



6049-328. ROL DE LA DIABETES MELLITUS EN LA RECURRENCIA A LARGO PLAZO DE LA RESTENOSIS DE *STENT* CORONARIO TRAS TRATAMIENTO PREVIO CON BALÓN FARMACOACTIVO DE TAXOL

Alberto Muñoz Cantín¹, José Antonio Linares Vicente¹, Antonela Lukic Otanovic¹, Borja Simó Sánchez¹, Octavio Raúl Jiménez Melo², Paula Morlanes Gracia³, Adrián Riaño Ondiviela³, Pablo Revilla Martí¹, Gualber Vitto Ángel Mayo Carlos¹, Pablo Vadillo Martín¹, Cristina Buisán Esporrín¹, Javier Mario Valcuende Rosique¹, David Méndez Portuburu¹, Julia Pilar Asensio Alonso¹ y José Ramón Ruiz Arroyo¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España, ²Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra), España y ³Servicio de Cardiología. Hospital de Barbastro, Barbastro (Huesca), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La restenosis *in-stent* (RIS) recurrente se define como un segundo evento de RIS tras un tratamiento exitoso previo de la misma. La evidencia disponible sobre la incidencia y los factores de riesgo de RIS recurrente, entre ellos, la diabetes mellitus (DM), se considera escasa, al estar los estudios a largo plazo infrarrepresentados en la literatura médica. Nuestro objetivo fue comparar los resultados a largo plazo en pacientes con y sin DM tras tratamiento de una RIS con balón farmacactivo (BFA).

Métodos: Estudio retrospectivo de tres cohortes de pacientes con al menos una RIS tratada con BFA de paclitaxel entre 2010 y 2018 y seguimiento a 5 años, definidas por la presencia de diabetes y su tratamiento: no diabéticos (NoDM), antidiabéticos orales (DM2ADO) e insulina (DM2ID). El evento primario fue la tasa de revascularización de lesión tratada (RLT) a 5 años. Se analizaron eventos secundarios según los criterios ARC-2.

Resultados: Se analizaron n = 167 lesiones en n = 151 pacientes (varones 75,4%; edad media 68,5 ± 11,13 años). El 45% de los pacientes (n = 68) de la muestra fueron DM2, siendo ID un 32,3% de los mismos (n = 22/68). Las cohortes del estudio fueron similares en cuanto a las características clínicas, de las lesiones y del procedimiento. Como diferencias, los DM presentaron mayor frecuencia de hipertensión arterial y RIS sobre *stent* farmacactivo. No se encontraron diferencias significativas en la tasa de RLT a 5 años (14,2% NoDM vs 16% DM2ADO vs 26,9% DM2ID; p = 0,180). El porcentaje de nuevas revascularizaciones fue similar en los tres grupos (p = 0,219). No se dieron casos de trombosis del *stent* ni diferencias en las tasas de reinfarcto (p = 0,073). Se objetivó significación para un aumento de mortalidad a 5 años (p = 0,001) y mortalidad cardiovascular (p = 0,001) a favor del grupo DM2ID, así como de las tasas de ictus (p = 0,002). Del mismo modo, se observaron diferencias en el resto de eventos secundarios combinados. El análisis de Kaplan-Meier mostró una mayor tasa no significativa de RLT a 5 años en el grupo DM2ID respecto a sus oponentes (*log rank*, p = 0,095), con separación de la curva previa al año.

