



Editorial

Controversias en la cardiopatía isquémica aguda: preguntas abiertas, con respuestas múltiples



Controversies in acute ischemic heart disease: Open questions, with multiple answers

En este número, CARDIOCORE trata de buscar respuestas clínicas a diferentes escenarios complejos de la cardiopatía isquémica aguda, y que cada vez nos enfrentamos con más frecuencia y, sin embargo, controvertidos. El desarrollo y los avances tecnológicos conllevan un aumento del arsenal terapéutico, ya sea farmacológico o intervencionista y, por tanto se crea la necesidad imperiosa de hacer uso del mismo, pero las dudas surgen si lo utilizamos adecuadamente.

Como es conocido, aproximadamente un 40% de los pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST), presentan enfermedad arteriosclerótica multivascular, patrón que confiere un peor pronóstico. En el contexto de la angioplastia primaria surge la duda, si tras una angioplastia primaria exitosa sobre la lesión culpable, debemos completar la revascularización sobre el resto de lesiones significativas en el mismo procedimiento o demorar la intervención percutánea, durante la misma hospitalización, tras el alta o bien tomar una actitud conservadora y tratar las lesiones en función de síntomas y/o isquemia en el seguimiento. En este sentido, Almendro-Delia y Seoane-García¹, revisan la evidencia disponible e intentan equilibrar en una balanza los pros y contras de cada una de las estrategias.

La cuestión de cuándo tratar las lesiones no culpables se resolvió inicialmente a favor de demorarlas, excepto en aquellas situaciones de inestabilidad hemodinámica, en situación de *shock* cardiogénico. Sin embargo, este escenario que quedaba bastante claro, en las guías clínicas europeas del 2012, a raíz de los resultados obtenidos por el estudio CULPRIT-SHOCK, modifican nuevamente nuestros esquemas. Según los datos aportados por este estudio, después de tratar la lesión culpable en pacientes con IAM complicado con *shock* cardiogénico, la revascularización inmediata del resto de lesiones significativas empeora los resultados, el intervencionismo coronario percutáneo (ICP) solo de la lesión culpable redujo el riesgo de

mortalidad total (43,3 vs. 51,6%; RR: 0,84; IC 95%: 0,72-0,98). Es posible que en función de estos resultados, cambien las recomendaciones dadas por las guías actuales y volvamos a dar un paso atrás.

La opinión predominante era que una vez que el paciente tenía un IAM, si había más lesiones adicionales no causantes se convertía en un paciente de tipo COURAGE que luego podría manejarse médicamente. Sin embargo, a raíz del resultado de un par de ensayos aleatorizados PRAMI y CULPRIT apuntan hacia la revascularización completa, deberíamos ser más agresivos con la revascularización, porque estas lesiones reflejan un riesgo de enfermedad subyacente que puede haber sido exacerbado por el IAM. La prohibición de la revascularización simultánea surgió por la preocupación desencadenar una complicación en otro territorio al infartado, siendo las consecuencias nefastas, pero con la seguridad del ICP actual se ha minimizado los riesgos, pero como puntualizan Almendro et al.¹, debemos de tener en cuenta varios factores: anatómicos, complejidad del resto de lesiones no culpables (bifurcaciones, oclusiones crónicas) que requieran plantear y programar la estrategia terapéutica; factores clínicos, como la presencia de la insuficiencia renal, el estado de ansiedad y el dolor del paciente en el momento del IAM, la inestabilidad hemodinámica, etc., y finalmente factores ambientales, como puede ser el horario de la ICP, en horas intempestivas; todos ellos hacen que el abordaje del resto de las lesiones sea mejor demorarlas en otro momento.

Otro pregunta abierta es como determinar que lesiones son las que necesitan ser tratadas, un algoritmo prudente sería algo similar a FAME, utilizar la guía de presión, sin embargo, en el contexto agudo de una IAM, las pruebas funcionales podrían estar sesgadas por múltiples factores y un inconveniente de la utilización del FFR es que introduce cierta demora en un

procedimiento urgente, por tanto, aplazarlo en un segundo procedimiento, en etapas podría ser lo más adecuado.

