



**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:

Dra. Liliana R. Grinfeld ..... **02** **VER ▶**

### REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS:

**Intervenciones Cardíacas:** Dr. Helio Roque Figueira

“Trombosis del stent: Seguimiento tardío” ..... **03** **VER ▶**

**Intervenciones Pediátricas:** Dr. Miguel Granja

“Procedimiento híbrido para el tratamiento del Síndrome de Hipoplasia  
del Corazón Izquierdo (S H C I)” ..... **07** **VER ▶**

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA: ..... **06** **VER ▶**

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA: ..... **09** **VER ▶**

PRESENTACIÓN DE CASOS: ..... **10** **VER ▶**

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA: ..... **11** **VER ▶**

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA: ..... **12** **VER ▶**

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS: ..... **13** **VER ▶**

## EDITORIAL: Dra. Liliana R. Grinfeld



//

**Dra. Liliana R. Grinfeld**Jefa Servicio Hemodinamia y Cardiología Intervencionista  
Hospital Italiano de Buenos Aires**Bienvenidos a SOLACI'2007.**

Me es muy gratificante ponerme en contacto a través del ProEducar para informarlos e invitarlos al Congreso SOLACI 2007. La Sociedad Latinoamericana de Cardiología Intervencionista realiza anualmente el evento académico más importante de la especialidad en la región.

El mismo tiene como países sede a la Argentina, Brasil y México, llegando a nuestro país, por consecuencia, una vez cada tres años. Este año es Buenos Aires, Argentina. Esta oportunidad única de tener en nuestro país a los más prestigiosos intervencionistas del mundo debe ser aprovechada no sólo desde el punto de vista científico sino también desde el punto de vista educativo. La cardiología intervencionista tiene la particularidad de que su aprendizaje está basado en la realización de casos prácticos, además de la evidencia clínica y científica necesaria.

Acorde con ello, el programa científico se divide en la realización de "Casos en Vivo", ejemplificadores de nuestra práctica diaria realizados por expertos nacionales y extranjeros, con participación del público en el salón principal del evento. La opción académica tiene varios salones dedicados a las ponencias médicas evaluando

los resultados de los ensayos clínicos, discutiendo las evidencias y creando la base para las futuras guías de tratamiento en nuestra región. La presencia de los clínicos cardiólogos en estas discusiones está garantizada desde el inicio por la participación del Dr. Valentín Fuster y prominentes cardiólogos clínicos de Latinoamérica. Las sesiones dedicadas a cardiología intervencionista pediátrica tienen un salón exclusivo durante dos de los días del congreso. También los enfermeros y tecnólogos nos acompañan en SOLACI'07.

Otros momentos muy atractivos serán las sesiones compartidas con Simposios extranjeros tales como EuroPCR, TCT, entre muchos otros, que versarán sobre temas destacados en los mismos. La presentación de posters y temas libres ha sido también contemplada como prioritaria en el programa científico. Por todo ello y mucho más, es que estoy segura de que SOLACI'07 será un evento imperdible para todo cardiólogo intervencionista o alumnos y residentes de la carrera de la especialidad.

**Dra. Liliana R. Grinfeld****Presidente XIII Congreso SOLACI-XVII Congreso CACI**

## REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

## Intervenciones Cardíacas

# Trombosis del stent– Seguimiento tardío



//

**Dr. Helio Roque Figueira y Dr. Júlio César Machado Andréa**

Jefe de los Servicios de Cardiología Intervencionista de la Clínica São Vicente y el Hospital CardioTrauma Ipanema  
 Director Financiero de la SBHCI (Sociedad Brasileira de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista). Río de Janeiro, Brasil

Los stents farmacológicos (DES) aprobados para uso comercial a partir de 2003, sin duda, representaron un enorme avance en la cardiología intervencionista.

Estos dispositivos están revestidos (recubiertos) con fármacos que inhiben la migración de las células musculares lisas y su proliferación intraluminal anormal, asociada a una intensa deposición extracelular de tejido conjuntivo en respuesta al daño mecánico provocado por el implante del stent. Esta proliferación celular y la consecuente formación de tejido neointimal es el principal mecanismo responsable de la reestenosis intra-stent.

Su eficacia a lo largo de los años para inhibir la hiperplasia neointimal y, por lo tanto, la necesidad de revascularización de la lesión tratada (TLR) es absolutamente indiscutible si se compara con los llamados actualmente stents convencionales (BMS).

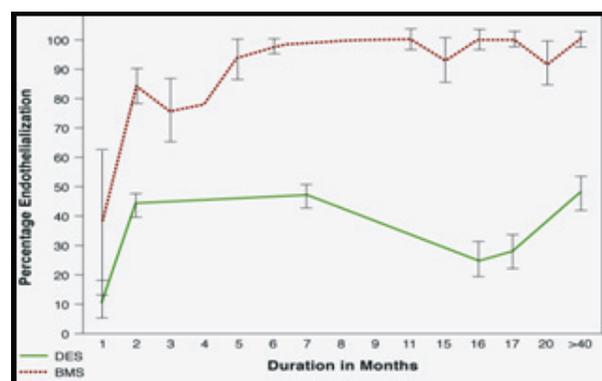
La trombosis intra-stent puede ser aguda (ocurre en la etapa hospitalaria) y subaguda (hasta 30 días después del implante) y, en esos casos, suele relacionarse con procedimientos tales como la hipoexpansión del stent y disecciones en sus bordes no tratadas o no visualizadas.

