



## 6032-15. RESULTADOS CLÍNICOS DE ARMAZÓN CORONARIO BIOABSORBIBLE A MUY LARGO PLAZO-POSABSORCIÓN (> 5 AÑOS): IMPORTANCIA DE ESTRATEGIA Y SELECCIÓN DE LESIONES Y PACIENTES

José Antonio Linares Vicente, Mario Martínez Fleta, Borja Simó Sánchez, Antonela Lukic Otanovic, Octavio Jiménez Melo, Pablo Revilla Martí y José Ramón Ruiz Arroyo

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Los armazones coronarios reabsorbibles de ácido poliláctico (BVS) se asociaron a mayor tasa de fracaso de lesión tratada (FLT) frente a *stents* farmacoactivos metálicos, e incremento en tasa de trombosis de dispositivo (ST) en los primeros 3 años. Estudios a largo plazo mostraron igualación de riesgos entre 3-5 años (periodo de reabsorción). Los datos posabsorción del dispositivo (> 5 años) son escasos. La estrategia de implante de BVS ha mostrado relación con los resultados clínicos. Evaluamos resultados a muy largo plazo (> 5 años) de implante de BVS bajo estrategia optimizada en lesiones y pacientes seleccionados.

**Métodos:** Registro unicéntrico retrospectivo de todos los pacientes en los que se implantó al menos 1 BVS bajo práctica clínica habitual. La selección de lesiones, pacientes y estrategia de ICP fue a discreción del operador. Se definieron eventos según consenso ARC-2. El evento primario fue FLT, combinado de muerte cardiovascular, infarto de miocardio de vaso tratado o revascularización de lesión tratada. El evento de seguridad fue ST definitiva/probable.

**Resultados:** Entre octubre 2012 y julio 2015 se implantaron en 36 pacientes 46 BVS en 42 lesiones (en 4 lesiones 2 BVS solapados). En 6 pacientes se implantaron *stents* metálicos en otras localizaciones. La mediana de seguimiento fue 6,8 años. Las características de los pacientes (jóvenes), lesiones (no complejas), procedimiento (predilatación sistemática y alta tasa de posdilatación e imagen intracoronaria), así como tasa acumulada de eventos a fin de seguimiento se muestran en tabla. 2 pacientes fallecieron por causas no cardiovasculares (neoplasia de pulmón y neumonía en primeros 4 años). El FLT a muy largo plazo fue bajo (5,6%, fig.), condicionado por 1 reestenosis en BVS solapados a los 20 meses y 1 ST definitiva subaguda por abandono deliberado de medicación al alta hospitalaria. Otros 2 pacientes suspendieron doble antiagregación pasados 6 meses del implante sin eventos, el resto la mantuvo al menos 1 año. Dada la etapa de posabsorción, no son esperables eventos dependientes del dispositivo a partir del seguimiento completado.

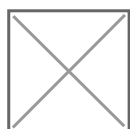
Características de pacientes, lesiones, procedimiento y tasa acumulada de eventos a fin de seguimiento

|           |       |          |      |               |      |         |       |
|-----------|-------|----------|------|---------------|------|---------|-------|
| Pacientes | n: 36 | Lesiones | n:42 | Procedimiento | n:42 | Eventos | n: 36 |
|-----------|-------|----------|------|---------------|------|---------|-------|

