



## 6039-348. COMPARACIÓN ENTRE EL IMPLANTE DE *STENTS* MUY LARGOS Y *STENTS* SOLAPADOS EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Martín Negreira Caamaño<sup>1</sup>, José Abellán Huerta<sup>1</sup>, Alfonso Jurado Román<sup>2</sup>, Pedro Pérez Díaz<sup>1</sup>, Ignacio Sánchez Pérez<sup>1</sup>, María Thiscal López Lluva<sup>1</sup>, Juan Antonio Requena Ibañez<sup>1</sup>, Jesús Piqueras Flores<sup>1</sup>, Ramón Maseda Uriza<sup>1</sup> y Fernando Lozano Ruiz Poveda<sup>1</sup>, del <sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real y <sup>2</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La longitud del *stent* y el solapamiento de *stents* se han considerado predictores de eventos adversos en el intervencionismo coronario percutáneo. Sin embargo no existen datos comparativos entre uso de *stents* muy largos (SML) o *stents* solapados (SS) en el contexto de la angioplastia primaria. Objetivo: comparar los resultados entre el implante de SML (? 40 mm) o SS durante la angioplastia primaria.

**Métodos:** Se analizaron 167 angioplastias primarias de 159 pacientes consecutivos (edad media  $64,2 \pm 12,3$  años) que precisaron implante de SML (63 lesiones) o SS (104 lesiones) entre marzo de 2014 y noviembre de 2018. Se analizaron las características del procedimiento y la tasa de presentación del objetivo combinado [muerte cardiovascular, infarto de miocardio no mortal (IAM), necesidad de revascularización de la lesión diana (TLR) o trombosis de *stent* (TS)] y los eventos de las variables independientes. El seguimiento mediano fue de 18,8 meses (11-28).

**Resultados:** El 81,4% de los pacientes eran varones. Un 27,6% eran diabéticos. El 21% de lesiones se trataron con *stents* convencionales, el 69,1% con *stents* farmacoactivos y el 9,3% con una combinación de ambos. El vaso tratado fue con mayor frecuencia la arteria coronaria derecha (52,7%), seguida por la descendente anterior (40,1%). El 18,6% eran bifurcaciones y la puntuación Syntax media  $22,2 \pm 12,6$ . El diámetro mínimo medio fue  $3,2 \pm 2,4$  mm. El número medio de SS fue de  $1,7 \pm 0,7$ . El éxito angiográfico se alcanzó en el 98,8% de procedimientos. Los procedimientos con SS presentaron mayor duración del procedimiento (SS:  $41 \pm 24,7$  frente a SML:  $34,1 \pm 14,4$  min;  $p = 0,05$ ), mayor número de *stents* (SS:  $2,5 \pm 0,8$  frente a SML:  $1,4 \pm 0,7$ ;  $p = 0,01$ ) y mayor longitud total con *stent* (SS:  $56,1 \pm 19,9$  frente a SML:  $45,4 \pm 5,1$  mm;  $p = 0,01$ ). La tasa de eventos adversos fue del 17,8%: muerte cardíaca: 13,9%, IAM: 1,9%, TLR: 3,8%, TS: 1,3%. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en la tasa de presentación del objetivo combinado (SS: 20 frente a SML: 14,5%;  $p = 0,38$ ), muerte cardíaca (SS: 14,6 frente a SML: 12,9%;  $p = 0,5$ ), IAM (SS: 3,2 frente a SML: 0%;  $p = 0,28$ ), TLR (SS: 6,8 frente a SML: 0%;  $p = 0,08$ ), ni TS (SS: 2,2 frente a SML: 0%;  $p = 0,51$ ).

**Conclusiones:** Los nuevos diseños de SML permiten tratar lesiones de complejidad creciente en el contexto de la angioplastia primaria, simplificando el procedimiento y disminuyendo el número de *stents* implantados con resultados similares a los de obtenidos con SS.