



6028-275. EL PAPEL DEL POLÍMERO REABSORBIBLE FRENTE AL PERMANENTE EN LOS STENTS FARMACOACTIVOS CON EVEROLIMUS EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST DE ALTA COMPLEJIDAD

Adrián Riaño Ondiviela, Daniel Meseguer González, José Antonio Linares Vicente, Sara Carmen Río Sánchez, Octavio Raúl Jiménez Melo, Borja Simó Sánchez, Antonela Lukic Otanovic y José Ramón Ruiz Arroyo

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Resumen

Introducción y objetivos: Los stents farmacoactivos con everolimus (EES) han presentado buenos resultados en el intervencionismo coronario percutáneo (ICP) en contexto de SCACEST. El papel del polímero reabsorbible (EES-PR) frente al polímero permanente (EES-PP) no está bien definido, sin existir comparaciones directas e incluso sugiriéndose una mayor tasa de trombosis de stent (TS) en EES-PR. Nuestro propósito es comparar el impacto del polímero entre las dos últimas plataformas de EES en un escenario de alta complejidad de endotelización como es el SCACEST con flujo TIMI 0-1.

Métodos: Cohorte retrospectiva de pacientes con diagnóstico SCACEST y arteria ocluida (TIMI 0-1) a los que se les realiza ICP primaria con implante de EES (últimas plataformas disponibles). Cohortes definidas por EES-PR vs EES-PP. Criterios de exclusión: Killip 3-4 o TIMI \leq 2. Para depurar efecto del stent, todos los pacientes fueron sometidos a un solo tipo de EES en ICP primaria índice o segundo tiempo, excluyendo otros dispositivos. Se realiza seguimiento de los eventos a un año definidos según criterios ARC-2. Endpoint 1º: fallo de lesión diana (target lesion failure, TLF) compuesta por muerte cardiaca, infarto o revascularización de la lesión diana. Endpoint 2º: subrogados y combinados definidos según criterios ARC-2.

Resultados: Entre los años 2016 y 2019, un total de 291 pacientes cumplieron los criterios de inclusión, con una edad media de $62,6 \pm 13,3$ años y un 81% de varones. A 240 pacientes (82,5%) se les implantó EES-PR y a 51 pacientes EES-PP (17,5%, por disponibilidad más tardía del mismo). No existieron diferencias significativas en características basales demográficas (edad, sexo), clínicas (factores de riesgo cardiovascular), procedimiento (uso de trombectomía) o del infarto (arteria responsable, tamaño del infarto), salvo uso de stents de mayor longitud (31,6 mm vs 25,1 mm, $p = 0,01$) y menor calibre (3,2 mm frente a 3,4 mm, $p = 0,005$) en el grupo EES-PR. Al año de seguimiento el TLF fue similar entre ambos grupos (EES-PR 3,9% frente a EES-PP 3,8%; $p = 0,63$, fig.). Tampoco se encontraron diferencias significativas en el resto de los eventos secundarios (tabla).

TOTAL (n=291)	EES-PR (n=240)	EES-PP (n=51)	
n= 291	82,5 (240)	17,5 (51)	p

Endpoint primario				
TLF	2,7 (8)	2,5 (6)	3,9 (2)	0,63
Endpoint secundarios				
Mortalidad total	4,1 (12)	4,2 (10)	3,9 (2)	0,94
Mortalidad cardiovascular	2,7 (8)	2,5 (6)	3,9 (2)	0,63
Mortalidad cardiaca	1,7 (5)	1,3 (3)	3,9 (2)	0,21
IAM	1 (3)	1,3 (3)	0 (0)	1
TLR	0,7 (2)	0,8 (2)	0 (0)	1
Cualquier revascularización	1,7 (5)	2,1 (5)	0 (0)	0,59
MACE	6,9 (20)	6,7 (16)	7,8 (4)	0,76
POCE	5,8 (17)	6,3 (15)	3,9 (2)	0,75
DOCE	3,8 (11)	3,8 (9)	3,9 (2)	1
Trombosis definitiva	0,3 (1)	0,4 (1)	0 (0)	1
Trombosis definitiva/probable	2,4 (7)	2,1 (5)	3,9 (2)	0,36
Sangrado BARC ≥ 3	18,2 (53)	19,2 (46)	13,7 (7)	0,36

Los valores se expresan en % (n). TLF (Target Lesion Failure, fallo de lesión diana). TLR (Target Lesion Revascularization, revascularización de lesión diana).

Conclusiones: El uso de EES presentan buenos resultados clínicos en SCACEST. No existen diferencias significativas entre EES-PR o EES-PP en resultados clínicos a un año. En nuestra muestra, el uso de polímero reabsorbible no se asocia a aumento de TS.