

Resultados a largo plazo de la revascularización percutánea de oclusiones crónicas totales según el sexo

Ignacio Gallo Fernández(1), María Diana Ladera Santos(1), Laura Velarde Morales(1), Rafael González Manzanares(1), Luis Carlos Maestre Luque(1), José María Segura Aumente(1), Francisco José Hidalgo Lesmes(1), Javier Suárez de Lezo Herreros de Tejada(1), Manuel Pan Álvarez-Osorio(1) y Soledad Ojeda(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba - España

Introducción: Las diferencias según el sexo en la intervención coronaria percutánea (ICP) de oclusiones crónicas totales (CTO) no están completamente definidas, especialmente en cuanto a los resultados a largo plazo. Nuestro objetivo fue analizar la asociación entre el sexo y los resultados clínicos a largo plazo tras la ICP de CTO en una cohorte contemporánea del mundo real.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a ICP de CTO en nuestro centro entre 2011 y 2024. El objetivo primario fue un compuesto de eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) -muerte por cualquier causa, infarto de miocardio (IM]) o ictus-, a 6 años de seguimiento. Se aplicaron modelos de regresión de Cox ajustados mediante inverse probability of treatment weighting (IPTW) para controlar las diferencias basales.

Resultados: Se incluyeron un total de 928 pacientes (788 hombres y 140 mujeres). Las mujeres eran significativamente mayores (69,7±10 vs. 64,1±10 años; p<0,001) y presentaban mayor prevalencia de diabetes e hipertensión de forma significativa. Desde el punto de vista angiográfico, mostraron menor complejidad, presentando lesiones más cortas, con menor calcificación y tortuosidad, y con puntuaciones J-CTO más bajas (2 [1–2] vs. 2 [1–3]; p <0,001). Las tasas de éxito técnico y del procedimiento fueron comparables entre sexos (85,4% vs. 86,7%; p=0,695). Tras un seguimiento de 72 meses, las tasas no ajustadas de MACE fueron mayores en mujeres (29,3% vs. 22,1%; HR 1,51; IC 95%: 1,08–2,13; p=0,017), a expensas de mayor tasa de IM e ictus, sin diferencias en mortalidad (Figura). Tras el ajuste, el sexo femenino dejó de asociarse con el objetivo primario (HR ajustado 1,15; IC 95%: 0,76–1,74; p=0,517), pero el riesgo de IM se mantuvo significativamente mayor en este grupo (HR ajustado 2,85; IC 95%: 1,23–6,63; p=0,015) (Tabla).

Conclusiones: El riesgo ajustado global de MACE fue similar entre sexos durante el seguimiento a largo plazo; sin embargo, las mujeres presentaron un mayor riesgo de IM, probablemente en relación con un perfil clínico basal más desfavorable. En nuestro medio, la ICP de CTO fue segura y eficaz en ambos sexos.

