



4019-7. INFLUENCIA DE LA NEOATEROESCLEROSIS EN EL PRONÓSTICO A LARGO PLAZO Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON RESTENOSIS DEL *STENT*

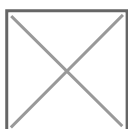
Nieves Gonzalo López¹, Carlos Hernando Salazar Triviño¹, María José Pérez-Vyzcaino², Juan Carlos Gómez Polo³, Pilar Jiménez-Quevedo¹, Santiago Jiménez Valero⁴, Mónica Masotti Centol⁵, Rafael Romaguera Torres⁶, Antonio Fernández Ortiz¹, Javier Escaned Barbosa¹, Fernando Alfonso Manterola⁷ y Carlos Macaya Miguel³, de ¹Cardiología Intervencionista, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ²Fundación para la Investigación Cardiovascular, FIC, Madrid, ³Servicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ⁴Cardiología Intervencionista, Hospital Universitario La Paz, Madrid, ⁵Cardiología Intervencionista, Hospital Clínic, Barcelona, ⁶Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) y ⁷Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Objetivo: evaluar la influencia de la neoateroescclerosis (NA) en el pronóstico a largo plazo y respuesta al tratamiento de los pacientes con restenosis del *stent* (RS).

Métodos: Se trata de un subestudio de los ensayos RIBS IV y V, 2 estudios prospectivos multicéntricos, aleatorizados que compararon el balón recubierto de paclitaxel (BP) y el *stent* liberador de everolimus (ES) en pacientes con RS farmacoactivo (RIBS-IV) y RS convencional (RIBS-V). Ambos ensayos incluyeron un subestudio de tomografía de coherencia óptica (OCT) que incluyó una evaluación antes de la intervención y a los 6-9 meses, durante el seguimiento angiográfico. La NA se definió en la OCT basal como la presencia de tejido restenótico con calcificación (zona de baja reflectividad con bordes bien definidos) o contenido lipídico (zona de baja reflectividad con bordes difusos). El objetivo primario del estudio fue comparar los eventos cardiovasculares mayores a 1 y 3 años en pacientes con RS con y sin NA tratados con BP y ES.

Resultados: Se incluyeron 64 pacientes en el subestudio de OCT en el procedimiento inicial. En 23 de ellos (36%) se observó la presencia de NA. De ellos, 7 (30%) eran *stents* convencionales y 16 (80%) eran *stents* farmacoactivos. No hubo diferencias entre pacientes con y sin NA respecto a la estrategia de tratamiento. La ganancia luminal aguda fue similar en ambos grupos. El seguimiento angiográfico a los 6-9 meses no mostró diferencias en restenosis 5 (24%) frente a 6 (15%) $p = 0,49$, diámetro luminal mínimo ($1,79 \pm 0,7$ frente a $1,94 \pm 0,6$ mm $p = 0,41$) o pérdida tardía ($0,33 \pm 0,7$ frente a $0,15 \pm 0,5$ $p = 0,34$) en pacientes con y sin NA. La OCT en el seguimiento confirmó la ausencia de diferencias en parámetros cuantitativos o características del tejido de recubrimiento entre los 2 grupos. A 1 y 3 años de seguimiento no hubo diferencias en el combinado de eventos cardiovasculares mayores o sus componentes individuales (muerte cardiaca, infarto de miocardio, revascularización de la lesión diana) entre pacientes con y sin NA independientemente del tratamiento usado (figura). Tampoco se observaron diferencias en eventos entre los casos de NA tratados con BP y ES.



Conclusiones: No hubo diferencias en eventos angiográficos ni clínicos a largo plazo en pacientes con RS con y sin NA tratados con BP o ES. Estos datos sugieren que ambos tratamientos (ES y BP) podrían utilizarse para tratar la RS por NA.