



**Director del Programa
ProEducar:**
Dr. Hugo F. Londero

Director Boletín Educativo:
Dr. José M. Gabay

Comité Editorial
Dr. Expedito Ribeiro
Dr. Alejandro Martínez
Dr. Fernando Cura
Dr. Ricardo Sarmiento
Dr. Dionisio Chambré

Dr. Sergio Brieva
Dr. Alejandro Cherro
Secretaría
Mercedes Boero
Diseño Gráfico
Florencia Álvarez

CONTENIDO

EDITORIAL:

Dr. José Manuel Gabay **02** [VER ▶](#)

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS:

Intervenciones Cardíacas: Dra. Marinella Centemero

“Manejo clínico de los pacientes portadores de IAM sometidos a reperfusión” **03** [VER ▶](#)

Intervenciones Extracardíacas: Dr. Norberto Schechtmann

“Enfermedad renovascular” **05** [VER ▶](#)

PRESENTACIÓN DE CASOS: **09** [VER ▶](#)

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA: **10** [VER ▶](#)

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS: **11** [VER ▶](#)

ASÍ LO HARÍA YO:

Opina el Dr. Jorge Leguizamón

Caso: “Bifurcaciones coronarias, ¿qué estrategia utilizar?” **12** [VER ▶](#)

EDITORIAL: Dr. José Manuel Gabay



//
Dr. José Manuel Gabay
Hospital Italiano de Buenos Aires
Argentina

Con la publicación de este nuevo número, damos continuidad a nuestro compromiso con este vehículo de comunicación que sostiene el vínculo entre los miembros de la sociedad.

En este número, hemos seleccionado algunos temas que día a día cobran mayor interés en nuestra práctica. La importancia de la enfermedad renovascular se ve reflejada en el artículo de revisión confeccionado en un centro de renombrada experiencia de los EE.UU. Del mismo modo, en el caso elegido podemos observar un procedimiento extracardíaco interesante, que requiere de nuestra atención. Sin embargo y dado que la mayor parte de nuestra práctica se concentra en procedimientos cardíacos, es fundamental el aporte de expertos en el tratamiento de lesiones coronarias complejas. Por último, elegimos un artículo de revisión sobre los pacientes con IAM sometidos a reperfusión, el cual trata en extenso el manejo de los mismos y las mejores alternativas de tratamiento.

Hemos ya expresado nuestra gratitud a todos los autores y a través de este medio hago extensiva la invitación a contactarnos y colaborar con experiencias que enriquezcan nuestra práctica diaria y que resulten de interés para el desarrollo de nuestra profesión.

Esperamos seguir contando con el apoyo de todos ustedes para darle calidad científica y continuidad a este Boletín Educativo de ProEducar.

Afectuosamente,

Dr. José Manuel Gabay

Director Boletín Educativo
ProEducar-SOLACI

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Intervenciones Cardíacas

Manejo clínico de los pacientes portadores de IAM sometidos a reperfusión

//
Dra. Marinella Centemero
 Instituto Dante Pazzanese de
 Cardiología
 San Pablo, Brasil.

Un factor esencial en el abordaje de pacientes portadores de infarto agudo de miocardio con supradesnivel del segmento ST es la supervivencia del paciente que puede verse comprometida precozmente por el desencadenamiento de arritmias graves, como la fibrilación ventricular. En este sentido, la implementación de medidas adecuadas de resucitación cardiopulmonar y la identificación rápida de los pacientes candidatos a las terapias de reperfusión (farmacológica o mecánica) son fundamentales para garantizar no sólo bajos índices de mortalidad, sino también la sobrevida con secuelas mínimas y la preservación de la función ventricular izquierda.

Uno de los primeros pasos en el tratamiento de pacientes con síndrome coronario agudo se relaciona con el control del dolor, que puede obtenerse mediante la adopción de tres medidas básicas: analgesia, administración de oxígeno y uso de fármacos, como los nitratos y los beta-bloqueantes.

La analgesia realizada a través de la administración de morfina o sus derivados por vía endovenosa lleva a la reducción de la actividad del sistema nervioso simpático y, por lo tanto, de la demanda metabólica, lo que reduce la sobrecarga del sistema cardiovascular.

Por otro lado, la utilización rutinaria de oxigenoterapia en el infarto agudo de miocardio, excepto en situacio-

nes de hipoxemia comprobada (presencia de insuficiencia ventricular izquierda, infecciones respiratorias y enfermedad pulmonar intrínseca) se puede asociar al aumento de la resistencia vascular sistémica y de la presión arterial con aumento de la carga isquémica. Así, el empleo de oxímetros puede ser valioso en la valoración del nivel de saturación arterial de oxígeno. Los niveles inferiores a 90% deben tratarse utilizando catéteres o máscaras nasales (2 – 4 litros / min de O₂ 100%) por períodos de 6 a 12 horas.