En cambio, la trombosis tardía (entre 30 días y un año) y la ultra tardía (luego del primer año) es un

fenómeno multifactorial que incluye la técnica de implante del stent, el producto polímero o droga y el paciente. Eventualmente, cada variable puede contribuir con:

- 1- El polímero - reacciones de hipersensibilidad, inflamatorias y trombogénicas.
- 2- La droga - que retrasa la cicatrización.
- 3- Técnica de implante inadecuada – hipoexpansión y mala aposición tardía con los consecuentes problemas de flujo.
- 4- El paciente - resistencia antiplaquetaria, trombogenicidad intrínseca y lesiones más complejas (bifurcaciones, "overlapping", etc).

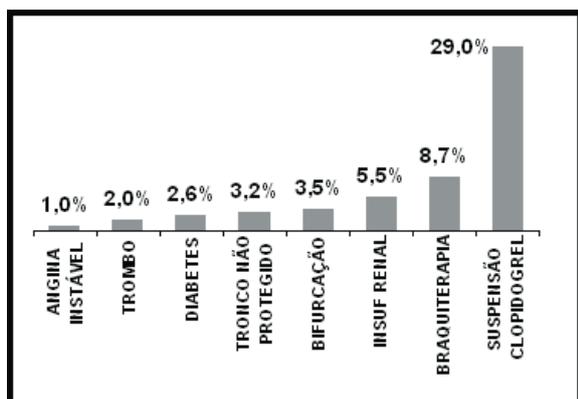
Virmani y cols. demostraron la incompleta cobertura neointimal de las astas del stent como principal factor de predicción morfométrico de la trombosis tardía.



## REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Los eventos trombóticos tardíos son raros con BMS, aunque pueden ocurrir en cerca de un 6% de los pacientes después de la braquiterapia. La trombosis tardía del stent se presenta clínicamente de forma devastadora con un infarto agudo de miocardio o muerte.

En un estudio observacional de 2229 pacientes, Iakovou e cols. informaron 29 trombosis *intra-stent*, con una mortalidad de 45%. El principal factor de predicción independiente fue la interrupción de la terapia antiplaquetaria.



En octubre de 2006, el *Academic Research Consortium* (ARC), con la participación de representantes de la industria, la FDA, cardiólogos intervencionistas y centros académicos, obtuvo un consenso en la estandarización de la definición de la trombosis *intra-stent*.

### TROMBOSIS, SEGÚN EL ARC (ACADEMIC RESEARCH CONSORTIUM):

#### Definida / confirmada:

- Síndrome coronario agudo Y
- Confirmación angiográfica del trombo u oclusión del vaso tratado ○
- Confirmación anatomopatológica de la trombosis.

#### Probable:

- Muerte inexplicada en los primeros 30 días después del ICP.

- Infarto agudo de miocardio relacionado con el vaso tratado sin confirmación angiográfica de trombosis (trombo visible u oclusión) ○
- Identificación de otra lesión culpable.

#### Posible:

- Muerte inexplicada a los 30 días.

En función de metaanálisis recientes presentados en el último Congreso Mundial de Cardiología que sugieren índices elevados de trombosis tardía, así como aumento de la mortalidad (cardíaca y no cardíaca) e infarto agudo de miocardio, el Comité de Especialistas del Panel Consultivo de la FDA se reunieron los días 7 y 8 de diciembre para evaluar la incidencia real de trombosis y la seguridad de los stents farmacológicos con el objetivo de proporcionar recomendaciones sobre las indicaciones de su uso y la duración del tratamiento antiplaquetario.

La trombosis, aunque tenga una baja incidencia, puede ocurrir después del implante de stents, tanto BMS como DES, y debemos conocer su fisiopatología, factores de riesgo independientes y, por lo tanto, hacer todo lo posible para prevenirla.

En esta reunión se presentaron y analizaron los datos científicos disponibles obtenidos a partir de estudios clínicos realizados hasta esa fecha, tales como RAVEL, SIRIUS, E-SIRIUS, C-SIRIUS, con datos de seguimiento realizado durante los últimos 4 años, y de otros estudios clínicos aleatorizados, tanto con stents recubiertos con Sirolimus como con Paclitaxel, que en total suman más de 45.000 pacientes.

#### Stents con Sirolimus

Los estudios aleatorizados y con indicaciones precisas (donde se respetan los criterios de exclusión) con Sirolimus demostraron un beneficio incuestionable y sustentable en la reducción de la necesidad

## REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

de revascularización de la lesión tratada (TLR) y no presentaron una incidencia mayor de trombosis aguda, subaguda y tardía cuando se compararon con estudios con BMS en 4 años de observación (1,5% versus 1,7%).

