



## 5010-8. TRATAMIENTO COADYUVANTE DURANTE LA ICP PRIMARIA EN SCACEST ANTERIOR: EFECTO DE LA FIBRINOLISIS INTRACORONARIA FRENTE A LA INHIBICIÓN GP IIB/IIIA SOBRE LA FUNCIÓN VENTRICULAR

Sara Blasco Turrión<sup>1</sup>, Pablo José González Pérez<sup>1</sup>, Francisco José Morales Ponce<sup>1</sup>, Juan Antonio Sánchez Brotóns<sup>1</sup>, Francisco Javier Lozano Cid<sup>1</sup>, Pedro Martínez Romero<sup>1</sup>, Isabel Díaz Torres<sup>1</sup>, Carmen Collado Moreno<sup>1</sup>, Iván Lobo Torres<sup>1</sup>, Juan Carlos Rodríguez Yáñez<sup>1</sup> y Pilar Caro Mateo<sup>2</sup>, del <sup>1</sup>Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz y <sup>2</sup>Centro Diagnóstico Imagen DADISA, Cádiz.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La ICP primaria es la estrategia de reperfusión preferida en pacientes con SCACEST, pero persiste controversia acerca del tratamiento antitrombótico adjunto a emplear y su vía de administración. Nuestro objetivo fue comparar los efectos de la administración intracoronaria del fibrinolítico tenecteplasa (TNK) frente a la del inhibidor de la glucoproteína IIb/IIIa abciximab (ABC) sobre el tamaño del infarto y la función ventricular en pacientes con SCACEST anterior sometidos a ICP primaria.

**Métodos:** Ensayo clínico piloto aleatorizado en fase III, monocéntrico, prospectivo, independiente, subvencionado por beca de la Dirección General de Farmacia. Se aleatorizó a 76 pacientes con SCACEST de localización anterior a recibir o bien una infusión intracoronaria de una dosis reducida de TNK (1/5 parte de la dosis sistémica iv, administrada i.c. tras cruzar oclusión con guía) o bien de ABC a dosis habituales (0,25 mg/kg i.c. seguida de infusión i.v. durante 12 horas), y posteriormente se realizó la ICP primaria de forma usual. Todos los pacientes fueron pretratados con heparina, ácido acetilsalicílico (AAS) y clopidogrel. Antes del alta (a los 5-7 días de ICP primaria) se les realizó una ecocardiografía con contraste, que se repitió a los 6 meses (mismo observador experimentado en todos los casos, y que desconocía tratamiento asignado). Asimismo a los 4 meses se les realizó una angio-RMN cardiaca en un centro externo (para determinar % masa infartada del VI y parámetros función ventricular, también de forma ciega).

**Resultados:** Se exponen en tabla. Aunque el estudio no tenía la potencia estadística para detectar diferencias significativas en los MACE, cabe destacar que 2/38 pacientes del grupo TNK-i.c. experimentaron trombosis subaguda de *stent*. No hubo diferencias significativas en el tamaño del infarto ni en los parámetros de función sistólica entre ambos grupos mediante ecocardiografía ni RMN. Sin embargo, los pacientes del grupo TNK-i.c. presentaron una mejor función diastólica que los pacientes del grupo ABC-i.c. En un análisis multivariable, el tamaño del infarto se relacionó de forma independiente con el pico de CPK ( $p = 0,01$ ) y con la FE obtenida en la eco previa al alta ( $p = 0,04$ ).

	TNK i.c. (n = 38)	ABC i.c. (n = 38)	p
Mortalidad hospít (%)	2/38 (5,3%)	0/38 (0%)	0,49

MACE a 30 días (%)	5/38 (13,2%)	2/38 (5,3%)	0,43
Angio-RMN 4 meses			
% masa infartada VI, mediana [RIQ]	15,9 [7,5-25,5]	17,0 [9,6-25,0]	0,59
RMN- FEVI (%), mediana [RIQ]	54,0 [44,0-62,0]	53,0 [44,5-59,5]	0,58
Ecocardiografía 6 meses			
ECO-VTDVI (ml), media (DE)	110,3 (40,7)	111,3 (38,5)	0,92
ECO-VTSVI (ml), media (DE)	49,7 (30,4)	50,6 (29,8)	0,90
ECO-FEVI (%), media (DE)	59,0 (14,6)	57,4 (12,8)	0,64
Remodelado > 20% (% pac)	21,4%	26,5%	0,65
Cociente E/e', media (DE)	11,59 (4,3)	13,89 (4,6)	0,04
Cociente E/e' > 13 (%pacientes)	28,6%	51,4%	0,05

**Conclusiones:** En nuestro estudio piloto, la fibrinólisis intracoronaria con TNK en pacientes con SCACEST anterior sometidos a ICP primaria no redujo significativamente el tamaño final del infarto ni la función sistólica respecto al ABC, aunque sí preservó mejor la función diastólica.