La tercera medida para lograr el alivio del dolor incluye la administración de dos fármacos: nitratos y beta-bloqueantes.

Los nitratos por vía sublingual o endovenosa presentan dos funciones importantes: A) promueven la vasodilatación arterial y aumentan el flujo coronario, y B) elevan la capacidad venosa con reducción de la precarga ventricular y, por consiguiente, de la demanda metabólica del miocardio. Por lo tanto, los nitratos deben utilizarse en todos los pacientes con síndrome coronario agudo, excepto en aquellos que presenten hipotensión o infarto de pared inferior acompañado de compromiso del ventrículo derecho.

Finalmente, el uso de beta-bloqueantes en pacientes con infarto de miocardio se justifica por sus múltiples y beneficiosas acciones sobre el sistema cardiovascular, entre las que se destacan: la reducción de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial que conduce a la disminución del consumo de oxígeno; el aumento del umbral de arritmias graves; la mejora de la circulación colateral y la actividad antiplaquetaria. Todas estas acciones contribuyen al control del dolor y la reducción del área infartada, con un impacto positivo en el pronóstico.

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Entretanto, a pesar de las ventajas relacionadas a su uso reciente, el estudio COMMIT/CCS-2, que utilizó metoprolol por vía endovenosa versus placebo en pacientes portadores de infarto agudo de miocardio reveló resultados sorprendentes. En este estudio se incluyeron pacientes con hasta 24 horas de evolución después del IAM y que no presentasen signos de shock, bradicardia (FC < 50 lpm) o bloqueos de 2° y 3° grados. El objetivo principal del estudio consistió en verificar la ocurrencia de muertes o nuevo IAM, fibrilación ventricular o paro cardiorrespiratorio dentro del primer mes de evolución o antes del alta hospitalaria. Sus resultados demostraron primeramente el efecto positivo de este fármaco en la reducción del reinfarto y de la fibrilación ventricular. Sin embargo, no hubo reducción significativa en los índices de paro cardiorrespiratorio, de muerte hospitalaria aislada o de eventos combinados como muerte /reinfarto y paro cardíaco cuando se compararan los pacientes que usaron o no el medicamento. Además, se observó un aumento importante en la ocurrencia de shock cardiogénico en las primeras 24 horas post-IAM en aquellos que recibieron el metoprolol. De esta manera, sus autores recomiendan cautela en la utilización de este fármaco en la fase precoz del infarto (<24 horas) y sugieren su administración en un período posterior, de mayor estabilidad clínica y mantenimiento a largo plazo.

Es imprescindible mencionar el papel de los antiplaquetarios en el IAM, situación en la que la aspirina es fundamental. La excelencia de sus resultados se demostró en el estudio ISIS-2, donde fue tan eficaz como la estreptoquinasa en la reducción de la mortalidad cardiovascular y evidenció un efecto que se sumó al del trombolítico. Por lo tanto, su administración en pacientes portadores de síndrome coronario agudo debe ser inmediata (clase I –A).

Recientemente, se incorporaron al arsenal terapéutico nuevos antiplaquetarios potentes como el

clopidogrel, cuyo uso se relaciona generalmente con las intervenciones coronarias percutáneas. Su aplicación en el infarto agudo de miocardio, asociado a la aspirina y a los fibrinolíticos se basa en la hipótesis de que podría contribuir al aumento de los índices de permeabilidad de la arteria culpable por el evento, además de reducir las complicaciones isquémicas posteriores. Esa hipótesis se probó en el estudio CLARITY, cuyos resultados revelan una reducción importante (36%) del porcentaje de arterias coronarias ocluidas en la cinecoronariografía, además de constatarse un mayor índice de flujo arterial TIMI III y una menor ocurrencia de trombos en los pacientes que recibieron este fármaco. Paralelamente, se demostró la reducción de 20% en la incidencia de eventos mayores como muerte, nuevo IAM y revascularización de urgencia, beneficio que ocurrió en todos los subgrupos con la gran ventaja de no asociarse a índices elevados de hemorragias mayores o menores, inclusive cerebrales y posteriores a la revascularización quirúrgica.