El comité de evaluación de la FDA, después de evaluar los estudios estuvo de acuerdo en que los beneficios del DES superan en gran medida los riesgos, aún sin haber llegado a un consenso sobre la existencia de un riesgo significativo de trombosis, pero concluyeron que el DES no presenta un riesgo mayor de muerte o infarto de miocardio.

El uso de los stents con Sirolimus, según las indicaciones aprobadas, supera fácilmente los riesgos, incluso el pequeño aumento observado en las trombosis muy tardías en el stent, en relación con la necesidad de nuevos procedimientos de revascularización (TLR).

En el caso de usos "off-label" o en el mundo real, la incidencia de eventos adversos secundarios como la trombosis subaguda o tardía y sus consecuencias, es ligeramente mayor para esos pacientes.

Esto se debe fundamentalmente al hecho de que esos pacientes presentan lesiones más complejas, tales como bifurcaciones, vasos de fino calibre, lesiones largas, puentes de vena safena, *overlapping* de stents, etc.

### Stents con Paclitaxel

En el caso del uso "on-label" (es decir, según las indicaciones del fabricante), la FDA analizó los datos de aproximadamente 3.000 pacientes con hasta cuatro años de seguimiento evaluados en los estudios clínicos aleatorizados TAXUS I, II, IV y V, que compararon el stent con Paclitaxel comercializado (formulación de liberación lenta) con el stent metálico de control.

- El stent con Paclitaxel redujo el índice de TLR en aproximadamente 50% en comparación con los stents convencionales.
- La incidencia de muerte o infarto agudo de miocardio (IAM) fue igual o menor en comparación con el grupo control que recibió un stent metálico.
- El índice de trombosis ultra tardía (después de un año) no fue estadísticamente significativa en los dos grupos, independientemente de la definición usada en la reunión del Panel Consultivo de la FDA, incluyendo la definición del *Academic Research Consortium*.

Eso contrasta con los datos presentados en octubre de 2006 en el TCT, que mostró un pequeño pero estadísticamente significativo aumento de la incidencia de trombosis ultra tardía en un grupo con más de 3.445 pacientes tratados en estudios clínicos con stent con Paclitaxel en comparación con los stents metálicos.

También se presentaron datos sobre pacientes inscriptos en los registros ARRIVE I y ARRIVE II, con aproximadamente 7.000 pacientes del mundo real que representan casos mucho más complejos que incluyen enfermedades de vasos muy pequeños, lesiones obstructivas muy largas o en múltiples vasos, que muchas veces exigen múltiples stents.

Esos pacientes con lesiones complejas representan aproximadamente dos tercios de las indicaciones de los stents recubiertos con fármacos implantados actualmente en la práctica clínica.

Los pacientes con lesiones simples presentaron resultados clínicos comparables con los que tenían lesiones similares a los estudios aleatorizados, lo que confirma el potencial del registro ARRIVE para reflejar los resultados clínicos.

## REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

### Conclusiones

De allí surgió una discusión para aumentar la duración del tratamiento antiplaquetario a 12 meses, así como se establecieron algunas recomendaciones durante el último Congreso del AHA, incluyendo las nuevas Pautas de las Intervenciones Coronarias Percutáneas vigentes del ACC/AHA/SCAI.

Además, debemos asumir una postura cautelosa en relación con las indicaciones "off label", tales como lesión de tronco de la arteria coronaria izquierda y bifurcaciones, y en el infarto agudo de miocardio.

Por tratarse de un fenómeno poco frecuente, para que haya un mayor poder estadístico deben realizarse estudios con gran cantidad de pacientes. Se

están programando varios estudios relacionados con la trombosis intra-stent y con el tiempo de uso de antiplaquetarios, tales como: *The STENT Thrombosis Trial* (10.000 pacientes); *E-Select Registry e Insight Randomized Trial* (30.000 pacientes) y *The Protect Randomized Trial* (8.000 pacientes).

Creo que el futuro de los stents recubiertos con fármacos será la evolución hacia los stents con nuevos fármacos, polímeros bioabsorbibles o sin polímeros y finalmente, los stents totalmente bioabsorbibles como, por ejemplo, el stent de magnesio, aún en fase de experimentación clínica.

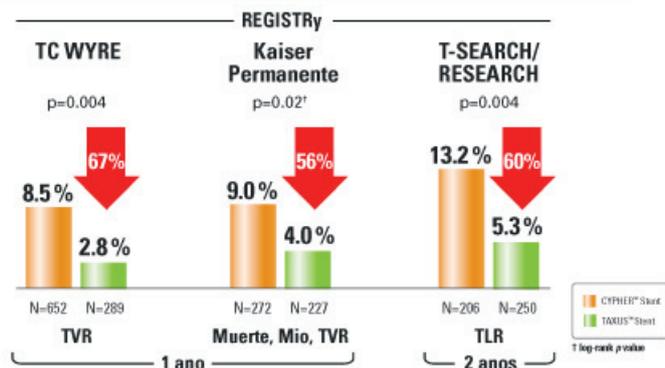
## ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA

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

**Boston Scientific**  
Delivering what's next.™

**El Paclitaxel™ tiene un mecanismo de acción multifuncional y puede ser más efectivo que el Sirolimus en pacientes diabéticos<sup>2</sup>**

**Nuevos datos confirman que el *stent* TAXUS™ es clínicamente superior al *stent* CYPHER™ en pacientes diabéticos<sup>1</sup>**



<sup>1</sup> TC WYRE registry data presented by Dr. Kandzari and Dr. O'Neil at TCT 2006. Kaiser Permanente registry data presented by Dr. Birar at TCT 2006. Prairie Heart Institute registry data presented by Dr. Mishkel et al. TCT 2006. T-Search/Research registry presented by Dr. Daemen at AHA 2006.

