

13 ESTRATEGIA INVASIVO – CONSERVADORA EN EL INFARTO CON ELEVACIÓN DEL ST. PRUEBA DE CONCEPTO

Juan Sebastián Albistur Reyes¹, Gimena Denisse Loza Rossi¹, Juan Pablo Bachini¹, Álvaro Niggemeyer¹, Nicolás Falero², Nicolás Niell², Federico Acquistapace¹, Soledad Murguía¹, Juan Francisco Del Pozo¹, Ariel Durán¹, Andrés Tost², Rafael Eduardo Mila García¹

1. Hospital de Clínicas. 2. CUDIM.

Antecedentes: la angioplastia (ATC) primaria con implante de stent es el mejor tratamiento para el infarto con elevación del ST (IAMcST). Sin embargo, existe evidencia de que es seguro diferir el implante de stent con potencial impacto en la reducción del daño microvascular asociado al *no reflow-slow flow*. Cuando se difirió el implante no fue necesario en 15%-38% de los pacientes.

Objetivo: evaluar la eficacia (reducción de implante de stent) y seguridad de una estrategia invasivo conservadora (IC) con eventual implante diferido de stent guiado por fisiología coronaria en el IAMcST.

Método: estudio prospectivo, analítico y controlado (en curso). Inclusión: pacientes con IAMcST KKI o II con menos de 12 h de evolución derivados a ATC primaria. Exclusión: disección coronaria, trombosis del stent y/o reestenosis, cirugía de revascularización miocárdica previa y enfermedad renal crónica. Candidatos a IC si se logra: reperfusión exitosa clínica, electrocardiográfica y angiográfica (TIMI 2-3), ya sea de forma espontánea o luego del pasaje de guía, tromboaspiración, dilatación con balón (diámetro menor al vaso). Se requiere opinión favorable del hemodinamista actuante para estrategia IC. El tratamiento antitrombótico es a criterio del equipo médico actuante. A los sujetos del grupo control (CG) se les realizó ATC primaria con stent y a los incluidos en el grupo IC se les realiza un segundo procedimiento a los 5 días, guiando la revascularización mediante reserva de flujo fraccional (FFR <0,80). Se realiza evaluación del vaso culpable mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) o IVUS. Seguimiento por 2 años registrando: sangrados mayores y ocurrencia de eventos cardíacos mayores (MACE) y necesidad de revascularización del vaso tratado. Las variables cualitativas se expresan en valor absoluto y frecuencia relativa y las cuantitativas en mediana e intervalo intercuartilo (IQ).

Resultado: entre el 15/10/19 y 1/8/20 (excluyendo 13/3 al 31/7/20 por COVID), se registraron 49 IAMcST candidatos, en 9 se realizó estrategia IC. Los 40 pacientes del CG recibieron ATC primaria con stent. Respecto a los 9 pacientes con estrategia IC, en la tabla 1 se resumen sus características clínicas y angiográficas. Se realizó tromboaspiración manual en 8 y ATC con balón en 3. El flujo luego de la reperfusión fue TIMI 3 en todos los casos. Se realizó FFR a 8 pacientes (1 sin estenosis). En 2 pacientes el FFR fue <0,80 continuando con implante de stent. Se realizó OCT en 6 casos e IVUS en 1 (lesión de TCI). La carga trombótica residual por OCT fue 0 en 2/6 casos; en los restantes el residual trombótico fue de 24,95% (IQ 22,6-27,7), con un volumen de trombo de 11,05 mm³ (3,3-12,72). La mediana de seguimiento fue de 174 días (94,5-200). No MACE ni necesidad de revascularización de urgencia en ningún paciente.

Tabla 1

Variable	n=9. Frecuencia absoluta (FR). Mediana (IQ)
Tiempo de dolor	210 min (30-330 min)
Clasificación KK 1	8 (0,39)
Eje arterial comprometido	
ACD	4 (0,44)
Acx	3 (0,33)
ADA	1 (0,11)
TCI	1 (0,11)

Conclusión: la estrategia IC fue posible en 1/5 pacientes con IAMcST incluidos. En la gran mayoría no fue necesario el implante de stent. Todos los pacientes incluidos en estrategia IC están asintomáticos y sin eventos adversos. Estos hallazgos sugieren que la estrategia IC puede ser una alternativa a la hora de individualizar el tratamiento del IAMcST con la ventaja potencial de evitar el implante de stent.