

Director del Programa

ProEducar:

Dr. Hugo F. Londero

Director Boletín Educativo:

Dr. José M. Gabay

Comité Editorial

Dr. Expedito Ribeiro

Dr. Darío Echeverri

Dr. Gastón Dussallant

Dr. Ricardo Lluberas

Dr. Ari Mandil

Dr. Pedro Lemos

Dr. Aníbal Damonte

Dr. Leandro Lasave

Dr. Leandro Martínez Riera

Secretaría

Mercedes Boero

Diseño Gráfico

Florencia Álvarez

CONTENIDO

EDITORIAL:

Dr. Alexandre Abizaid **02** **VER ▶**

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS:

Intervenciones Cardíacas: Dr. Gilson Feitosa

“Tratamiento farmacológico para prevenir la progresión de la insuficiencia cardíaca” **03** **VER ▶**

Intervenciones Extracardíacas: Dr. Rubén Piraíno

“Resultados iniciales y alejados en territorios ileofemoropoplíteos” **06** **VER ▶**

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA: **05** **VER ▶**

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA: **08** **VER ▶**

PRESENTACIÓN DE CASOS: **09** **VER ▶**

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

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS: **12** **VER ▶**

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA: **13** **VER ▶**

NOTICIAS SOLACI: **14** **VER ▶**

EDITORIAL: Dr. Alexandre Abizaid



//
Dr. Alexandre Abizaid
 Instituto Dante Pazzanese de Cardiología
 San Pablo, Brasil

Asumí con mucha honra y sentido de responsabilidad la Presidencia de la Sociedad Latinoamericana de Cardiología Intervencionista (SOLACI) por el período de julio 2007 a julio 2009.

Con casi 15 años de existencia, SOLACI cuenta hoy con 1600 miembros residentes en 20 países de América Latina, conformados esencialmente por médicos, enfermeros y tecnólogos.

Debido a la diversidad cultural y metodología de trabajo, nuestra tarea principal será promover la integración y el diálogo entre nuestros miembros con la intención de divulgar el conocimiento científico y brindar soluciones alternativas para incrementar la calidad de la práctica de nuestra especialidad.

Con estas premisas, nuestro plan de acción incluiría tres pilares básicos:

1. Revitalizar nuestro sitio Web para mantenerlo actualizado en cuanto a los principales avances del área de intervención cardiovascular y abrir un canal de comunicación entre nuestros miembros de la directoría actual, para que podamos recibir constantemente la conformidad y críticas sobre los cambios y estrategias administrativas. Indudablemente el objetivo principal de nuestro sitio Web será apoyar las iniciativas ya existentes como **"ProEducar"** que ofrece actualizaciones científicas con publicaciones relevantes, conferencias generadas en nuestros diferentes congresos de la especialidad, video conferencias, foros de debates *"on line"*, como incentivo para la divulgación de estudios realizados en nuestro continente. Servirá también como importante herramienta para acceder a los datos anuales recolectados por el "Registro SOLACI" liderado por la Dra. Amanda Sousa.

2. Formar un equipo de trabajo para mantener el control de la calidad de los eventos y Congresos organizados por SOLACI. Como nuestro Congreso anual tiene lugar en, al menos, tres países de América Latina resulta necesario generar un manual de operaciones y reglas para garantizar siempre la calidad uniforme, independientemente de la sede o de la dirección científica que esté en vigencia.

3. Tal vez la principal misión de nuestra gestión sea la de promover el entrenamiento para que los centros de América Latina realicen investigación de alto nivel. Existe un creciente interés de innumerables hospitales de nuestro continente por participar en protocolos de estudios multicéntricos con reconocimiento internacional. Para esto, se torna crucial el adecuado entrenamiento y calificación de los centros interesados, incluyendo la realización de cursos de Buenas Prácticas Clínicas (GCP) y la distribución de *"guidelines"* para que nuestros centros puedan equiparse y ser habilitados de acuerdo con los requisitos internacionales, como aquellos exigidos por las agencias regulatorias más respetadas como la FDA en Estados Unidos y CE Mark en Europa. En breve, colocaremos en la página Web de SOLACI las instrucciones de cómo participar de este proyecto.