<sup>2</sup> Mechanism of paclitaxel described by Daemen et al. Eur Heart J. 2007;28:26-32; Dawkins, et al. EuroInterv 2006;2:61-68; Patterson et al. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2006;26:1473-1480.

## REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

## Intervenciones Pediátricas

# Procedimiento híbrido para el tratamiento del Síndrome de Hipoplasia del Corazón Izquierdo (SHCI)



//  
**Dr. Miguel Granja, Dr. Luis Trentacoste, Dr. Jesús Damsky Barbosa,  
 Dr. Victorio Lucini.**  
 Hospitales de Niños "Pedro de Elizalde" y "Ricardo Gutiérrez"

Se trata de una patología compleja, de etiología no precisada, caracterizada por estenosis o atresia aórtica, hipoplasia de aorta ascendente, estenosis o atresia mitral y un ventrículo izquierdo que exhibe diferentes grados de hipoplasia, desde leve hasta severa. La sobrevida de estos pacientes depende absolutamente de la permeabilidad del ductus arterioso y de la persistencia del foramen oval. Su evolución natural está signada por una alta y rápida mortalidad, superior al 80% al mes de vida. Esto ha transformado a esta enfermedad en uno de los mayores desafíos para la cardiología infantil, con resultados aún inciertos. El advenimiento de las prostaglandinas para mantener la patente ductal y de las técnicas quirúrgicas para corazones con un sólo ventrículo dieron estímulo para el desarrollo de estrategias para el tratamiento quirúrgico del SHCI. La operación de Norwood constituye uno de los principales procedimientos utilizados para paliar esta grave patología, pero la mortalidad operatoria sigue siendo preocupante. Esta compleja cirugía, que es la primera etapa, tiene los siguientes objetivos: **1)** crear una amplia conexión entre la arteria pulmonar y la aorta, lo que proporciona un tracto de salida sistémico libre; **2)** producir una comunicación irrestricta entre las aurículas para asegurar un retorno venoso pulmonar sin obstáculos; **3)** controlar el flujo pulmonar a través de una anastomosis sistémico-pulmonar o un tubo entre ventrículo derecho y arteria pulmonar (sano). A pesar de la mayor

sobrevida, sigue siendo de alto riesgo. Aún en procedimientos perfectamente realizados se requiere circulación extracorpórea prolongada, ocasional parada circulatoria, múltiples transfusiones, cierre esternal diferido, etc. Todo esto sumado a una hospitalización larga de un neonato con hipoxia y presiones diastólicas bajas, atenta contra un desarrollo neurológico adecuado. Hay además otros factores de riesgo, no infrecuentes, que incrementan los resultados negativos de este estadio I de Norwood: shock cardiogénico, prematurez, peso menor a 2,5 Kg., aorta ascendente menor a 2mm, deterioro de la función del único ventrículo (VD), insuficiencia tricuspídea, CIA restrictiva u otras malformaciones no cardíacas. Este grupo de alto riesgo tiene una mortalidad entre 20 y 50%. Superado este primer estadio del período neonatal se llega al estadio II, alrededor de los 6 meses, donde se efectúa una anastomosis de Glenn bidireccional y, finalmente, el estadio III, a los 2-3 años, momento en que se completa la anastomosis cavo-pulmonar total.

Si bien ha habido avances significativos en las técnicas quirúrgicas y en el manejo perioperatorio de estos pacientes complejos, el resultado promedio de la paliación quirúrgica tradicional permanece subóptimo. A partir de esta premisa y con el objetivo primordial de disminuir la morbilidad y mortalidad de esta primera paliación, se comenzaron a utilizar los procedimientos denominados híbridos, don-

## REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

de se complementan las actividades del cirujano y del cardiólogo intervencionista. Utilizando una innovadora combinación de técnicas quirúrgica y endovascular se logra controlar el flujo pulmonar (cerclaje de arteria pulmonar), proveer un adecuado volumen minuto sistémico (stent en el ductus) y crear un flujo irrestricto desde la aurícula izquierda (septostomía auricular), evitando el uso de bomba de circulación extracorpórea en el período crítico neonatal. Esto intenta preservar la función ventricular y, al mismo tiempo, permitir un mayor desarrollo del paciente y, especialmente, de su lecho vascular pulmonar. A los 3-6 meses se realiza la “gran y tal vez última cirugía”, ahora sí con bomba de circulación extracorpórea. Última porque el cirujano puede dejar anatómicamente preparado el corazón para completar el tercer estadio por vía percutánea (cavo-pulmonar total con stent forrado).