Otra clase de medicamentos de gran importancia en el tratamiento del IAM se refiere a los inhibidores de la enzima convertidora (IECA). Evidencias experimentales y clínicas derivadas de diversos estudios revelan su impacto beneficioso sobre el remodelado ventricular, alterando de forma favorable los parámetros hemodinámicos y reduciendo los índices de insuficiencia cardíaca. Los estudios demuestran que en los pacientes de mayor riesgo, como los portadores de IAM de pared anterior, fracción de eyección < 40%, alteraciones regionales de la contratilidad ventricular y signos de insuficiencia cardíaca, ocurre una gran reducción (26%) de eventos cardiovasculares, salvando un promedio de 58 vidas por cada 1000 individuos tratados. Aún en los de menor riesgo, la reducción de eventos es cercana al 7% con un promedio de 5 vidas salvadas por cada 1000 pacientes tratados. Cabe destacar que este efecto ocurre en los primeros días en un tercio de los ca-

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

sos, particularmente en pacientes con IAM de pared anterior y es sinérgico con la utilización de aspirina y betabloqueantes. Otros eventos isquémicos, como el reinfarto y la necesidad de procedimientos de revascularización también pueden reducirse con la administración crónica de estos medicamentos.

Una alternativa al uso de los IECA son los bloqueadores de los receptores A-2 (BRAS) como el losartan y el valsartan. Investigaciones clínicas muestran que estos medicamentos no fueron superiores en la prevención de eventos cardíacos mayores post-IAM; sin embargo, fueron muy bien tolerados y pueden utilizarse con seguridad en pacientes con contraindicación para el uso de IECA.

Con respecto a los bloqueantes de la aldosterona, como el eplerenone, se demostró una reducción del

15% en la mortalidad general y cardiovascular, con menor índice de nueva hospitalización y otros eventos mayores en pacientes portadores de IAM asociado a disfunción ventricular izquierda (estudio EPHEBUS).

Finalmente, es importante enfatizar que el tratamiento clínico del paciente con IAM implica un conjunto de acciones concatenadas que van desde la realización del diagnóstico precoz, el alivio del dolor, la implementación de las terapias de reperfusión y la utilización de antiplaquetarios, beta-bloqueantes e inhibidores de la ECA, con la finalidad de obtener la permeabilidad arterial precoz, limitando el área infartada y, por lo tanto, promoviendo la preservación de la función ventricular izquierda y la reducción de los índices de mortalidad cardiovascular.

Intervenciones Extracardíacas

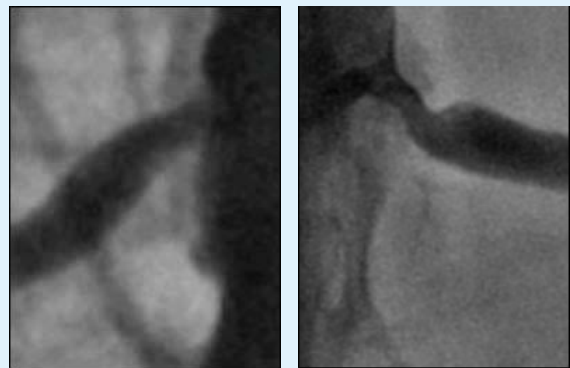
Hipertensión renovascular



//
Dr. Norberto Schechtmann
Holmes Regional Medical Center
Florida, EE.UU.

Experiencia en un hospital comunitario: El interés en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad renovascular se ha incrementado exponencialmente en los últimos 10 años.

La hipertensión arterial e insuficiencia renal progresiva han mostrado respuestas pobres con tratamientos convencionales, lo que ha impulsado a evaluar una alternativa diferente con buenos resultados inmediatos y a largo plazo. En mi comunidad, una de las razones que han incrementado el interés en este campo es el importante número de estos pacientes



añosos que viven en la Florida, Estados Unidos. La coexistencia de la enfermedad de la arteria renal con el proceso de arterioesclerosis está también asociada con patología vascular en otros territorios. La mejoría de métodos no invasivos de diagnóstico ha facilitado la identificación, reconocimiento y tratamiento de estos pacientes. Nosotros definimos

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

la estenosis significativa de la arteria renal como aquellas lesiones que comprometen más del 75% del lumen arterial y con gradientes translesión de más de 20mmHg. El estudio del dúplex renal es un método muy valioso, no invasivo, fácilmente reproducible pero que depende del operador y es utilizado para evaluar la parte proximal de las arterias renales; las lesiones que presentan más de 180cm/sec de velocidad son consideradas significativas.