Para que estos postulados se concreten, contaremos con la contribución y participación de todos aquellos que tengan interés de participar.

Atentamente,

Alexandre Abizaid
Presidente SOLACI

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Intervenciones Cardíacas

Tratamiento farmacológico para prevenir la progresión de la insuficiencia cardíaca



//

Dr. Gilson Feitosa

Profesor Titular

Jefe de Enseñanza e Investigaciones Cardiológicas

Hospital Santa Isabel da Santa Casa de Misericórdia da Bahia

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Salvador Bahia, Brasil

La insuficiencia cardíaca (IC) representa un proceso casi siempre inexorablemente progresivo como consecuencia del remodelado ventricular que ocurre en prácticamente todas las enfermedades cardíacas.

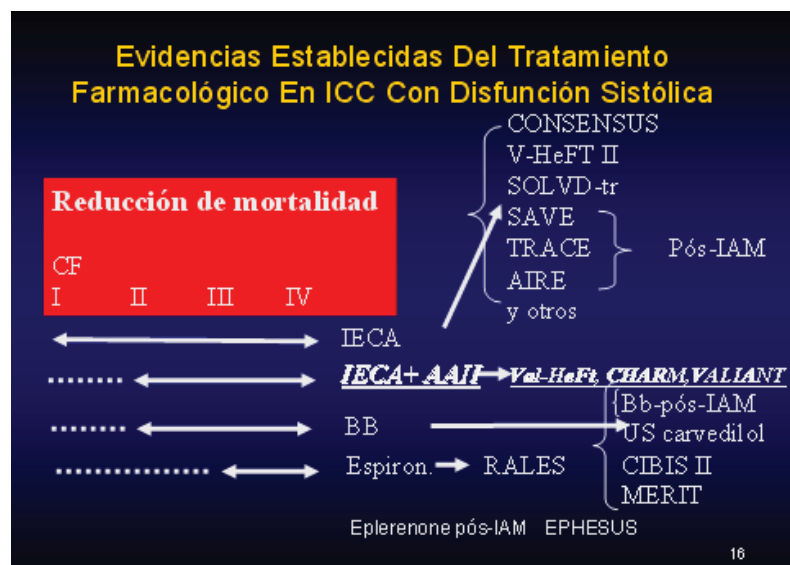
En ese proceso, los factores hormonales circulantes y los factores tisulares son intensamente estimulados y llevan a alteraciones de los constituyentes de la pared ventricular, especialmente de los cardiomiocitos y los elementos del intersticio como: vasos, células fibroblásticas, inflamatorias y otras, además de las fibras y tejido de colágeno existentes. Por lo general, todo este proceso lleva a una pérdida de cardiomiocitos funcionantes, a su reemplazo por tejido fibrótico, al deslizamiento de las fibras de colágeno y, consecuentemente, a una progresiva dilatación de las cámaras ventriculares, especialmente el ventrículo izquierdo. En la mayoría de las formas de insuficiencia cardíaca, todas las cámaras son afectadas en distintos grados de intensidad.

Las hormonas, como las que integran el sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRA), sistema adrenérgico,

arginina-vasopresina, citoquinas inflamatorias, como TNF-alfa (factor de necrosis tumoral), IL-6 (interleuquina 6) y otros, se encuentran muy activados en la IC y han sido objeto de muchas intervenciones que buscaron reducir sus efectos.

Las intervenciones farmacológicas más logradas realizadas a tal fin fueron las que actúan en el SRA y en el bloqueo simpático.

La siguiente figura demuestra la evidencia basada en ensayos clínicos que comparan esa afirmación:



REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) fueron los primeros que demostraron resultados beneficiosos en todas las fases de la IC siendo por lo tanto de uso obligatorio, en los casos de disfunción sistólica independiente de los síntomas. En presencia de intolerancia a su empleo, generalmente por tos, una alternativa conveniente son los bloqueantes de los receptores de la angiotensina II (BRA), que parecen producir los mismos efectos, pero son menos estudiados aisladamente.

La combinación de ambos puede ser considerada en los casos más refractarios.

