Rev Esp Cardiol. 2020;73(Supl 1): 287

Revista Española de Cardiología

5011-5. COMPARACIÓN ENTRE EL IMPLANTE DE STENTS SOLAPADOS Y STENTS DE GRAN LONGITUD EN EL TRATAMIENTO DE LESIONES CORONARIAS DIFUSAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Martín Negreira Caamaño[1], José Abellán Huerta[2], Alfonso Jurado Román[3], Fernando Lozano Ruiz Poveda[2], María Thiscal López Lluva[2], Ignacio Sánchez Pérez[2], Pedro Pérez Díaz[1], Raquel Frías García[1], Jesús Piqueras Flores[1] y Ramón Maseda Uriza[1]

[1]Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real. [2]Unidad de Hemodinámica, Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real. [3]Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Tanto el implante de stents muy largos (SML) como de stents solapados (SS) suponen factores asociados a peor pronóstico en el intervencionismo coronario percutáneo (ICP) en la afectación coronaria difusa. Sin embargo, no disponemos de evidencia que compare ambas opciones. Nuestro objetivo fue analizar los resultados en vida real entre el uso de SS y SML (? 40 mm).

Métodos: Se incluyeron todos los ICP ente marzo de 2014 y noviembre de 2018 en los que se implantó un SML (n = 307) o > 1 SS (n = 540). 6 casos se excluyeron por imposibilidad de seguimiento. Se analizaron 841 ICP en 789 pacientes (79,5% varones, edad media 66,7 ± 12 años). Se realizó un análisis de supervivencia para analizar el tiempo hasta el evento combinado (MACE) [muerte cardiaca (MC), infarto de miocardio relacionado (IAM), necesidad de revascularización de la lesión (TLR) o trombosis del stent (TS)]. Se analizó la incidencia de los eventos independientes en el seguimiento, así como las características del intervencionismo.

Resultados: El 68,5% de los pacientes eran hipertensos, el 39,2% diabéticos y el 37,7% fumadores. El 59,6% de ICP se indicaron por síndrome coronario agudo. Un 15,5% de las lesiones fueron oclusiones cónicas. Se alcanzó el éxito angiográfico en un 99,1% de los casos. La cantidad media se SS fue de 2,2 ± 0,5. El SYNTAX-score medio fue de 22 ± 12,8. Se alcanzó el éxito angiográfico en un 99,1% de casos Los ICP con implante de SML presentaron menor longitud con stent (46,3 vs 59,3 mm; p 0,01) y precisaron menor tiempo de fluoroscopia (16,5 vs 21,8 min; p 0,01), menor volumen de contraste (271,4 vs 310,3 cc; p 0,01) y menor tiempo de prendimiento (38,8 vs 50,1 min; p 0,01). Tras un seguimiento mediano de 30 (18-37) meses, la incidencia de MACE fue inferior en los pacientes tratados con SML (5,6 vs 11,7%; p 0,01). El tiempo libre de eventos fue mayor en los pacientes tratados con SML (p = 0,03). El uso de SS demostró ser un predictor independiente de eventos en el análisis multivariado. La tasa de eventos adversos se muestra en la tabla.

Eventos adversos durante el seguimiento

	Todos (n = 841)	SML (n = 302)	SS (n = 539)	p
MC (%)	50 (5,9)	11 (3,6)	39 (7,2)	0,03
IAM (%)	26 (3,1)	7 (2,3)	19 (3,5)	0,34
TLR (%)	32 (3,9)	4 (1,3)	28 (5,3)	0,01
TS (%)	8 (1%)	3 (1%)	8 (0,9%)	0,92

MC: muerte cardiaca; IAM: infarto agudo de miocardio relacionado; TLR: revascularización de la lesión diana; TS: trombosis del stent.

Conclusiones: En nuestra práctica diaria, el implante de SML se asoció a mejores resultados a largo plazo, presentado además unas características del procedimiento más favorables.