

et al. *N Engl J Med.* 2009;361:1953-62 y Bax L, et al. *Ann Intern Med.* 2009;150:840-8).

En este trabajo, la revascularización percutánea con *stent* acompañada de tratamiento médico óptimo multifactorial (antagonistas del receptor de angiotensina-II, estatinas y antiagregación con ácido acetilsalicílico) no obtuvo mejores resultados que el tratamiento médico aislado para la prevención de eventos CV o renales en pacientes con HTA mal controlada y/o ERC que presentaban una EAtAR. Confirma los resultados de los ensayos clínicos previos. Además, lo hace en pacientes con estenosis más importantes de arteria renal ($\geq 60\%$), mientras que los estudios previos incluían a sujetos con estenosis leve-moderadas donde el beneficio de la revascularización podría ser menor. Sin embargo, hay que considerar que la selección de los pacientes se llevó a cabo por criterios de imagen, sin tener en cuenta la repercusión funcional de la estenosis sobre el sistema renina-angiotensina. Es decir, los pacientes incluidos no tenían HTA vascularrenal sino HTA mal controlada y estenosis de arteria renal concomitante y, por lo tanto, los hallazgos de este estudio no debieran extrapolarse a los pacientes con HTA vascularrenal. Además, se excluyó a los pacientes con displasia fibromuscular de la arteria renal

(DFMAR) y pudiera ser que estos pacientes, más jóvenes y con menor carga arteriosclerótica, respondieran mejor a la revascularización.

Los resultados de este estudio tendrían implicaciones distintas en la práctica clínica: 1) En pacientes con ERC y EAtAR, la revascularización percutánea no aporta beneficios adicionales al tratamiento médico integral; 2) En pacientes con HTA mal controlada y EAtAR concomitante, la revascularización tampoco es superior al tratamiento médico integral, aunque no podemos descartar que sea beneficiosa en pacientes con HTA vascularrenal confirmada, y 3) En pacientes jóvenes con HTA vascularrenal por DFMAR, y aunque las evidencias que lo apoyen sean subóptimas, la revascularización percutánea y/o quirúrgica sigue siendo el estándar de tratamiento.

L.M. Beltrán

*Servicio de Medicina Interna,
Hospital Universitario La Paz,
Madrid, España*

Correo electrónico: luiszanguan@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.01.007>

Eficacia de la administración de rosuvastatina en la prevención de la nefropatía inducida por contraste en el síndrome coronario agudo

Leoncini M, Toso A, Maioli M, Tropeano F, Villani S, Bellandi F. Early high-dose rosuvastatin for contrast-induced nephropathy prevention in acute coronary syndrome: Results from the PRATO-ACS Study (Protective Effect of Rosuvastatin and Antiplatelet Therapy On contrast-induced acute kidney injury and myocardial damage in patients with Acute Coronary Syndrome). *J Am Coll Cardiol.* 2014;63:71-9.

Antecedentes y objetivo: Los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) presentan un riesgo elevado de desarrollar nefropatía inducida por contraste (NIC); el papel de las estatinas en la prevención del mismo permanece incierto. Este estudio analiza la utilidad de la rosuvastatina en la prevención de la NIC.

Métodos: Quinientos cuarenta y tres pacientes consecutivos con SCA sin elevación del ST, que previamente no tomaban estatinas, programados para una estrategia de tratamiento invasivo precoz del SCA, fueron asignados aleatoriamente a recibir rosuvastatina (40 mg al ingreso seguidos de 20 mg/día) ($n=252$) o no recibir tratamiento con estatinas ($n=252$). La NIC se definió como incrementos de la creatinina sérica $\geq 0,5$ mg/dl o $\geq 25\%$ por encima de los niveles basales en las 72 h posteriores a la administración de contraste.

Resultados: La incidencia de NIC fue significativamente menor en el grupo de estatinas que en los controles [6,7 frente al 15,1%; *odds ratio* ajustada: 0,38; intervalo de confianza al 95%: 0,20-0,71; $p=0,003$]. Este beneficio fue consistente, incluso cuando se aplicaron diferentes criterios de NIC y en todas las categorías de riesgo prefijados. La incidencia a los 30 días de episodios adversos cardiovasculares y renales (muerte, diálisis, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular o daño renal persistente) fue significativamente menor en el grupo de las estatinas (3,6 frente al 7,9%; $p=0,036$). Por otra parte, la administración de rosuvastatina se asoció con menores tasas de muerte o infarto de miocardio no fatal a los 6 meses de seguimiento (3,6 frente al 7,2%; $p=0,07$).

Conclusiones: La administración de rosuvastatina a dosis altas desde el momento del ingreso en pacientes con SCA, que no la tomaban previamente estatinas y van a seguir un tratamiento invasivo precoz, disminuye el riesgo de NIC y mejora la evolución clínica a corto plazo.

Comentario

La NIC es una de las complicaciones de las técnicas que usan contrastes yodados intravenosos. Condiciona incrementos de la estancia hospitalaria, necesidades de hemodiálisis, incidencia de accidentes cardiovasculares y de la mortalidad (*Am J Cardiol.* 2010;105:624-8). Los pacientes con SCA que requieren procedimientos invasivos urgentes tienen un elevado riesgo de desarrollarla (*Ann Intern Med.* 2009;150:170-7).

Los resultados de este estudio apoyan la administración precoz de rosuvastatina, desde el momento de su hospitalización por SCA, ya que disminuye el riesgo de la NIC.

Las propiedades antiinflamatorias y la mejora de la función endotelial que acompañan a la administración de estatinas, podrían ser de gran importancia para contrarrestar los mecanismos fisiopatológicos que intervienen en la génesis de la NIC. Este artículo se acompaña de un editorial que plantea si existe un efecto de clase aplicable a todas las estatinas, si este efecto variaría en función del filtrado glomerular de cada paciente, y si se mantendría en los pacientes tratados con estatinas previamente (J Am Coll Cardiol. 2013;Sep 25, art in press).

A pesar de los datos cada vez más favorables con relación al binomio estatina-prevención de la NIC, deben evitarse falsas sensaciones de seguridad que hagan olvidar otras

medidas básicas. Una adecuada expansión de volumen antes y después de la administración intravenosa del contraste, y la administración de volúmenes de contraste lo más baja posible, siguen constituyendo, por el momento, la mejor estrategia preventiva de la que disponemos (Rev Clin Esp. 2008;208:517-9).

L. Gómez Morales

*Servicio de Medicina Interna, Hospital San Juan de Dios,
Bormujos, Sevilla, España*

Correo electrónico: lbgm1983@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.02.011>