Epidemiología: La prevalencia de la enfermedad de la arteria renal en poblaciones no seleccionadas no ha sido bien estudiada en el pasado. En los últimos 10 años, esta patología ha resurgido y cobrado interés vigoroso en el campo de la cardiología intervencionista. En los Estados Unidos, hay más de 60 millones de pacientes con hipertensión arterial y, en este momento, se considera que entre el 5 y el 7% de esta población es portadora de enfermedad renovascular. Esta enfermedad se asocia frecuentemente con enfermedad coronaria y enfermedad vascular periférica. La estenosis de la arteria renal coexiste en alrededor de 15 a 23% de pacientes con enfermedad coronaria, 28 a 38% de pacientes con enfermedad aortoiliaca, 45 a 59% de pacientes con enfermedad vascular de los miembros inferiores. La isquemia renal producida por estenosis de la arteria renal es una causa importante de hipertensión reversible así como del desarrollo de insuficiencia renal progresiva. La enfermedad renovascular puede llevar a hipertensión maligna entre el 10 y el 40% de los pacientes. En el año 2000, las estadísticas estadounidenses mostraban que anualmente unos 100.000 pacientes padecían enfermedad renal terminal. Se calcula que para el año 2010, 700.000 pacientes estarán en diálisis y de ellos, el 10-15% serán portadores de estenosis de la arteria renal. Esto demuestra que la observación o tratamiento tímido de la enfermedad renovascular solamente va a empeorar el pronóstico de los pacientes no tratados adecuadamente.

Patología: La arterioesclerosis incluye un número grande de procesos interrelacionados que incluyen dislipemia, alteraciones plaquetarias, trombosis, disfunción endotelial, inflamación, procesos oxidativos, factores genéticos y remodelación. Al tener estenosis de la arteria renal, se compromete el flujo al riñón afectado produciendo isquemia con una activación del sistema renina angiotensina II. Estos procesos llevan al desarrollo de enfermedad hipertensiva renovascular y al daño tisular irreversible. En general, más del 90% de los casos con estenosis de la arteria renal se deben a la presencia de arterioesclerosis de la aorta que compromete el ostium de las arterias renales y también, en algunos casos, se extiende al segmento proximal de la misma.

La mayoría de estos pacientes son hombres fumadores, pero también se ve frecuentemente en mujeres con dislipemia y diabetes. Por lo general, la displasia fibromuscular observada con la característica típica angiográfica de formación de "string of beads" está localizada en la parte media o distal de la arteria renal. Se ve más frecuentemente en mujeres jóvenes entre 20 y 50 años de edad y puede estar asociada a displasias fibromusculares de las arterias carótidas.

Cuadros clínicos de estos pacientes: Muchos de estos pacientes a pesar de tener un compromiso de la arteria renal significativo poseen una reserva de la función renal importante. Así, los niveles de creatinina se mantienen normales a pesar de tener un deterioro marcado de la filtración glomerular. Habitualmente, la detección de estos pacientes es un hallazgo, cuando son sometidos a estudios diagnósticos por otras razones clínicas.

La enfermedad renovascular puede presentarse de dos maneras: una con hipertensión de origen renovascular y otra con insuficiencia renal progresiva. La estenosis de la arteria renal también puede presentarse con un cambio abrupto de la presión arterial en pacientes mayores a 50 años o pacientes hipertensos bien

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

controlados con uno o dos agentes y que rápidamente se descontrolan. La presencia de un soplo en el flanco lumbar o la presencia de insuficiencia cardíaca sin razones obvias, la elevación de los niveles de creatinina sérica o su exacerbación con el uso de IECA – ATII o una disminución en el tamaño renal, nos debe hacer sospechar de la presencia de estenosis de arteria renal.

El método de diagnóstico más común que nosotros usamos en nuestra institución es el dúplex de la arteria renal. Otros métodos no invasivos como los que se detallan a continuación presentan una alta sensibilidad y especificidad.

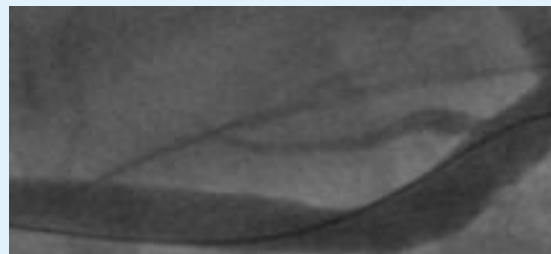
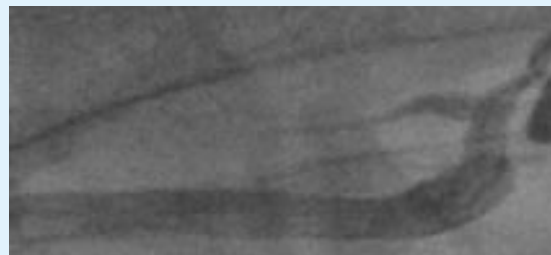
Diagnóstico			
Métodos diagnósticos para identificar la estenosis de la arteria renal			
Num. de la serie	Procedimiento	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
1	Scan de Captopril	85-90	90
2	Dúplex Renal	98	99
3	CT	89-100	82-100
4	MRI/MRA	91-100	71-100
5	Angiografía	98	100

