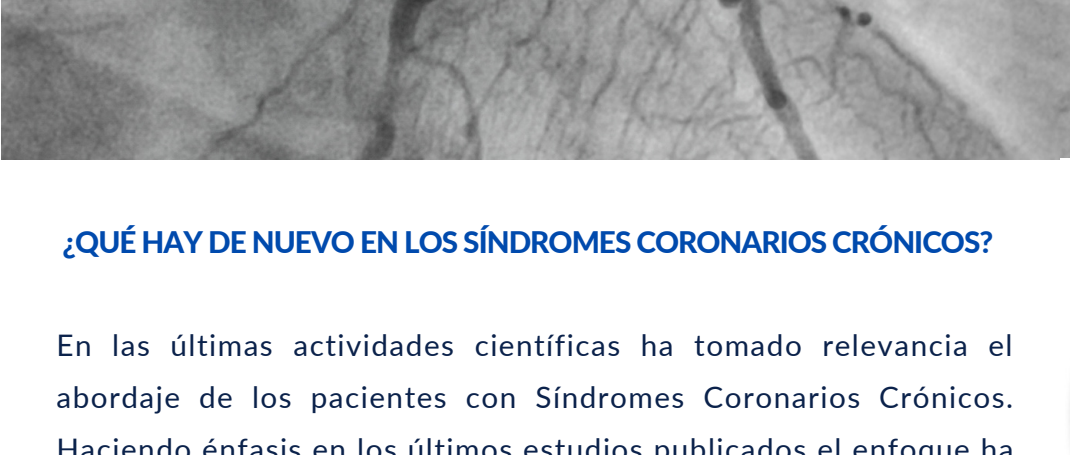


Amenazas a la salud

SÍNDROMES CORONARIOS CRÓNICOS



TAMBIÉN LEE:
DESAFÍOS EN
MIOCARDIOPATÍA
HIPERTRÓFICA

¿QUÉ HAY DE NUEVO EN LOS SÍNDROMES CORONARIOS CRÓNICOS?

En las últimas actividades científicas ha tomado relevancia el abordaje de los pacientes con Síndromes Coronarios Crónicos. Haciendo énfasis en los últimos estudios publicados el enfoque ha sido dirigido a tres puntos importantes:

- Evolución sobre cirugía de revascularización coronaria (CABG)
- Evolución sobre intervención coronaria percutánea (PCI)
- Optimización de tratamiento médico y de la microcirculación.

ENFOQUE EN CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA

En este sentido se toman en consideración 3 puntos importantes:

- a) Cirugía de revascularización coronaria versus stents.
- b) LIMA y Radial
- c) Terapia antiplaquetaria dual.

Varios estudios han sugerido que pacientes diabéticos con enfermedad multivasos o de tres vasos la cirugía fue superior a la PCI, más tarde nuevos estudios a 8 años, como el Freedom Trail (FREEDOM Follow-On Study, ME Farkouh, V Fuster et. al.) J Am Coll Cardiol 2019; 73:629) mostró un aumento de la sobrevida en pacientes con PCI siendo esta población diabética (23.7% en ICP vs 18.7% en CABG).

Más recientemente se publicó un estudio retrospectivo en Canadá DY Tamn, DS Lee et. al. J Am Coll Cardiol 2020; 76:1153 en pacientes diabéticos y enfermedad multivasos, donde la cirugía fue superior a PCI en términos de supervivencia.

En enfermedad de tres vasos se realizó un seguimiento a 10 años SYNTAX TRIAL, CRT 2019 donde prueba de nuevo la supervivencia es mayor en cirugía que en PCI.

Con relación a los nuevos stents, el EUROPEAN HEART JOURNAL publicó en 2019 un análisis retrospectivo de 6,383 pacientes con enfermedad multivasos incluyendo enfermedad del tronco con stent de nueva generación, algunos eran diabéticos y demostró que la CABG confiere un beneficio de supervivencia a mediano plazo sobre la PCI.

