

## AVANCES EN MEDICINA

# Utilidad del intervencionismo coronario percutáneo en el paciente con cardiopatía isquémica crónica



## Efficacy of percutaneous coronary intervention in patients with chronic ischaemic heart disease

C. Escobar<sup>a,c,\*</sup> y J.A. Divisón<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

<sup>b</sup> Facultad de Medicina, Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM), Murcia, España

<sup>c</sup> Grupo de hipertensión arterial de SEMERGEN, España

Sedlis SP, Hartigan PM, Teo KK, Maron DJ, Spertus JA, Mancini GB, et al.; COURAGE Trial Investigators. Effect of PCI on Long-Term Survival in Patients with Stable Ischemic Heart Disease. *N Engl J Med.* 2015;373:1937-1946.

**Introducción:** Aunque el intervencionismo coronario percutáneo es capaz de mejorar/aliviar la angina en el paciente con cardiopatía isquémica crónica, hasta la fecha ningún ensayo clínico ha demostrado que sea capaz de mejorar el pronóstico en esta población. En el estudio COURAGE se objetivó en pacientes con cardiopatía isquémica crónica, que la estrategia inicial basada en intervencionismo coronario percutáneo junto con la terapia médica óptima no ofrecía ninguna ventaja en cuanto a la supervivencia, cuando se comparaba con la terapia médica óptima sola, tras un seguimiento medio de 4,6 años. En el presente estudio se presentan los datos de supervivencia tras un seguimiento de hasta 15 años.

**Métodos:** En el estudio COURAGE se incluyeron 2.287 pacientes (1.355 de Estados Unidos y 932 de Canadá)

con cardiopatía isquémica crónica. El 58% tenían una clase funcional para angina (CCS) II o III, y el 39% antecedentes de infarto de miocardio. Para el presente estudio de extensión se incluyeron la mayor parte de los pacientes provenientes de Estados Unidos.

**Resultados:** La información sobre la supervivencia se pudo recopilar en 1.211 pacientes (53% de la población inicial). La mediana de seguimiento para todos los pacientes fue de 6,2 años (rango: 0-15 años), y de 11,9 años en aquellos sujetos en los que se pudo realizar el seguimiento en la fase de extensión. En total se produjeron 561 muertes (180 durante la fase inicial del ensayo clínico y 381 durante la fase de extensión). De estas, 284 muertes (25%) ocurrieron en el grupo de intervencionismo coronario percutáneo y 277 (24%) en el grupo de tratamiento médico óptimo (HR: 1,03; IC 95%: 0,83-1,21; p=0,76). Estos resultados fueron consistentes en los diferentes subgrupos de pacientes analizados (edad, hábito tabáquico, sexo, presencia de diabetes, enfermedad multivaso, fracción de eyección  $\leq 50\%$ , isquemia moderada o severa, enfermedad pulmonar, hepática o renal).

**Conclusiones:** En los pacientes con cardiopatía isquémica crónica, tras un seguimiento de hasta 15 años, la estrategia inicial que incluya la realización de un intervencionismo coronario percutáneo junto con la terapia médica óptima no proporciona beneficios en términos de una mayor supervivencia en comparación con la terapia médica óptima sola.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [escobar.cervantes.carlos@hotmail.com](mailto:escobar.cervantes.carlos@hotmail.com)  
(C. Escobar).

## Discusión

Es indudable el beneficio que supone la realización de un intervencionismo coronario percutáneo urgente (angioplastia primaria) en el paciente con un síndrome coronario agudo con elevación del ST en cuanto a la mejora de la supervivencia. Igualmente, en los pacientes con un síndrome coronario agudo sin elevación del ST, el intervencionismo coronario percutáneo también ha demostrado mejorar el pronóstico a largo plazo<sup>1</sup>.

Sin embargo, aunque en el contexto del síndrome coronario agudo son evidentes estos beneficios, en el paciente con cardiopatía isquémica crónica no está tan claro. De hecho, los resultados, tanto del estudio COURAGE original, como de la fase de extensión del COURAGE, ponen de manifiesto que la terapia médica óptima debería ser considerada como el tratamiento inicial en la mayoría de los pacientes con cardiopatía isquémica crónica, y reservar la realización de un cateterismo ante determinadas circunstancias clínicas<sup>2,3</sup>. Aunque estos resultados están en la línea de otros ensayos clínicos<sup>4</sup>, la realidad es que el estudio COURAGE, incluyendo la fase de extensión, tiene importantes limitaciones: número significativo de pacientes del estudio inicial que no han sido analizados en la fase de extensión; solo se ha valorado la mortalidad total, sin distinguir entre la mortalidad cardiaca y no cardiaca; el tipo de *stents* empleados entonces han sido superados por los *stents* de nueva generación, entre otros<sup>2,3</sup>. Por estos motivos, y para aclarar definitivamente este punto, actualmente se está realizando el estudio ISCHEMIA (NCT01471522), con el objetivo de determinar en pacientes con cardiopatía isquémica estable y al menos isquemia moderada, si la estrategia inicial del tratamiento médico óptimo en combinación con el cateterismo cardiaco y revascularización (quirúrgica o percutánea con los *stents* farmacoactivos de segunda generación) reduce la tasa de muerte de causa cardiovascular o infarto de miocardio, en comparación con una estrategia

inicial de tratamiento médico óptimo solo, reservando la realización de cateterismo y revascularización a aquellos sujetos en los que la terapia médica óptima fracasa.

Hasta los resultados del estudio ISCHEMIA, es razonable seguir las recomendaciones que aconsejan las guías de práctica clínica. Actualmente, las guías europeas de revascularización miocárdica de 2014, recomiendan la revascularización en pacientes con angina estable o isquemia silente, para mejorar el pronóstico en pacientes con enfermedad del tronco (estenosis > 50%), en sujetos con estenosis > 50% en la arteria descendente anterior a nivel proximal, en individuos con enfermedad de 2 o 3 vasos y fracción de eyección < 40%, o en pacientes con importantes áreas de isquemia, y para mejorar síntomas en caso de pacientes con estenosis coronarias > 50%, en presencia de angina limitante, que no responde adecuadamente al tratamiento médico<sup>1</sup>.

## Bibliografía

1. Windecker S, Kolh P, Alfonso F, Collet JP, Cremer J, Falk V, et al. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) Developed with the special contribution of the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). *Eur Heart J*. 2014;35:2541–619.
2. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, Hartigan PM, Maron DJ, Kostuk WJ, et al. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med*. 2007;356:1503–16.
3. Sedlis SP, Hartigan PM, Teo KK, Maron DJ, Spertus JA, Mancini GB, et al., COURAGE Trial Investigators. Effect of PCI on Long-Term Survival in Patients with Stable Ischemic Heart Disease. *N Engl J Med*. 2015;373:1937–46.
4. Frye RL, August P, Brooks MM, Hardison RM, Kelsey SF, MacGregor JM, et al. A randomized trial of therapies for type 2 diabetes and coronary artery disease. *N Engl J Med*. 2009;360:2503–15.