En realidad, el dúplex renal sería el método más económico y el más fácilmente reproducible, pero, sin dudas, requiere un operador dedicado al tema, puesto que es un método muy dependiente de la persona que lo ejecuta. El dúplex renal ayudaría a evaluar si un paciente ha sido revascularizado en forma óptima y sería un método valioso en el seguimiento pos-stent en nuestros pacientes.

La tomografía computada con angiografía tiene una gran sensibilidad y especificidad para detección de la estenosis de la arteria renal. Debido a que la tomografía requiere dosis importantes de sustancia de contraste, está limitada en pacientes con insuficiencia renal.

La resonancia magnética con angiografía es también usada en pacientes con insuficiencia renal ya que tiene alta sensibilidad y especificidad. También ayudaría a identificar a arterias renales accesorias, hallazgo no tan infrecuente.

La angiografía renal, sin embargo, sigue siendo el método de diagnóstico por excelencia, con riesgos bajos si uno es cuidadoso en el manejo de estos pacientes con aortas abdominales que, en general, son muy ricas en placas arterioescleróticas. Es importante que estos pacientes sean estudiados con un aortograma abdominal y no hacer angiografías selectivas sin tener idea de que el ostium de estas arterias puede ser muy vulnerable debido a la presencia de placas ulceradas como las que se muestran a continuación, que podría generar una disección en la cateterización selectiva de estos vasos sin angiografía abdominal previa.



Lesión ulcerada, crítica, compleja –Se cruzó la lesión con guía *Whisper*

En lesiones dudosas de 60% de estenosis es recomendable realizar toma de presiones con catéteres 4Fr para poder confirmar un gradiente de, por lo menos, 15-20mmHg a través de la lesión.

Tratamiento

Indicaciones para revascularización de la arteria renal

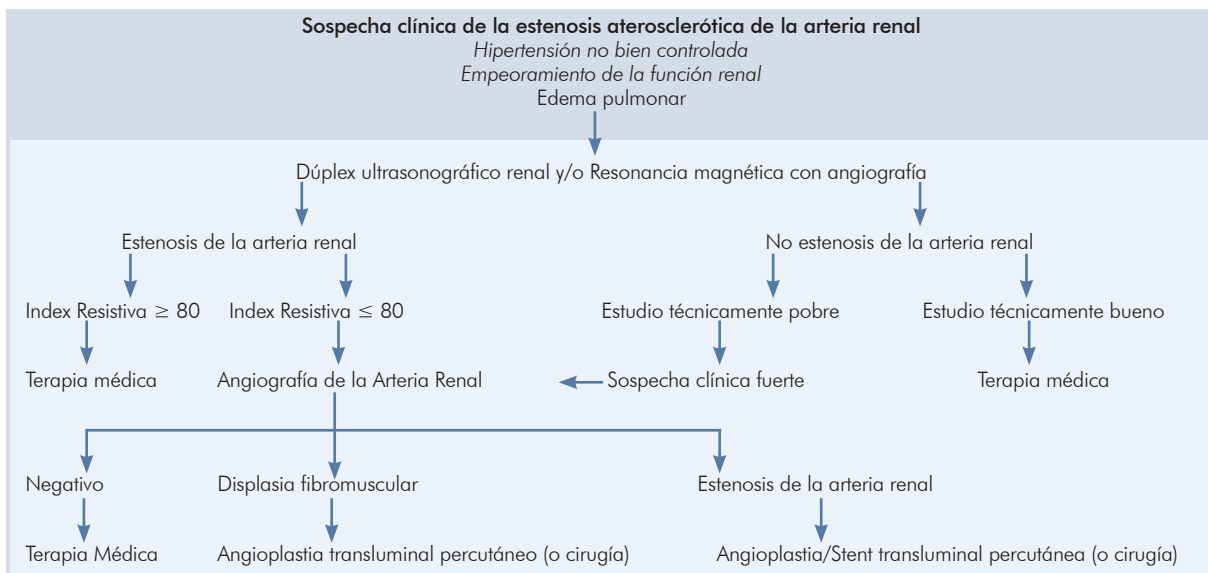
> 50% estenosis
Gradiente presión sistólica translesional > 15mmHg
Hipertensión difícil de controlar
Empeoramiento de la función renal
Edema pulmonar no isquémico

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Pronóstico: El pronóstico de esta enfermedad estará determinado por la información y educación de la población médica. El diagnóstico precoz de la estenosis de la arteria renal y el manejo más agresivo de estos pacientes va a cambiar la historia natural de esta entidad, ya que, de otro modo, van hacia la oclusión total de la arteria renal con un deterioro clínico no solamente por hipertensión o proteinuria, sino también por terminar en diálisis permanente. Ha sido confirmado que anualmente la progresión de la enfermedad renovascular en pacientes que tienen lesiones de más del 50%, llega en más del 16% a la oclusión total.