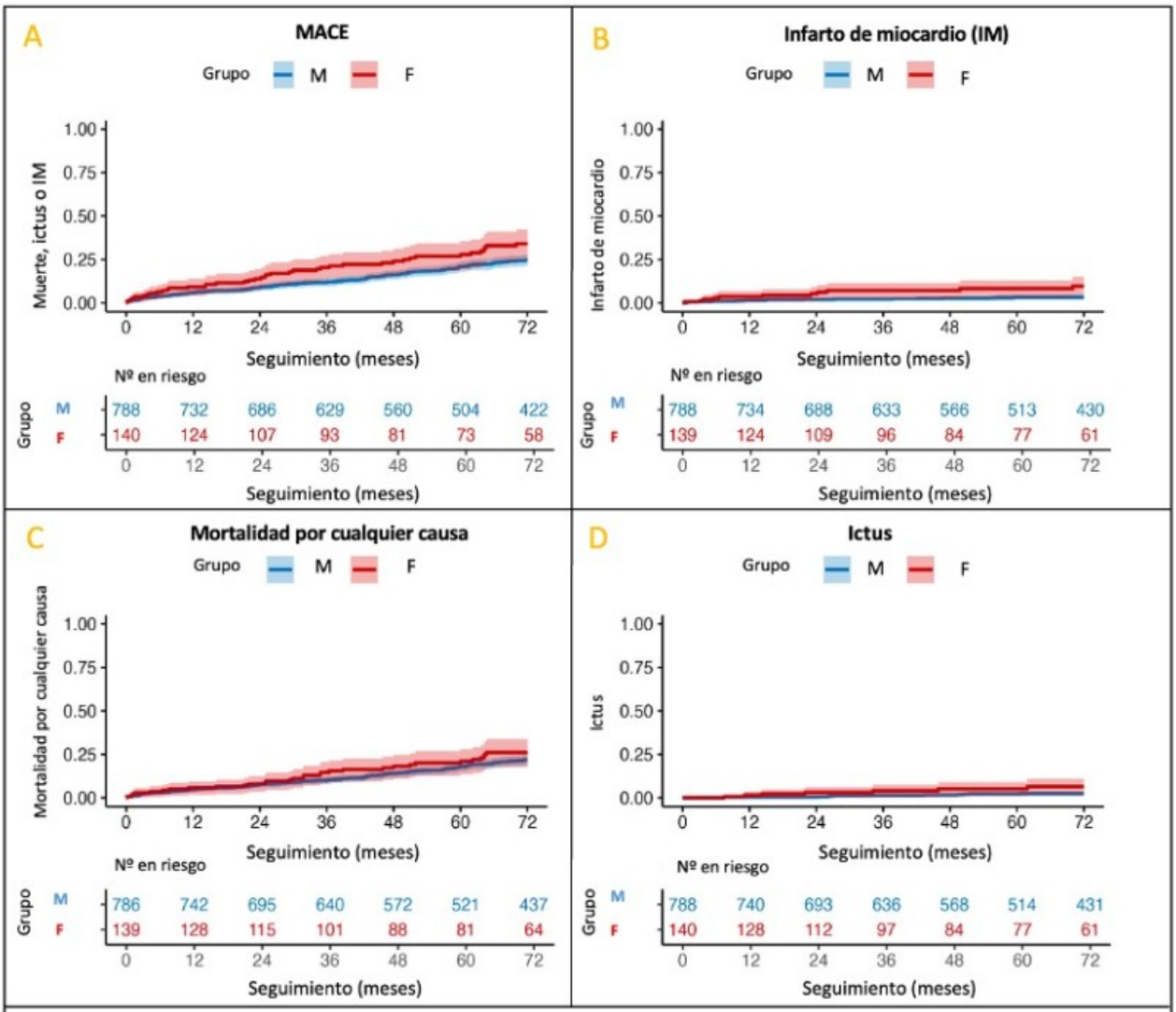


Figura. Curvas de Kaplan-Meier de los resultados a los 6 años de seguimiento. **M:** sexo masculino; **F:** sexo femenino **A) MACE:** Eventos cardiovasculares adversos mayores. **B)** Infarto de miocardio. **C)** Mortalidad por cualquier causa. **D)** Ictus.

Eventos clínicos a largo plazo según el sexo

	Sexo masculino (n= 788, 85%)	**Sexo femenino (n=140, 15%)**	**HR (IC 95%)**	**p**
MACE	174 (22,1)	41 (29,3)	HR: 1,51 (1,08–2,13) aHR: 1,15 (0,76–1,74)	0,017 0,517
Muerte por cualquier causa, IAM, ictus o revascularización	260 (33,0)	53 (37,9)	HR: 1,29 (0,96–1,73) aHR: 1,18 (0,82–1,70)	0,091 0,369
Muerte por cualquier causa	154 (19,5)	31 (22,1)	HR: 1,24 (0,84–1,82) aHR: 0,90 (0,57–1,41)	0,275 0,646
Infarto agudo de miocardio	23 (2,9)	11 (7,9)	HR: 2,90 (1,41–5,96) aHR: 2,85 (1,23–6,63)	0,004 0,015
Ictus	16 (2,0)	7 (5,0)	HR: 2,74 (1,13–6,66) aHR: 1,95 (0,71–5,33)	0,026 0,193
Revascularización*	108 (13,7)	23 (16,4)	HR: 1,28 (0,82–2,01) aHR: 1,50 (0,88–2,55)	0,281 0,140

Infarto agudo de miocardio. MACE: evento cardiaco adverso mayor (muerte por cualquier causa, infarto agudo de miocardio o ictus). *Guiada por criterios clínicos.