%; TLR: 2,8%; TS: 0,9%). En el análisis de supervivencia, no se encontraron diferencias significativas en ninguno de los eventos adversos entre ambos grupos de intervención.

Conclusiones: En pacientes con ERC, el implante de SML en el tratamiento de lesiones coronarias difusas presenta unos resultados similares al de SS, si bien se asocia con unas características relacionadas con el procedimiento más favorables.