**Procedimiento:** Es muy importante tener en cuenta que estos procedimientos de alta complejidad deben hacerse en un lugar especialmente diseñado, donde se combinen el ámbito quirúrgico y el laboratorio de hemodinamia. Esta “sala para híbridos” debe contar con todos los elementos y personal adecuado para el óptimo resultado del procedimiento. Obviamente, en nuestro medio, es aún muy difícil pensar en tener esta sala especial, pero los esfuerzos deben dirigirse en ese sentido. El procedimiento consta de tres pasos fundamentales:

- 1) Cerclaje quirúrgico de ambas ramas pulmonares
- 2) Colocación de un stent en el ductus arterioso
- 3) Septostomía auricular

El orden en el cual estos pasos se han ido realizando ha variado con el paso del tiempo. Se ha realizado primero el cerclaje en quirófano y luego la colocación del stent en Hemodinamia o exactamente lo contrario en otros casos. Lo que se preconiza hoy, en base a las complicaciones que se han presentado con las modalidades anteriores, es efectuar ambos

procedimientos en el mismo momento y en el mismo ámbito, idealmente en la “sala para híbridos”.

El procedimiento se efectúa a través de una esternotomía mediana. El cirujano efectúa cerclaje de ambas ramas pulmonares utilizando un anillo de PTFE de 3,5mm de diámetro para cada una. Luego coloca una vaina a través de una arteriotomía pulmonar y por la misma, el cardiólogo intervencionista avanza un stent para ser posicionado en el ductus arterioso. El stent puede ser autoexpandible o expandible con balón y su diámetro y longitud se eligen de acuerdo al tamaño ductal (generalmente se utilizan periféricos de 8 x 17mm). La colocación del stent y su control posterior se realizan bajo visión radiológica en posición perfil.

Con respecto a la septostomía auricular, no es fácil hacerla ni decidir el momento adecuado. En base a la experiencia mundial al respecto, que tampoco es excesiva, se aconseja la realización de la septostomía previo al alta hospitalaria. Se realiza en laboratorio de Hemodinamia utilizando balón de Rashkind. En casos especiales, con septum muy engrosado, se pueden utilizar balón estático, *cutting balloon* o, incluso, stent.

**Seguimiento:** Tan importante como el procedimiento mismo de la hibridación es el control clínico de estos pacientes luego del alta hospitalaria. Existe mortalidad elevada en el período interestadio de pacientes no controlados. Deben ser examinados cada 1-2 semanas por el cardiólogo y controlados con ecocardiografía. Básicamente se busca la presencia de obstrucciones: del stent ductal, del septum interauricular o de la aorta transversa proximal al stent y también la función del único ventrículo (VD) y de la única válvula (tricúspide). Cualquier evidencia de obstrucción o de disminución de la función ventricular es indicación de un cateterismo para diagnosticar y tratar dicha complicación. El stent ductal puede ser redilatado; la CIA restrictiva reabrirse, tal

## REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

vez con balones estáticos; la coartación adquirida puede tratarse con balón o incluso con stent. El tratamiento precoz y efectivo de estos eventos preserva la función ventricular que es la clave para llegar al estadio II. Si en el control clínico no hay evidencias de complicación, se efectúa un cateterismo electivo previo a la realización del estadio II.

### ESTADIO II: Cirugía con bomba de circulación extracorpórea

Esta cirugía se realiza entre los 4 y 6 meses de vida. Durante la misma se remueve el stent del ductus, se retiran las bandas de cerclaje, se reparan el arco aórtico y las arterias pulmonares, se anastomosan arteria pulmonar proximal y aorta, se reseca el septum interauricular, se efectúa una anastomosis entre la vena cava superior y arteria pulmonar (anastomosis de Glenn) y puede dejarse preparada la anatomía de tal manera que exista la opción, más adelante, de

completar el bypass total o estadio III por vía percutánea (anastomosis entre vena cava inferior y arteria pulmonar con stent cubierto con PTFE).

**Conclusiones:** El procedimiento híbrido, que combina técnicas quirúrgicas y endovasculares, puede alcanzar un aceptable resultado a corto plazo en pacientes con síndrome de corazón izquierdo hipoplásico. Las cirugías convencionales no han mostrado resultados totalmente satisfactorios y esta nueva estrategia parece ser una alternativa válida para tratar una patología que representa un gran desafío. Ha existido una importante curva de aprendizaje en su instrumentación, pero consideramos que la técnica actual es la que menos morbimortalidad exhibe. Es necesaria una estrecha colaboración entre cirujanos, cardiólogos, cardiólogos intervencionistas y la industria para poder lograr en el futuro mejores resultados aún.

## ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA

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

### CYPHER stent: Significantly lower risk of stent thrombosis than TAXUS

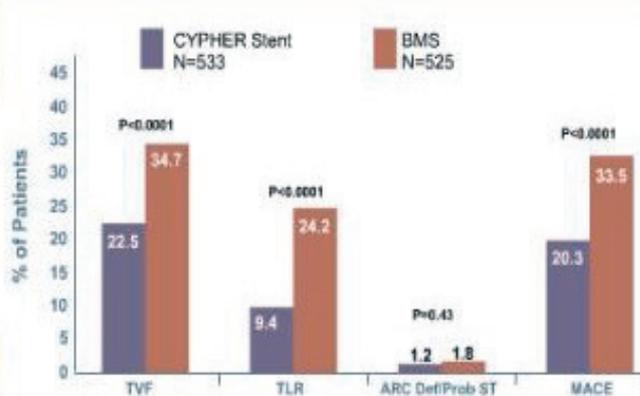
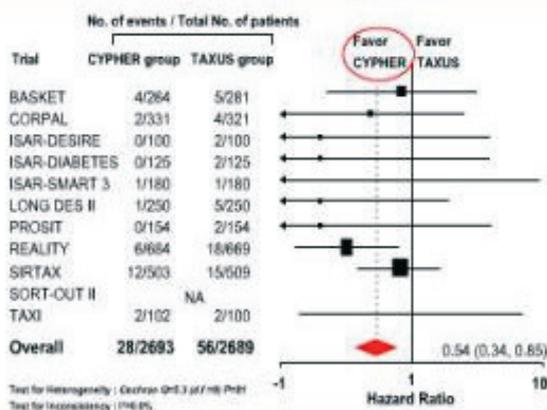
### CYPHER : Sustained safety & efficacy at 5 year follow up

- Meta-analysis of 11 RCTs comparing CYPHER stent vs TAXUS stent
- Mean Follow Up: 20 Months
- No of patients: 7,500
- Profile: Highly Complex patients-DM, ISR, SV, AMI
- Level of Evidence: A

- SIRIUS TRIAL – CYPHER stent vs BMS stent
- Follow Up: 5 year outcomes
- No of patients: 1,058
- Profile : the only trial with relatively complex patient cohort followed to 5 years



#### RISK OF STENT THROMBOSIS



## PRESENTACIÓN DE CASOS

## Tratamiento de lesión suboclusiva de Aorta abdominal

//

**Dr. Pedro Hidalgo Useche, Dr. Arnulfo Romero, Dr. Pedro Hidalgo Merlin**

Cardiólogos Intervencionistas. Hospital Coromoto de Maracaibo- Venezuela

Se trata de paciente femenina de 51 años, hipertensa y diabética, quien consultó referida al servicio de Cardiología por queja de claudicación intermitente de ambos miembros inferiores de 1 año de evolución, de carácter progresivo, haciéndose evidente a los mínimos esfuerzos (al caminar 10 metros). Al examen físico se apreció ausencia de pulsos arteriales femorales, poplíteos y tibiales bilaterales con cambios tróficos de la piel en segmentos distales. En marzo de 2006, fue sometida a angiografía magnética de aorta abdominal y miembros inferiores observándose lesión suboclusiva focal del 99% en el tercio distal de la aorta abdominal pre-bifurcación (Fig. 1), con diámetro de referencia proximal y distal de 9mm (sin lesiones arteriales en los miembros inferiores), motivo por el cual, en mayo del mismo año, fue sometida a tentativa fallida de aortoplastia por vía retrógrada femoral derecha (las diferentes cuerdas guía no consiguieron atravesar la obstrucción) complicándose con disección local tipo A, sin restricción del flujo, que obligó a abortar el procedimiento.