El último cuadro es un esquema que ayudaría al enfoque y al manejo del tratamiento de los pacientes con estenosis de la arteria renal.

Mantenimiento de la estenosis de la arteria renal



Es importante tener presente la prevalencia de esta enfermedad que se asocia con la epidemia de obesidad, diabetes e hipertensión que estamos viviendo. Es importante tener un enfoque más agresivo y tener en cuenta la asociación entre estenosis de la arteria renal y enfermedad coronaria, debido a que muchos de estos pacientes son

asintomáticos desde el punto de vista renovascular. La angiografía y revascularización deberían ser implementadas precozmente en aquellos pacientes que tienen deterioro de la función renal o dificultad en el control de la presión arterial. En el presente, existen controversias y preguntas para contestar.

Conclusión:

- Nuestra experiencia nos ha mostrado que el tratamiento de la estenosis renal puede revertir la hipertensión arterial e insuficiencia renal progresiva.
- La historia natural de esta enfermedad llegaría a la oclusión total de la arteria renal con pérdida del parénquima renal.
- Es imperativo que los prestadores de salud incorporen en su diagnóstico diferencial esta entidad que está presente con alta incidencia y prevalencia en las poblaciones descritas anteriormente.

Agradecimientos: Esta experiencia no pudo haber sido elaborada sin la contribución de mis colegas de MIMA y con el soporte del hospital, *Holmes Regional Medical Center*, su staff y la colaboración de nuestros pacientes.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Embolización uterina en acretismo placentario

//

Dr. José O. Gómez Moreno, Dr. José L. Lazarte, Dra Marisa M. Acosta.

Instituto de Cardiología y Cirugía Cardíaca de Posadas. Misiones, Argentina.

Paciente de sexo femenino de 37 años, multipara con 5 (cinco) cesáreas previas, gesta actual de 34-35 semanas por ecografía, feto único, vital.

Se realizó diagnóstico ecográfico en la semana 32 de placenta previa oclusiva total con acretismo placentario confirmando el diagnóstico por resonancia magnética. La paciente no presentó antecedentes de ginecorragia, hematuria ni disuria. Se interna para maduración fetal, con laboratorio al ingreso: Hto. 30%, Hg. 9,16, Hipocromía, Plaquetas: 230.000, KPTT28", TP 12,6.

Se decide cesárea bajo anestesia general seguida de histerectomía, previa embolización de las arterias uterinas. Se procede a la cateterización selectiva bilateral con catéter Roberts de Coock (5 Fr. y 4 Fr. distal) y posterior control angiográfico y fijación de los catéteres.

Se inicia cesárea con incisión mediana supra- infraumbilical, histerorrafia fúndica, extracción del feto único, vital, APGAR 6/7 de 35 semanas. Se liga cordón umbilical y se realiza sutura de la histerorrafia. Se realiza embolización uterina bilateral con Spongostan previo control angiográfico de la posición de los catéteres, (Fig. 2-A) con éxito angiográfico (Fig. 2-B).

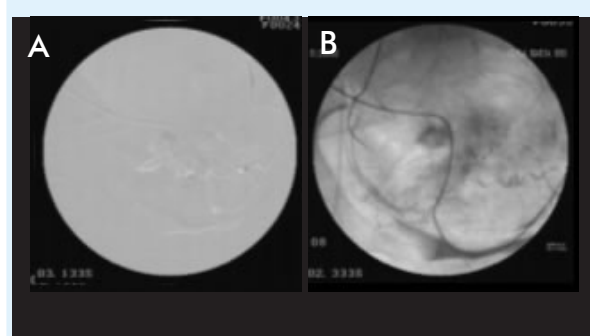


Figura 2: Embolización simultánea de ambas arterias uterinas

A. Embolización de arterias uterinas bilateral simultánea.
B. Control pos-embolización

Histerectomía subtotal con resección del techo vesical por infiltración placentaria, con hemostasis