En resumen, la CABG tiende a ser superior a la PCI en la enfermedad multivasos, particularmente en pacientes diabéticos y en aquellos que tienen enfermedad de tres vasos, pero hay algunas excepciones y tenemos un sistema de score que nos informa sobre tales excepciones (FREEDOM Score, SYNTAX Score II 2020).

Por otra parte, el estudio ISCHEMIA intentó responder si en pacientes con enfermedad coronaria estable sintomáticos con isquemia moderada a severa en un test evocador de isquemia, existe beneficio en la realización de cateterismo cardíaco y una eventual revascularización por encima del tratamiento médico óptimo. La estrategia invasiva no demostró reducir el riesgo de eventos cardiovasculares combinados a 3.3 años de seguimiento en comparación con el tratamiento médico óptimo, aunque sí demostró reducir la angina y mejorar la calidad de vida pero sin impacto en la mortalidad, es importante resaltar que en el ensayo habían pacientes estables de bajo riesgo, no fué a largo plazo y en algunos casos Cross over entre una terapia y otra.

Pasando al segundo punto, LIMA vs arteria radial; en el registro de NUEVA YORK (Z Samadashvili et. al. J Am Coll Cardiol 2019; – New York) se demostró que los pacientes multivasos que van a CABG con injertos multiarteriales la mortalidad fue menor, entonces si debemos de usar ambas mamarias o la radial en lugar de injertos de vena safena, ¿Cómo es posible que solo alrededor del 15 al 20 % de los cirujanos realmente utilicen ese enfoque?

Sabemos que en términos generales y de supervivencia los injertos multiarteriales son mejores que los injertos de vena safena (J Chikwe et. al. J Am Coll Cardiol 2019;– New Jersey, FG Bakaeen et. al. J Am Coll Cardiol. – Cleveland, RADIAL (M Gaudino et. al.) JAMA. 2020 - Meta-Analysis).

El tercer punto es sobre el cuestionamiento en relación a si debemos usar la terapia anti plaquetaria dual en los pacientes de cirugía de revascularización coronaria, en este sentido, un estudio de ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico y abierto en hospitales terciarios de China un año después de la CABG con injerto de safena (ticagrelor más aspirina, ticagrelor solo, aspirina solo) la tasa de permeabilidad del injerto de safena a un año fue de ticagrelor más aspirina de 88.7%, ticagrelor solo 82.8%, aspirina solo 76.5%, con 5 hemorragias mayores por ticagrelor más aspirina y 2 con ticagrelor solo.

ENFOQUES EN EVOLUCIÓN SOBRE INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA (PCI):