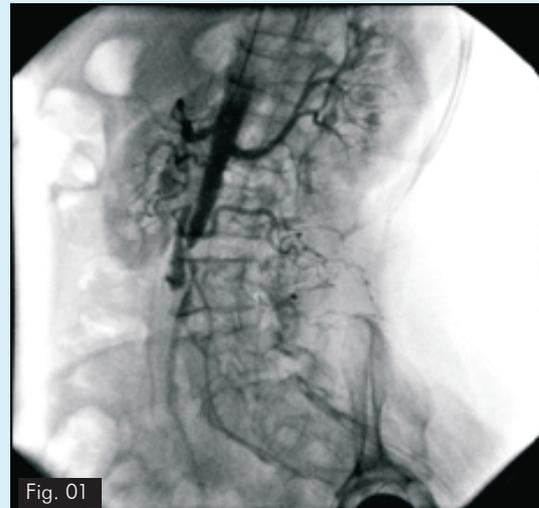
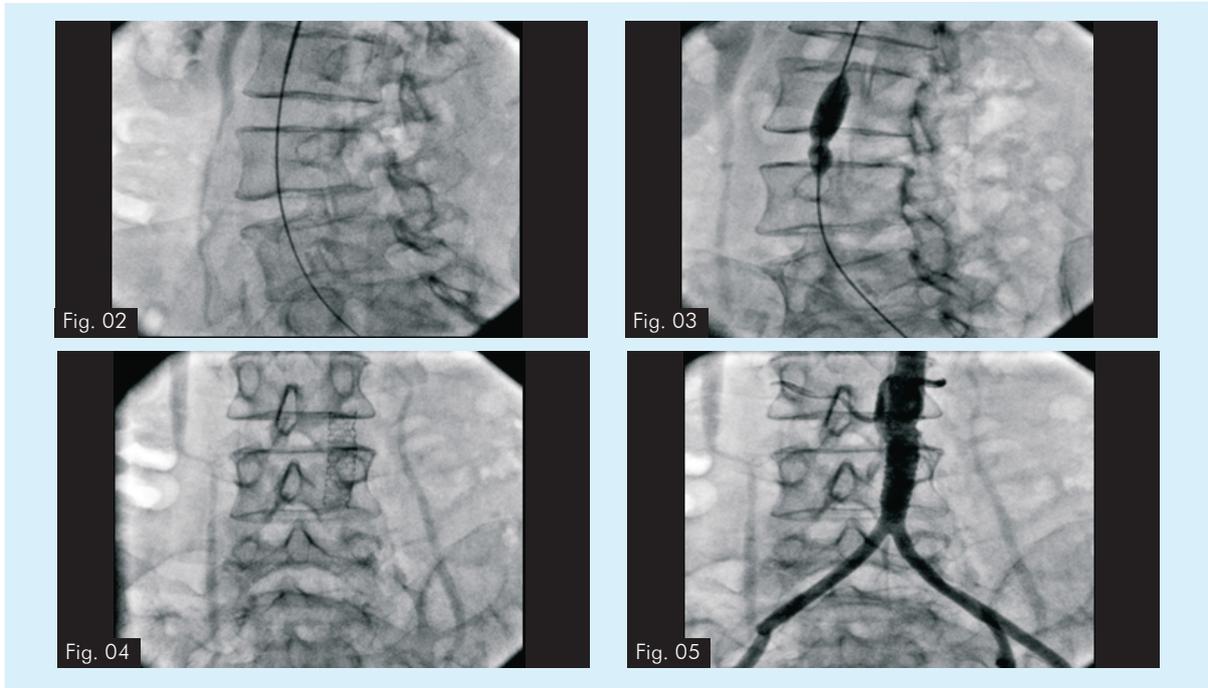


Fig. 01

Dos meses después, bajo anestesia local se introdujo cánula 8 Fr. en la arteria humeral izquierda que permitió el avance de una cuerda guía amplatz extra stiff 0,035 x 260cm a través de la aorta descendente (Fig. 2) hasta la arteria femoral derecha, posterior a lo cual, se introdujo catéter balón Sailor plus™ (Invatec) de 08x20mm realizando adecuada predilatación de la obstrucción localizada en el tercio distal de la aorta abdominal (Fig. 3), para de inmediato proceder al implante de stent periférico balón expandible Onda invastent™ (Invatec) 10x38mm a 12 atmósferas de presión (Fig. 4), obteniéndose un resultado angiográfico inmediato satisfactorio (Fig. 5) con lesión residual = 0, sin gradiente presórico residual. Clínicamente, la paciente se tornó completamente asintomática, reapareciendo los pulsos arteriales 4+/4+ en ambas arterias femorales, poplíteas y tibiales.

PRESENTACIÓN DE CASOS



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

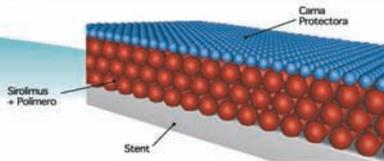
ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA

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

Supralimus, Sirolimus en forma óptima

**Perfil**  
Bajo perfil 0.039" a 0.042",  
facilitando el cruce de la lesión.

**Polímero**  
100% biodegradable



**Medidas**

Largo	2.5mm	2.75mm	Diámetro 3.0mm	3.5mm	4.0mm
11mm	✓	✓	✓	✓	✓
16mm	✓	✓	✓	✓	✓
19mm	✓	✓	✓	✓	✓
23mm	✓	✓	✓	✓	✓
29mm	✓	✓	✓	✓	✓
33mm	✓	✓	✓	✓	✓
<b>39mm</b>	✓	✓	✓	✓	✓

**Liberación de Sirolimus**



Estudio Clínico - Series I Trial

**Resultados**

Clinical FUP:	9 M	TLR (%):	4 %
Death (%):	2 %	Overall MACE (%):	6 %
MI (%):	0.0	Stent Thrombosis:	0.0

**QCA- (6 meses de seguimiento)**



Referencia: Sammer I, Dani, Prakashvir Pawah, Hest Jishi, Jayesh Prajapati, Shrad Jain, Bhupendra R Shah, Sund Tharu, Rishi Chand, Kamlesh Talor para o grupo de estudio SERIES I. Clinical Bulletin - Maio de 2006, Congresso Euro PCR/2006.



## NOVEDADES



## ProEducar@SOLACI 2007

### Estimados amigos de ProEducar:

Los invitamos a participar de la Sesión de ProEducar que tendrá lugar durante el próximo Congreso SOLACI en Buenos Aires.