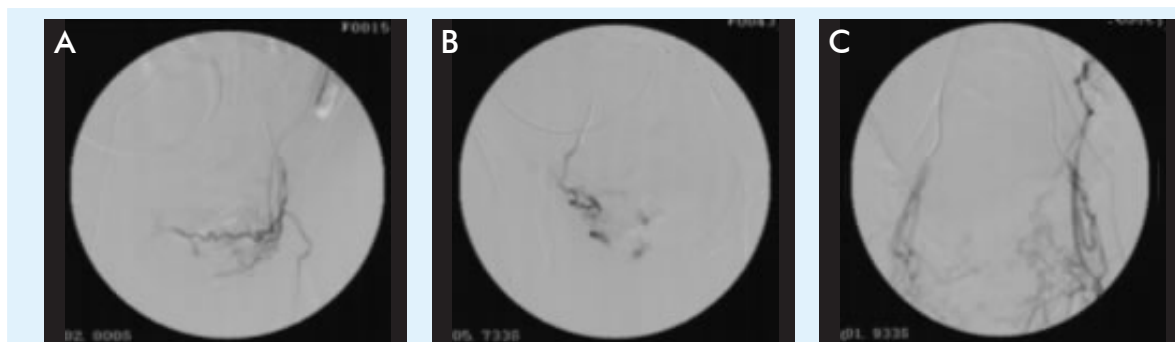


Figura 1: Arteriografía selectiva simultánea de ambas arterias uterinas.

A. Arteria uterina izquierda. B. Arteria uterina derecha. C. Arteriografía selectiva de las arterias uterinas bilateral simultánea

PRESENTACIÓN DE CASOS

controlada. Plastia vesical por cirujano. El paciente estaba hemodinámicamente estable, TA 110/60mmHg, TAM 55-60 mmHg, FC 87 lpm, SpO2 98%. Histerectomía subtotal con resección del techo vesical por infiltración placentaria, sin complicaciones. Unidades transfundidas: preoperatorio (Hto. 30%, Hb. 9,16) 1 GRS; intraoperatorio (Hto. 29 %) 2 GRS + 1 PFC. Hto. POP inmediato: 30%

Se retiran introductores femorales al final de la cirugía con compresión manual, sin complicaciones, con buenos pulsos distales.

La paciente está lúcida, TA 110/60 mmHg, FC: 87 lpm, SpO2 98% por oximetría de pulso, ginecorragia escasa.

Teniendo en cuenta que las complicaciones hemorrágicas del acretismo placentario tienen una mortalidad materna del 20% y perinatal del 30%, la embolización uterina en estas pacientes es una técnica segura que le permite al cirujano obstetra y al urólogo una técnica quirúrgica adecuada con un campo visual óptimo y con una paciente hemodinámicamente estable, disminuyendo la morbi-mortalidad materna.

Si usted tiene un caso interesante para compartir en este espacio, lo invitamos a enviarlo por correo electrónico a: mboero@solaci.org

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA

Este es un espacio comercial. Los anuncios son responsabilidad de la empresa patrocinante.

Entrega com confiança

TAXUS™ Liberté™

Paclitaxel-Eluting Coronary Stent System

O primeiro DES de segunda geração desenvolvido para liberação de fármaco

**Boston
Scientific**

Delivering what's next.™

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

Dr. José Manuel Gabay. Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina

Stenting carotídeo vs. endarterectomía carotídea. Estudio SPACE

Ringleb PA, Allenberg J, Bruckmann H, Eckstein HH, Fraedrich G, Hartmann M, Hennerici M, Jansen O, Klein G, Kunze A, Marx P, Niederkorn K, Schmiedt W, Solymosi L, Stingele R, Zeumer H, Hacke W. *The Lancet* - Vol. 368, Issue 9543, October 2006, 1239-1247

El estudio SPACE (*Stent Protected Angioplasty vs. Carotid Endarterectomy*) incluyó 1200 pacientes con accidente isquémico transitorio (AIT) o ACV isquémico moderado definidos por el score Rankin modificado ≤ 3 dentro de los 180 días. Los pacientes fueron randomizados a stenting carotídeo (N=605) o endarterectomía carotídea (N=595). Como criterio de inclusión, los pacientes debían presentar una obstrucción carotídea $\geq 70\%$ por ultrasonido, lo que equivaldría a una obstrucción $\geq 50\%$, según criterios NASCET o $>70\%$, según criterios ECST.

Participaron 35 centros de Europa con equipos integrados por neurólogos, cirujanos vasculares y cardiólogos intervencionistas. El punto final primario fue ACV isquémico ipsilateral a 30 días del procedimiento. El diseño estadístico fue de no inferioridad definido con un margen de inferioridad definido como menor a 2,5% basado en una tasa de eventos del 5%.