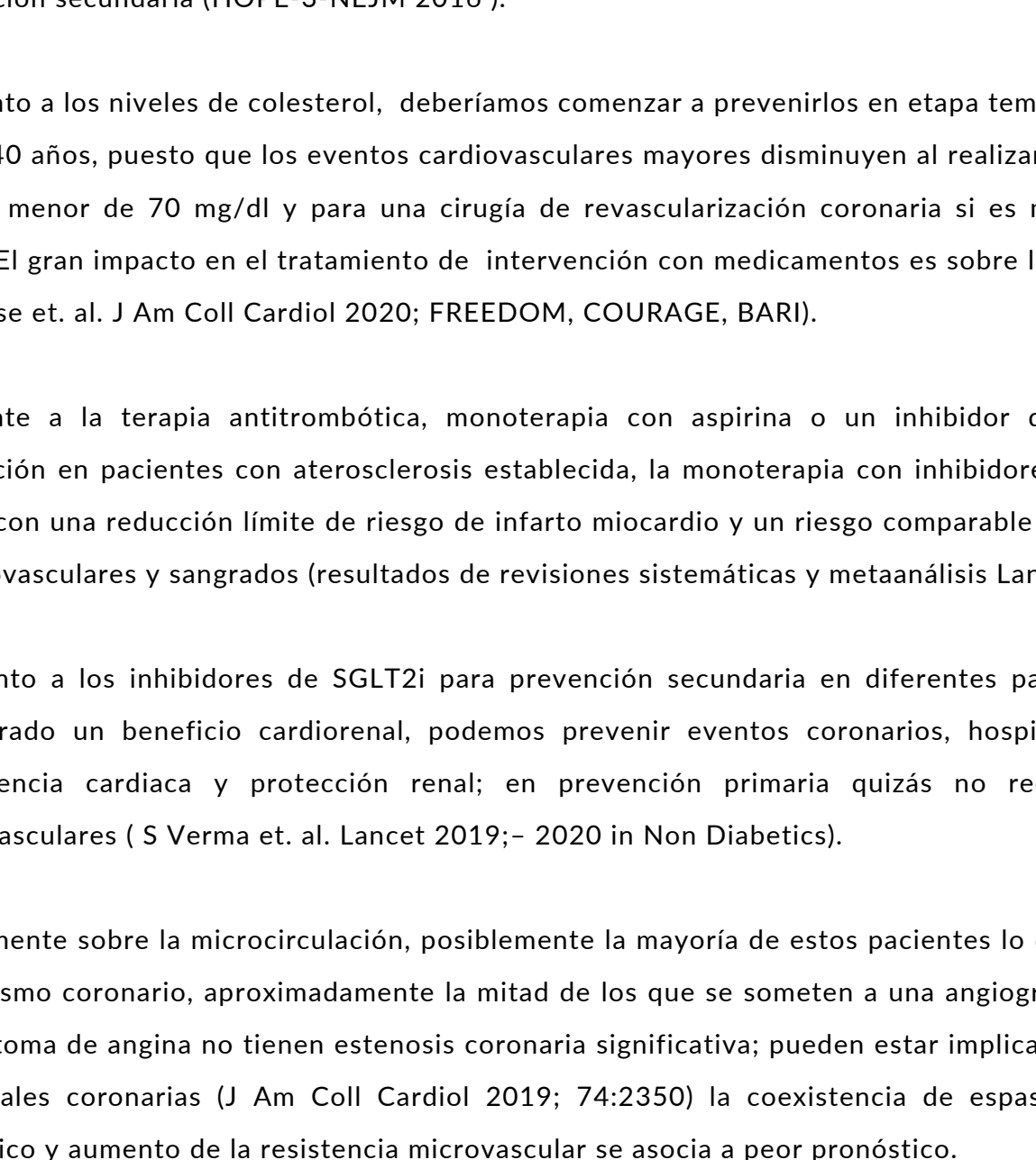
Una vez más se toman en consideración 3 puntos importantes, en este caso:

- a) El límite de evolución de los dispositivos.**
- B) ¿Las lesiones nativas requieren nuevas opciones?**
- C) Papel de la Angiotomografía computarizada.

a) Abordando el primer punto la pregunta sería: ¿Estamos llegando a un límite de evolución de los dispositivos? Los nuevos dispositivos comparados con los de segunda generación, muestran muy poca diferencia entre ellos (ISAR-TEST-5 (S Kufner, RA Byrne et. al.) J Am Coll Cardiol 2020; 76: 146.) En el caso de los bioabsorbibles que se diseñaron para proporcionar beneficios clínicos después de la bioreabsorción completa, estudios previos demostraron riesgo temprano. Se desconoce si este perfil de riesgo cambia con el tiempo.

En segundo orden está el abordaje de las lesiones nativas, las cuales requieren atención; el problema en si no es el procedimiento, el stent ,ni la terapia dual en procedimientos complejos para los que utilizamos score (PRECISE-DAPT (F Costa, M Valgimigli et. al.) J Am Coll Cardiol 2019;73:2596), el problema es los eventos espontáneos con mayor riesgo de eventos isquémicos. En ese marco el estudio PROSPECT ABSORB - J Am Coll Cardiol 2020;76:2289 mostró que la intervención coronaria percutánea de lesiones angiográficamente leves con gran carga de placa demostrada por la combinación de IVUS y espectroscopia de infrarrojo fué segura, se produjeron eventos cardiacos adversos en el 4.3% de los pacientes tratados en comparación de 10.7% con tratamiento médico solo.