Características basales de la muestra, del tipo de lesión y del procedimiento				p				
	NoDM	DM2ADO	DM2ID			NoDM	DM2ADO	DM2ID
	n = 83 pacientes/91 lesiones	n = 46 pacientes/50 lesiones	n = 22 pacientes/26 lesiones			n = 46 pacientes/50 lesiones	n = 22 pacientes/26 lesiones	
Características clínicas de la muestra	Localización				0,870			
Edad (años)	68,1 ± 11,3	68,1 ± 10,5	71,1 ± 12,3	0,501	DA	48,1% (40)	56,5% (26)	40,9% (9)
Varón	83,1% (69)	91,3% (42)	68,1% (15)	0,056	Cx	16,8% (14)	17,3% (8)	22,7% (5)
Hipertensión arterial	69,8% (58)	86,9% (40)	90,9% (20)	0,023*	CD	26,5% (22)	21,7% (10)	27,2% (6)
Dislipemia	65,0% (54)	78,2% (36)	72,7% (16)	0,280	TCI	4,8% (4)	2,1% (1)	9,0% (2)
Tabaquismo	48,1% (40)	45,6% (21)	36,3% (8)	0,753	Injerto aortocoronario	3,6% (3)	2,1% (1)	0% (0)
Fibrilación auricular en anticoagulación oral	10,8% (9)	23,9% (11)	22,7% (5)	0,763	Tipo de <i>stent</i> RIS (SFA)	46,9% (39)	63,0% (29)	86,3% (19)
Infarto de miocardio previo	32,5% (27)	56,5% (26)	63,6% (14)	0,748	Longitud <i>stent</i> RIS (mm)	22,8 ± 6,5	23,0 ± 6,01	22,9 ± 8,5

Cirugía de revascularización coronaria previa	2,4% (2)	4,3% (2)	4,5% (1)	0,993	Diámetro <i>stent</i> RIS (mm)	3,1 ± 0,51	2,9 ± 0,42	2,9 ± 0,53
Enfermedad renal crónica (filtrado glomerular 60 mL/min)	27,7% (23)	36,9% (17)	40,9% (9)	0,369	Longitud BFA (mm)	19,5 ± 5,9	20,5 ± 4,9	17,5 ± 5,2
Características de la lesión y del procedimiento	Diámetro BFA (mm)	3,0 ± 0,42	3,0 ± 0,39	2,95 ± 0,50	0,479			
Presentación clínica				0,253	Presión inflado BFA (atm)	14,08 ± 3,3	14,3 ± 3,1	14,5 ± 3,5
<i>Angina estable</i>	48,1% (40)	52,1% (24)	36,3% (8)		<i>Cutting/scoring</i>	51,8% (43)	58,6% (27)	54,5% (12)
<i>Angina inestable/SCASEST</i>	48,1% (40)	36,9% (17)	50% (11)		Balón NC	71,0% (59)	63,0% (29)	72,7% (16)
<i>SCACEST</i>	3,6% (3)	10,8% (5)	13,6% (3)		Bifurcación	24,0% (20)	15,2% (7)	22,7% (5)
Acceso radial	75,9% (63)	78,2% (36)	72,7% (16)	0,596	Implante de <i>stent</i> mismo vaso	18,0% (15)	17,3% (8)	27,2% (6)
Enfermedad multivaso	49,3% (41)	63,0% (29)	72,7% (16)	0,117	IVUS/OCT	10,8% (9)	0% (0)	4,5% (1)
Revascularización completa	84,3% (70)	82,6% (38)	63,6% (14)	0,057	Éxito del procedimiento	100% (83)	100% (46)	100% (22)
CTO	12,0% (10)	23,9% (11)	22,7% (5)	0,685	TIMI 3 final	100% (83)	100% (46)	95,4% (21)

DM: diabetes mellitus; SCASEST: síndrome coronario agudo sin elevación del ST; SCACEST: síndrome coronario agudo con elevación del ST; CTO: oclusión crónica total; DA: descendente anterior; Cx: circunfleja; CD: coronaria derecha; TCI: tronco coronario izquierdo; RIS: restenosis <i>in-stent</i> ; SFA: <i>stent</i> farmacológico; BFA: balón farmacológico; IVUS: ecografía intravascular; OCT: tomografía de coherencia óptica.	
--	--



Resultados: tasa acumulada de eventos primario y secundarios a 5 años.

Conclusiones: No se encontraron diferencias significativas en los resultados angiográficos a largo plazo entre pacientes DM y NoDM previamente tratados con BFA de taxol por RIS. Sin embargo, los pacientes DM2ID presentaron mayor mortalidad global y cardiovascular a los 5 años e incidencia de ictus.