



4019-6. IMPACTO PRONÓSTICO DE LA APLICACIÓN DE CRITERIOS DE OPTIMIZACIÓN EN ECOGRAFÍA INTRAVASCULAR PARA LA REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA DEL TRONCO COMÚN CON *STENTS* FARMACOACTIVOS

José M. de la Torre Hernández¹, Sofía González Lizarbe¹, Lola Gutiérrez Alonso², José Antonio Baz Alonso³, Joan Antoni Gómez Hospital⁴, Fernando Alfonso⁵, Tamara García Camarero¹, Gerard Roura Ferrer⁴, Ángel Sánchez Recalde⁶, Dae-Hyun Lee Hwang¹, Fermín Sáinz Laso¹, Armando Pérez de Prado⁷, Íñigo Lozano Martínez-Luengas⁸, Felipe Hernández Hernández⁹ y Javier Zueco Gil¹, del ¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), ²Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, ³Complejo Hospitalario Universitario de Vigo-Xeral-Cies, Vigo (Pontevedra), ⁴Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), ⁵Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, ⁶Hospital Universitario La Paz, Madrid, ⁷Complejo Asistencial Universitario de León, León, ⁸Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias) y ⁹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El uso de ecografía intravascular (EIV) parece mejorar el pronóstico tras revascularización percutánea del tronco común (TC) con *stents* farmacoactivos (SF), pero no existen criterios definidos para su aplicación en la optimización del procedimiento.

Métodos: En nuestro centro a partir de 2014 se han aplicado unos criterios de optimización en la EIV para implante de SF en TC: 1) aposición completa; 2) expansión óptima, para *stents* cubriendo lesiones de ostium y cuerpo del TC expansión > 90% de la luz de referencia distal en el TC y para *stents* cubriendo lesiones distales del TC expansión > 80% de la luz de referencia proximal en el TC; 3) bordes de *stent*, con carga de placa residual 40%, ausencia de disección/hematoma y no deformación proximal de *stent*. Hemos incluido todos los procedimientos sobre el tronco común con SF guiados por EIV siguiendo ese protocolo desde 2014 y que cuentan con más de 1 año de seguimiento (grupo EIV-OPT). A efectos de grupos control hemos seleccionado de una base de datos multicéntrica que incluía 1.018 pacientes tratados en TC con SF de no-primer generación, mediante índice de propensión de tratamiento, a un grupo de pacientes con implante guiado solo por angiografía (grupo ANGIO) y otro guiado por EIV pero sin criterios predefinidos de optimización (grupo EIV). El objetivo primario fue el combinado de muerte cardiaca, infarto relacionado con TC y revascularización de TC a 12 meses.

Resultados: Se incluyeron 124 pacientes en cada grupo. Las características clínicas y angiográficas basales fueron todas comparables. La proporción de lesión distal fue similar, 60%, 62% y 65% en ANGIO, EIV y EIV-OPT respectivamente. Los eventos a 12 meses se recogen en la tabla. La incidencia del objetivo primario fue significativamente más alta en el grupo ANGIO (12%) respecto al EIV-OPT (4%) pero no respecto al EIV (8%), a expensas sobre todo de la necesidad de revascularización.

| | | | |
|-----------------|---------------|-------------------|---|
| ANGIO (n = 124) | EIV (n = 124) | EIV-OPT (n = 124) | p |
|-----------------|---------------|-------------------|---|

| | | | | |
|---|------|------|------|------|
| Muerte cardiaca | 4% | 2,4% | 1,6% | 0,4 |
| Infarto de TC | 3,2% | 2,4% | 0,8% | 0,3 |
| Revascularizacion de TC | 7,2% | 6,4% | 2,4% | 0,1 |
| Trombosis <i>stent</i> def./prob. de TC | 1,6% | 0,8% | 0% | 0,6 |
| Objetivo primario | 12% | 8% | 4% | 0,03 |

TC: tronco común.

Conclusiones: En el implante de SF en TC, el uso de EIV guiada por criterios predefinidos de optimización del resultado aporta un beneficio pronóstico significativo respecto al uso aislado de angiografía y parece aportar una ventaja sobre los resultados del uso de EIV sin criterios preespecificados.