En cuanto a la Angiotomografía computarizada resalta la importancia de conocer las arterias coronarias, ya que una vez conocidas el número de eventos posteriores es menor. Este método se fija en las características de las lesiones, la grasa perivascular e incluso podemos hacer reserva de flujo coronario.



ENFOQUES EN OPTIMIZAR TRATAMIENTO MÉDICO Y DE LA MICROCIRCULACIÓN:

- A) Polipíldoras.**
- B) Terapia antitrombótica mono o dual.**
- C) PCSK9i - SGLT2i.**

La terapia médica óptima en pacientes con enfermedad obstructiva además de intervención coronaria percutánea y revascularización miocárdica,es la prevención de la progresión de la enfermedad principal, entonces dar polipíldora a los pacientes que no les gusta tomar muchas píldoras después de tener una angina, consigue una mejor adherencia y por ende mejores resultados para la prevención secundaria (HOPE-3-NEJM 2016).

En cuanto a los niveles de colesterol, deberíamos comenzar a prevenirlos en etapa temprana, a partir de los 40 años, puesto que los eventos cardiovasculares mayores disminuyen al realizar una PCI, si el LDL es menor de 70 mg/dl y para una cirugía de revascularización coronaria si es menos de 100 mg/dl. El gran impacto en el tratamiento de intervención con medicamentos es sobre los PCSK9. (EP Navarese et. al. J Am Coll Cardiol 2020; FREEDOM, COURAGE, BARI).

Referente a la terapia antitrombótica, monoterapia con aspirina o un inhibidor de P2Y2 para prevención en pacientes con aterosclerosis establecida, la monoterapia con inhibidores de P2Y2 se asoció con una reducción límite de riesgo de infarto miocardio y un riesgo comparable de accidentes cerebrovasculares y sangrados (resultados de revisiones sistemáticas y metaanálisis Lancet 2020).

En cuanto a los inhibidores de SGLT2i para prevención secundaria en diferentes pacientes se ha demostrado un beneficio cardiorenal, podemos prevenir eventos coronarios, hospitalización por insuficiencia cardíaca y protección renal; en prevención primaria quizás no reduce eventos cardiovasculares (S Verma et. al. Lancet 2019;– 2020 in Non Diabetics).

Y finalmente sobre la microcirculación, posiblemente la mayoría de estos pacientes lo que presentan es espasmo coronario, aproximadamente la mitad de los que se someten a una angiografía coronaria por síntoma de angina no tienen estenosis coronaria significativa; pueden estar implicadas anomalías funcionales coronarias (J Am Coll Cardiol 2019; 74:2350) la coexistencia de espasmo coronario epicárdico y aumento de la resistencia microvascular se asocia a peor pronóstico.

Clasificación de la angina sin estenosis:

- Isquemia sub endocárdica por estrechamiento difuso del epicardio y microvascular.
- Estenosis pasada por alto, oclusiones de rama secundarias que no se ven en la angiografía.
- Disfunción microvascular difusa, con CFR y CFC bajos, asociados a factores de riesgo, disfunción endotelial o enfermedad inflamatoria.
- Mecanismos de dolor cardiaco no isquémico como receptores aberrantes de adenosina y otros mecanismos. (KL Gould, NP Johnson. JACC 2018).



Conclusión:

La utilización de terapia médica óptima está aumentando drásticamente en el manejo de los pacientes que tienen enfermedad coronaria estable, particularmente más en la población de edad más avanzada. La cirugía de revascularización está disminuyendo y esta es la tendencia que estamos viendo en la actualidad, para los pacientes con enfermedad coronaria inestable intervención coronaria percutánea y terapia médica óptima en trastornos de la microcirculación.

ENFOQUES EN
OPTIMIZAR
TRATAMIENTO
MÉDICO Y DE LA
MICROCIRCULACIÓN



+1 809 915-7367 PURA HENRIQUEZ, AMPARO TAVERAS, MIGUEL ARIAS.



Contactos: cardiosintesis@gmail.com