Otro de los escenarios controvertidos y que la comunidad científica se encuentra dividida es el tratamiento percutáneo de las lesiones crónicas, que están presentes en el 10-15% de los pacientes con SCACEST y alrededor de un 25% de los pacientes que se realizan una coronariografía. Para el intervencionista, le ha supuesto un gran reto y atractivo el abrir una lesión crónica, puesto que hasta ahora, era una asignatura pendiente de resolver, pero con los avances tecnológicos en guías y estrategias se están obteniendo un gran porcentaje de éxitos, llegando alcanzar tasas del 80-90%, pero más allá de la satisfacción de crear o hacer aparecer de nuevo una arteria, como de magia se tratara, debemos plantearnos el beneficio clínico que le supone al paciente. En este número, Luque et al.², nos analizan la científica existente; actualmente disponemos de 4 ensayos clínicos aleatorizados, que comparan el tratamiento percutáneo frente al tratamiento médico óptimo, sin encontrar diferencias en los objetivos primarios, concluyendo que lo sensato es lo que dictamina las recomendaciones de las guías europeas, plantear la revascularización en función de síntomas, isquemia o disfunción ventricular. Un aspecto importante a tener en cuenta a la hora de tratar una lesión crónica, es la necesidad de valorar la viabilidad del territorio irrigado por la arteria ocluida, que debería ser un requisito imprescindible para estar seguros de la decisión a tomar y en este sentido, en el estudio EUROCTO que tuvieron en cuenta la viabilidad se obtuvo un resultado positivo en el objetivo de eficacia, mejoría de la calidad de vida, a favor de la revascularización.

Lo que tenemos bastante despejado de dudas, es la contribución del colesterol cLDL en la placa de aterosclerosis y un control estricto previene de complicaciones y reduce la morbimortalidad cardiovascular. Pero a pesar de tener las ideas claras, cuando realizamos un retrato del control lipídico observamos que solamente un tercio de los pacientes presenta un adecuado control, por falta de adherencia al tratamiento y por el bajo grado de implicación del médico, como comentan Nevado-Portero y Muñoz-Grijalvo³. Tal vez el objetivo lipídico tras un síndrome coronario agudo sea exigente, actualmente las guías lo establecen en <70 mg/dl o en una reducción del al menos el 50% del cLDL basal, sin embargo, en base a los resultados obtenidos en diferentes estudios (IMPROVE-IT, FOURIER) debamos ser más ambiciosos, y en pacientes de alto riesgo bajar a valores de cLDL <55 mg/dl. Para cumplir con estos objetivos disponemos de un amplio arsenal terapéutico, que

han demostrado sobradamente su eficacia, pero la duda que surge ahora es si tras un evento coronario, el tratamiento de elección debe ser inicialmente con estatinas potentes a altas dosis, o bien, comenzar la estatina en combinación con ezetimiba y considerar el papel que tendrán en un futuro los iPCSK9, independientemente de su coste económico, en un mejor control de objetivos al mejorar la adherencia al tratamiento.

Por tanto, en la práctica clínica diaria, tras un síndrome coronario agudo, nos encontramos con dilemas, para los que no tenemos una respuesta única y verdadera, pero sin duda alguna, en la mayoría de las situaciones, tras aplicar los conocimientos que disponemos en la actualidad, somos capaces de resolverlos con mayor o menor acierto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Almendro-Delia M, Seoane-García T. ¿Se debe realizar revascularización completa en el contexto de un IAM? *Cardiocre*. 2018;53:3-7.
2. Luque A, Hidalgo FJ, Ojeda S, et al. ¿Cuándo debemos realizar tratamiento percutáneo de la oclusión crónica total? *Cardiocre*. 2018;53:8-10.
3. Nevado-Portero J, Muñoz-Grijalvo O. ¿Qué objetivos debemos conseguir con el tratamiento hipolipemiante tras un síndrome coronario agudo? *Cardiocre*. 2018;53:11-3.

Antonio J. Muñoz-García^{a,*}, Isaac Pascual^b, Encarnación Gutiérrez-Carretero^c, Nieves Romero-Rodríguez^d y Eduardo Arana-Rueda^d

^a Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

^b Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

^c Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^d Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ajmunozgarcia@secardiologia.es
(A.J. Muñoz-García).

1889-898X/© 2018 SAC. Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Todos los derechos reservados.

<https://doi.org/10.1016/j.carcor.2017.12.003>