



6028-155. TROMBOSIS TARDÍA DEL *STENT*: INCIDENCIA Y PREDICTORES EN LA PRÁCTICA ACTUAL. SUBESTUDIO DEL ENSAYO ALEATORIZADO TOTAL

Ricardo Martínez González¹, Vladimir D'avík², John Cairns³, Kumar Balasubramanian⁴, Warren Cantor⁵, Goran Stankovic⁶, Olivier Bertrand⁷, Natalia Pinilla Echeverri⁸, Matthew Sibbald⁸, Elie Akl⁸, Sanjit Jolly⁸ y José Raúl Moreno Gómez¹

¹Cardiología. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, ²Peter Munk Cardiac Center, Toronto (Canadá), ³University British Columbia, Vancouver (Canadá), ⁴Statistics Department, Population Health Research Center, Hamilton (Canadá), ⁵Southlake Regional Health Centre, Newmarket (Canadá), ⁶University of Belgrade, Belgrade (Serbia y Montenegro), ⁷Quebec Heart and Lung Institute, Quebec (Canadá) y ⁸McMaster University, Hamilton (Canadá).

Resumen

Introducción y objetivos: La trombosis tardía del *stent* (TTS) es causa de necesidad de nueva revascularización tanto por síndrome coronario agudo (SCA) como por angina. La incidencia y factores relacionados en la práctica actual no está bien establecida.

Métodos: Se analizaron los pacientes que tuvieron TTS y participaron en el ensayo clínico multicéntrico y aleatorizado TOTAL (ThrOmbecTomy with PCI versus PCI ALone), donde se incluyeron pacientes con SCA con elevación ST. Se definió TTS aquella que ocurre más allá de 30 días de la revascularización. Se realizó análisis uni y multivariante.

Resultados: De los 10.064 pacientes que participaron en el estudio, 155 (1,54%) pacientes presentaron trombosis del *stent*, de ellas 29 (18,7%) fueron tardías, que corresponde a una incidencia de 0,29% del global. En el análisis univariante se estableció relación estadísticamente significativa con localización inferior ($p = 0,023$), diabetes mellitus ($p = 0,025$), infarto de miocardio previo ($p = 0,001$), intervencionismo coronario (ICP) previo ($p = 0,002$) y el uso de calcio antagonistas. Paradójicamente también se relacionó con mayor uso de aspirina, clopidogrel, bloqueadores beta y ARA-II (probablemente por el mayor uso de estos fármacos en pacientes con antecedentes de enfermedad coronaria), aunque ninguno de ellos en el análisis multivariante. El único factor relacionado con el intervencionismo coronario percutáneo que se relacionó con TTS fue el tiempo medio del procedimiento ($p = 0,008$). El único factor de riesgo independiente en el análisis multivariante fue infarto de miocardio previo. El uso de ticagrelor y prasugrel mostraron menores tasas de TTS aunque no se consiguió significación estadística, lo mismo ocurrió con el uso de *stent* liberadores de fármacos sobre metálicos.

Factores independientes de trombosis tardía del *stent* en análisis multivariante

Variable	HR (IC95%)	p
----------	------------	---

Edad (incremento por año vida)	0,978 (0,946-1,011)	0,194
Género (varón)	1,022 (0,407-2,570)	0,962
Frecuencia cardiaca al ingreso	0,975 (0,952-0,998)	0,028
Localización anterior del infarto	0,850 (0,101-7,163)	0,881
Localización inferior del infarto	1,848 (0,247-13,85)	0,550
Diabetes	1,883 (0,832-4,262)	0,129
Infarto de miocardio previo	7,101 (2,325-21,69)	0,001
ICP previa	0,436 (0,131-1,445)	0,175
Tiempo procedimiento ICP	1,011 (1,001-1,021)	0,061
Tratamiento previo al ingreso con aspirina	1,777 (0,666-4,741)	0,251
Tratamiento previo al ingreso con clopidogrel	2,457 (0,753-8,022)	0,136
Tratamiento previo al ingreso con bloqueadores beta	0,624 (0,219-1,776)	0,377
Tratamiento previo al ingreso con IECA o ARA-II	1,936 (0,762-4,921)	0,165

ICP: intervencionismo coronario percutáneo; IECA: inhibidores enzima convertidor angiotensina; ARA-II: antagonistas receptor angiotensina II.

Conclusiones: Tras el periodo agudo la incidencia de trombosis tardía en la era de la nueva ICP es muy bajo. La TTS se asocia principalmente con factores intrínsecos y clínicos del paciente que conllevan peor endotelización.