



5001-3. SEGURIDAD Y EFICACIA DE IMPLANTE DE ARMazón VASCULAR BIOABSORBIBLE EN LESIONES CULPABLES DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Afonso Barroso Freitas-Ferraz, Pablo Salinas Sanguino, Gabriela Tirado Conte, Luis Nombela-Franco, Iván Núñez-Gil, M. Nieves Gonzalo López, Pilar Jiménez Quevedo y Antonio Fernández Ortiz del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El implante del armazón vascular bioabsorbible (AVB) en el contexto de un síndrome coronario agudo (SCA) o cardiopatía isquémica estable (CIE) ha demostrado ser seguro y eficaz. Sin embargo, existe limitada información comparando la seguridad y eficacia del AVB según se implante sobre una lesión culpable o no culpable de SCA. El objetivo fue comparar los resultados clínicos de implantar un *stent* AVB en una lesión considerada culpable de SCA respecto a una lesión no culpable.

Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva 199 pacientes consecutivos con implante de al menos 1 AVB entre 2011 y 2016. Se excluyó 1 por fallo del implante, 15 por tener ? 2 lesiones tratadas con AVB y *stent* metálico sin poder determinar la culpable y 4 por haberse tratado la lesión culpable y no culpable con AVB. Los 179 pacientes se dividieron en: grupo I (n = 125), AVB en lesión culpable, y grupo II (n = 54), AVB en lesión no culpable (CIE o SCA en el que el AVB se implanta en lesión no culpable).

Resultados: Las características basales se muestran en la tabla. Los pacientes del grupo II eran mayores (66 frente a 59 años), más frecuentemente varones (89 frente a 72%), tenían más comorbilidades, mayor incidencia de enfermedad multivaso y lesiones calcificadas (tabla). Además observamos una mayor frecuencia de predilatación en el grupo II así como un mayor número total de *stents* y de AVB implantados por paciente y mayor longitud de AVB. Durante el seguimiento se registró una incidencia acumulada de eventos cardíacos mayores (MACE: muerte, IM no fatal y revascularización de vaso diana) a los 2 años de 14% en el grupo I y 12% en el grupo II (fig.). La incidencia acumulada de eventos asociados al dispositivo (DOCE: muerte cardíaca, IM de lesión diana y revascularización de lesión diana) a los 2 años fue de 6% en el grupo I frente a 9% en el grupo II (fig.). Tampoco se encontraron diferencias significativas en las distintas variables que componen el MACE y DOCE ni en función del tipo de presentación clínica (SCA frente a CIE: MACE 15 frente a 10%; DOCE 6 frente a 10%). En una regresión de Cox ajustada por características basales el AVB en lesión culpable no fue predictor de MACE (HR = 2,3, IC95%: 0,7-7,6).



Incidencia acumulada de MACE y DOCE a 2 años.

Características basales y del procedimiento en pacientes con implante de AVB			
	AVB en lesión culpable (n = 125)	AVB en lesión estable (n = 54)	p
Edad	59,2 ($\pm$ 1,2)	65,9 ($\pm$ 1,4)	0,001
Varones	90 (72,0%)	48 (88,9%)	0,014
Hipertensión arterial	64 (51,6%)	33 (61,1%)	0,242
Diabetes mellitus	32 (25,6%)	12 (22,2%)	0,630
Dislipemia	70 (56,0%)	41 (75,9%)	0,012
Tabaquismo	87 (69,6%)	33 (61,1%)	0,267
ACTP previa	17 (13,6%)	24 (44,4%)	0,001
Presentación clínica SCA	125 (100%)	17 (31,5%)	0,001
Enfermedad multivaso	4 (3,2%)	13 (24,1%)	0,001
Fracción de eyección VI	57,6 ($\pm$ 1,7)	57,1 ($\pm$ 1,6)	0,823
Lesión calcificada	31(24,8%)	23 (42,6%)	0,017
Predilatación	92 (74,2%)	51 (96,2%)	0,001
Número de <i>stents</i> total	1,2 ($\pm$ 0,1)	2,0 ($\pm$ 0,2)	0,001
Número de AVB total	1,1 ($\pm$ 0,02)	1,3 ($\pm$ 0,08)	0,001
Diámetro del AVB	3,20 ($\pm$ 0,03)	3,09 ($\pm$ 0,04)	0,036
Longitud del AVB	18,3 ($\pm$ 0,5)	20,4 ($\pm$ 0,8)	0,013
Posdilatación	48 (38,7%)	20 (37,0%)	0,833

? 2 AVB solapados	10 (8,0%)	11 (20,4%)	0,018
AVB solapado a <i>stent</i> metálico	2 (1,6%)	3 (5,6%)	0,140
Valores expresados como n (%) o media ($\pm$ DE).			

Conclusiones: La incidencia acumulada de MACE y DOCE fue similar en ambos grupos, lo que apoya la seguridad y eficacia del implante de AVB en la revascularización tanto de lesiones culpables de SCA como de lesiones no culpables.