Dicha Sesión consistirá en la presentación y discusión de casos complejos preparados por el Comité Editorial que se dividirán por área temática: Patologías Coronarias, de Aorta y Miembros inferiores y Carotídeas. Para la discusión contaremos con un panel de distinguidos invitados y la participación activa del público.

- **Miércoles 4 de julio de 15.30 a 17.00:** Casos de Carótida. Salón Lenga
- **Jueves 5 de julio de 9.00 a 10.30:** Casos Coronarios. Salón Jacarandá
- **Viernes 6 de julio de 9.00 a 10.30:** Casos de Aorta y Miembros Inferiores. Salón Jacarandá

Desde ya esperamos contar con la presencia de todos ustedes que nos vienen acompañando en las actividades de ProEducar. Para más información, visite [www.solaci2007.com.ar](http://www.solaci2007.com.ar)

## ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA

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

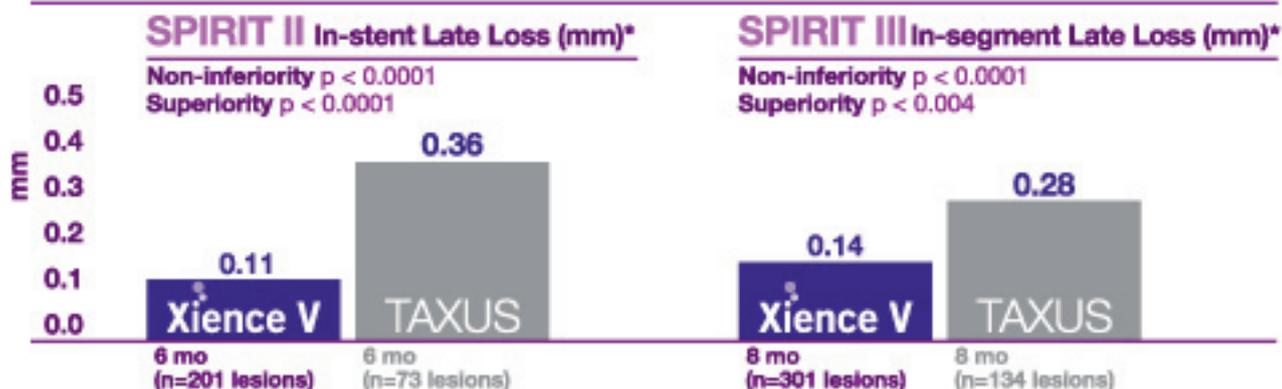


## Xience V

Everolimus Eluting Coronary Stent System

demonstrated superiority over TAXUS

### PRIMARY ENDPOINT



\*Analysis lesion: one randomly selected lesion per patient (to avoid intra-patient correlation)

## NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

Dr. Carlos Fava. Fundación Favaloro. Buenos Aires. Argentina

## Tratamiento médico óptimo con o sin PCI para el tratamiento de la enfermedad coronaria estable

William E. Boden, M.D., Robert A. O'Rourke, M.D., Koon K. Teo, M.B.Ch., Ph.D., et al. for the COURAGE Trial Research Group. NEJM 2007; 356:1-14

Estudio randomizado que incluyó 2287 pacientes en 50 Centros de Estados Unidos y Canadá que comparó la angioplastia vs. el tratamiento médico óptimo (TMO) en angina crónica estable (ACE).

Los criterios de inclusión fueron: ACE, estenosis coronaria proximal >70% e isquemia miocárdica objetivable o lesión >80% en al menos una arteria coronaria con angina. Los criterios de exclusión fueron: ACE IV persistente, prueba de esfuerzo de alto riesgo, insuficiencia cardíaca refractaria, shock cardiogénico, fracción de eyección <30%, revascularización previa dentro de los 6 meses y anatomía coronaria no pasible de ATC.

Se randomizaron 1149 pacientes en el grupo ATC y 1138 en el grupo TMO.

Se definió como éxito angiográfico a la lesión residual <50% luego de ATC con balón o <20% luego del implante del stent con TIMI 3 y, éxito clínico al éxito angiográfico en ausencia de IAM, cirugía de urgencia y muerte.

Además, se definió: Punto Final Primario Combinado (PFP): muerte de cualquier causa e IAM no fatal, y el Secundario Combinado (PFS): muerte, IAM no fatal y *stroke*.

Las características clínicas fueron similares, en el 2% no se pudo cruzar la lesión y se utilizaron DES en 31 pacientes.

El seguimiento a 4,6 años (2,5-7), que se obtuvo en el 91% de ambos grupos, mostró: PFP 19% vs. 18,5% (p=ns) y PFS 20% vs. 19,5% (p=ns) para ATC y TMO respectivamente.

La re-hospitalización por síndrome coronario agudo, la muerte y el *stroke* no presentaron diferencias. Revascularización adicional 21,1% vs. 32,6% (p=0,001). En el Grupo ATC tuvieron menos angina a uno y tres años en forma significativa.

En los pacientes incluidos en el Estudio COURAGE, la ATC no disminuyó MACE al compararla con el TMO.

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

Puede escribirnos a: [mboero@solaci.org](mailto:mboero@solaci.org)