|                      |                   |                              |               |                                   |               |                           |              |
|----------------------|-------------------|------------------------------|---------------|-----------------------------------|---------------|---------------------------|--------------|
| Edad                 | 58 ± 8<br>(44-78) | Localización                 |               | Predilatación                     | 100%<br>(42)  | Primario: FLT             | 5,6%<br>(2)  |
| Varón                | 77,8%<br>(28)     | Descendente anterior         | 47,6%<br>(20) | Balón de corte                    | 11,9%<br>(5)  | Seguridad: ST             | 2,8%<br>(1)  |
| Diabetes             | 30,6%<br>(11)     | Circunfleja                  | 28,6%<br>(12) | Diámetro BVS (mm)                 | 3,11 ± 0,36   | Secundarios               |              |
| IRC (ClCr 60 ml/min) | 8,3%<br>(3)       | Coronaria derecha            | 10%<br>(23,8) | Longitud BVS (mm)                 | 20,4 ± 5,1    | Mortalidad total          | 5,6%<br>(2)  |
| Ictus/AIT previo     | 5,6%<br>(2)       | Diámetro luminal mínimo (mm) | 0,44 ± 0,4    | Presión BVS (atm)                 | 14,9 ± 1,8    | Mortalidad cardiovascular | 0%           |
| IM previo            | 11,1%<br>(4)      | Diámetro referencia (mm)     | 3,26 ± 0,35   | Posdilatación NC                  | 52,4%<br>(22) | IM                        | 5,6%<br>(2)  |
| ICP previa           | 8,3%<br>(3)       | Estenosis (%)                | 89 ± 9        | Diámetro balón NC (mm)            | 3,36 ± 0,37   | IM vaso tratado           | 2,8%<br>(1)  |
| Indicación ICP       |                   | Longitud (mm)                | 15,3 ± 8      | DLMin post-ICP (mm)               | 2,99 ± 0,39   | Revascularización         | 13,9%<br>(5) |
| Angina estable       | 27,8%<br>(10)     | Calcificación                | 14,3%<br>(6)  | % estenosis final                 | 7 ± 5         | Revasc. vaso tratado      | 5,6%<br>(2)  |
| SCASEST              | 41,6%<br>(15)     | Tortuosidad                  | 19% (8)       | Imagen intracoronaria             | 78,5%<br>(33) | Reestenosis BVS           | 2,8%<br>(1)  |
| SCACEST              | 25% (9)           | Bifurcación                  | 28,6%<br>(12) | OCT                               | 69%<br>(29)   | Ictus                     | 2,8%<br>(1)  |
| SCACEST no ARI       | 5,6%<br>(2)       | Oclusión crónica             | 2,4%<br>(1)   | ALMin post-ICP (mm <sup>2</sup> ) | 7,5 ± 1,75    | Hemorragia BARC ? 3       | 2,8%<br>(1)  |
| FEVI50%              | 8,3%<br>(3)       | Clasificación AHA lesión     |               | Malaposición                      | 12,1%<br>(4)  |                           |              |

|                      |               |    |               |                           |             |
|----------------------|---------------|----|---------------|---------------------------|-------------|
| Enfermedad multivaso | 36,2%<br>(13) | A  | 21,4%<br>(9)  | Diseccción                | 6,1%<br>(2) |
| Inhibidor P2Y12      |               | B1 | 38,1%<br>(16) | Desestructuración         | 3% (1)      |
| Clopidogrel          | 55,5%<br>(20) | B2 | 23,8%<br>(10) | Longitud BVS/paciente     | 25,8 ± 12   |
| Prasugrel            | 5,6%<br>(2)   | C  | 16,7%<br>(7)  | Diámetro mín BVS/paciente | 3,08 ± 0,35 |
| Ticagrelor           | 38,9%<br>(14) |    |               |                           |             |
| PRECISE-DAPT         | 11 ± 6        |    |               |                           |             |

IRC: insuficiencia renal. IM: infarto miocardio. ICP: intervencionismo coronario. ARI: arteria responsable infarto. BVS: armazón bioabsorbible. NC: no compliante. OCT: tomografía coherencia óptica. FLT: fracaso lesión tratada. ST: trombosis dispositivo.



*Análisis Kaplan-Meier de incidencia acumulada en el tiempo de FLT.*

**Conclusiones:** El implante de BVS con selección de pacientes y lesiones, estrategia optimizada (predilatación sistemática y alta tasa de posdilatación e imagen intracoronaria), y doble antiagregación prolongada se asocia a tasas bajas de FLT a muy largo plazo (> 5 años).