



6034-462. COMPARACIÓN DEL IMPLANTE *STENTS* MUY LARGOS Y *STENTS* SOLAPADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CORONARIA DIFUSA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Alfonso Jurado Román, José Abellán Huerta, Juan Antonio Requena Ibáñez, Ignacio Sánchez Pérez, María Thiscal López Lluva, Ramón Maseda Uriza, Jesús Piqueras Flores, Pedro Pérez Díaz, Raquel Frías García y Fernando Lozano Ruiz Poveda, del Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Resumen

Introducción y objetivos: Tanto la longitud del *stent* como su solapamiento se han considerado predictores de eventos adversos en el tratamiento percutáneo de la enfermedad coronaria difusa. Sin embargo no existen datos comparativos del uso de *stents* muy largos (SML) o solapados (SS) en este escenario. Objetivo: comparar los resultados del implante de SML o SS en la práctica clínica real.

Métodos: Se analizaron 643 lesiones en 628 pacientes consecutivos (78% varones, 67 ± 12 años) tratadas con SML (? 40 mm) (251 lesiones) o SS (392 lesiones). Se analizó la presentación del evento combinado [muerte cardiaca, infarto de miocardio (IAM), necesidad de revascularización de la lesión diana (TLR) o trombosis de *stent* (TS)] y los eventos independientes del mismo tras un seguimiento mediano de 20 meses (7-46).

Resultados: El 41% presentaban cardiopatía isquémica estable y el 59% síndromes coronarios agudos. Un 41% eran diabéticos. El 13% de las lesiones se trataron con *stents* convencionales, el 69% con *stents* farmacoactivos y el 18% con una combinación de ambos. El vaso tratado fue: tronco coronario izquierdo: 2,2%, descendente anterior: 41,8%, circunfleja: 16,3%, coronaria derecha: 39,5%. La longitud total de *stent* fue 54 ± 18 mm y el diámetro mínimo $2,9 \pm 1,2$ mm. El número de SS fue $1,75 \pm 0,7$. El éxito angiográfico fue del 99%. La tasa de eventos adversos fue 9,3% [muerte cardiaca: 5,4%, IAM: 2,5%, TLR: 3,7%, TS: 0,8%]. Los procedimientos con SS usaron más contraste (309 ± 115 frente a 273 ± 127 ml; $p = 0,002$), tuvieron una mayor duración (47 ± 22 frente a 39 ± 18 min; $p = 0,0001$) y mayor tiempo de escopia (20 ± 13 frente a 16 ± 9 min; $p = 0,0001$). Además en el grupo de SML se usó un menor número de *stents* ($1,9 \pm 1,1$ frente a $2,7 \pm 0,9$; $p = 0,0001$). No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en la presentación del evento combinado (SS: 9,7 frente a SML: 6,2%; $p = 0,15$), muerte cardiaca (SS: 5,6 frente a SML: 3,9%; $p = 0,167$), IAM (SS: 2,2 frente a SML: 1,3%; $p = 0,46$) ni TS (SS: 0,9 frente a SML: 0,4%; $p = 0,49$), si bien sí se encontraron diferencias en la tasa de TLR (SS: 4,7 frente a SML: 0,9%; $p = 0,01$). Tras ajustar las variables repartidas desigualmente entre ambos grupos, no se encontraron diferencias significativas en la tasa de eventos adversos.

Conclusiones: Los nuevos diseños de SML permiten tratar lesiones cada vez más complejas, simplificar los procedimientos y disminuir el número de *stents* implantados con resultados muy favorables similares a los obtenidos con el solapamiento de *stents*.