Los resultados mostraron una incidencia de ACV isquémico ipsilateral a 30 días de 6,84% en el grupo de stenting carotídeo y 6,34% en aquellos sometidos a endarterectomía carotídea (diferencia absoluta de 0,51% [IC 90%= -1,89 a 2,91]; $p=0.09$).

De los datos observados, el estudio SPACE fracasó en su objetivo primario ya que no logró demostrar no inferioridad en las complicaciones peri-procedimientos entre el stenting vs. endarterectomía carotídea, si bien se deben esperar los resultados alejados.

Nos gustaría compartir su opinión sobre los artículos comentados en este número.
Puede escribirnos a: mboero@solaci.org

ASÍ LO HARÍA YO

Opina el Dr. Jorge Leguizamón

Caso: Bifurcaciones coronarias, ¿qué estrategia utilizar?



//
Dr. Jorge Leguizamón
Clínica Bazterrica
Buenos Aires, Argentina

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 72 años de edad que ingresa con un cuadro de angina inestable.

El ECG mostró al ingreso onda T negativa en cara inferolateral. Marcadores séricos negativos.

Se solicita CCG que evidenció una arteria coronaria derecha de bifurcación alta, en tercio medio, con una obstrucción en dicha bifurcación que compromete la descendente posterior y una importante posteroventricular. La coronaria izquierda no presentaba lesiones.

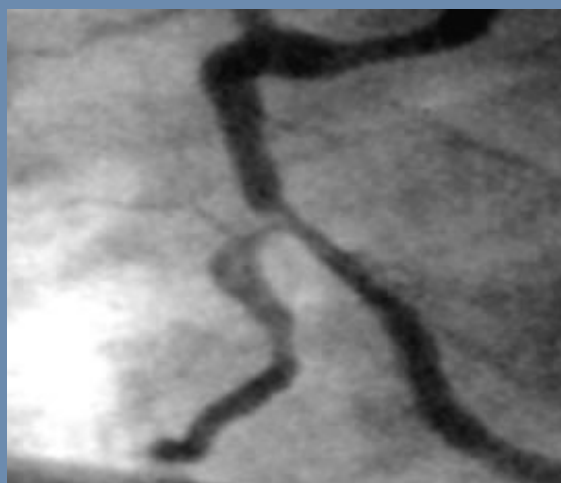
¿Cuál sería su estrategia? ¿Por qué?

Estrategia: "T provisional" (ángulo favorable). Stent orientado hacia el ramo PV. Ubicar dos cuerdas tipo Balance o similar "amigables"; predilatar el vaso principal, implantar un stent metálico \pm 3,5 mm, reubicar las cuerdas y finalizar con "kissing".

¿Qué comentarios nos puede hacer respecto a materiales a que escogería, potenciales complicaciones, trucos y secretos de este procedimiento?

Material:

- a. Catéter guía JR4 7F.
- b. Cuerda "Floppy"
- c. Balón de 3,0 x 8mm para ingresar al ramo DP.
- d. Sólo un stent metálico de largo suficiente, celdas complacientes y buena performance (Liberté, Driver, etc.).
- e. Cuerda hidrofílica sólo si hubiese dificultad para acceder al ramo DP (tipo PT2) con curva distal apropiada, manualmente confeccionada.



ASÍ LO HARÍA YO

Recomendaciones:

1. Respetar las angulaciones proximales del vaso y las placas del tercio proximal, pues podríamos “llevárnoslas por delante” con el catéter guía intubado, al intercambiar las cuerdas.
2. La placa de bifurcación es excéntrica y limita el acceso al ramo DP, podríamos salvar esa dificultad predilatándola con balón convencional o “Cutting Balloon” de 3,5mm (lo usamos frecuentemente en bifurcaciones y ostium).
3. Si tenemos una cuerda hidrofílica posicionada en el vaso secundario, ¡no liberar el stent en el vaso principal sin antes retirarla!
4. Finalizar con “Kissing” utilizando balones cortos. *No sobrepasar el extremo proximal del stent! ¡No sobredilatar la rama DP.*
5. Recordar que:
El objetivo es lograr un resultado aceptable en el ramo DP ($\leq 40\%$ de estenosis residual, estable y sin disección) y resultado óptimo “sin deformaciones del stent” en el vaso principal.
6. Estimo la posibilidad de requerir un segundo stent para el ramo DP en menos de 20%.

Nos gustaría compartir su opinión sobre los artículos comentados en este número.

Puede escribirnos a: mboero@solaci.org