Los betabloqueantes (BB) representan, sin embargo, un extraordinario avance, en especial el carvedilol, bisoprolol y metoprolol de liberación lenta. Sus efectos son adicionales a los que son obtenidos con el empleo de los IECA o de los BRA. Generalmente, se utilizan los IECAs primero y después se acrecientan los BB.

En casos más avanzados de IC, debe considerarse el empleo del antagonista de aldosterona, la espironolactona. Debe haber cuidadoso monitoreo del nivel de K sérico cuando se administran estos fármacos. El conveniente empleo de estos fármacos ha cambiado significativamente la sobrevida y la calidad de vida de los portadores de IC. La mortalidad anual de los portadores de IC de clase funcional IV era alrededor de 50% en los años 80 y bajó a 12-14% hoy en día. En aquellos otros con clase funcional II a III, la mortalidad anual se ha reducido de 16 a 8%.

No hay estudios que demuestren que la digital o los diuréticos sean capaces de aumentar la sobrevida en IC, pero tanto la digital como los diuréticos siguen siendo importantes adyuvantes para el tratamiento sintomático, especialmente los diuréticos.

Hay que considerar que los factores “extrínsecos” al corazón juegan un importante papel en la progresión de la IC y deben ser intensamente corregidos tales como la hipertensión arterial y el empleo concomitante de fármacos para otras finalidades y que pueden contribuir para la progresión de la misma.

La hipertensión debe ser controlada preferentemente con IECA o BB o ambos, de forma rigurosa impidiéndose que permanezca por mucho tiempo más allá de los niveles ideales, bajo 130/85 mmHg, si es bien tolerado.

Se debe tener un cuidado especial con el uso de antiinflamatorios y algunos antidiabéticos orales, como las glitazonas, que pueden retener sodio y aumentar la congestión.

Algunos nuevos agentes están siendo considerados para este uso particular destacándose la expectativa con los inhibidores de receptores de vasopresina, como tolvaptan y otros, los derivados de la hormona péptida natriurética, nesiritide y los inhibidores directos de la renina, como el aliskirien.

Una observación retrospectiva ha sugerido que pacientes con IC, que por alguna razón estuvieran usando estatinas, tuvieron un mejor pronóstico, incluso aquellos que no eran portadores de la forma isquémica de cardiopatía. Esto puede atribuirse a las propiedades antiinflamatorias de las estatinas. Se obtendrá una verificación más apropiada con un estudio randomizado, prospectivo, que evaluará una estatina contra placebo en pacientes con IC y que ya fue iniciado.

Es posible que el tratamiento precoz de algunas infecciones virales del tracto respiratorio con oseltamivir y otros sea capaz de impedir la alteración

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

inflamatoria sistémica que se sigue a esa infección y que produce progresión de la falla cardíaca. En estos casos, se están probando agentes antivirales.

La vacunación contra Pneumococos y hemophilus influenza cumplen un rol semejante.

Con todo eso, la progresión de la IC ha sido solamente retardada con esas medidas habiendo una inexorable progresión con el transcurrir del tiempo, a menos que se consiga remover la causa etiológica de la enfermedad que ocasionó la IC.

Una experiencia muy interesante que nos ha llamado recientemente la atención es la observación del grupo de trabajo del Dr. Yacoub, del Brompton Hospital en Londres, que utiliza una estrategia farmacológica agresiva en pacientes en lista de espera

de trasplante cardíaco y después del implante de un corazón artificial, que incluye lisinopril 40mg/d, carvedilol 50mg bid, espironolactone 25mg/d y losartan 100mg/d. En aquellos que obtuvieron una regresión de su cardiomegalia, el empleo de beta-2 adrenérgico, clenbuterol 700mcg tid. posibilitó la extirpación del corazón artificial y mantención del corazón en condiciones cercanas al normal, con total recuperación funcional de un significativo número de pacientes así tratados.

Tal hallazgo confirma la posibilidad de regeneración cardíaca más allá de todo lo previamente pensado y trae esperanzas de que en un futuro no muy lejano se pueda actuar más efectivamente en el área de regeneración de los tejidos cardíacos.

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA

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

Uma questão de escolha

Boston
Scientific
Delivering what's next.™

TAXUS™ Liberté™

Paclitaxel-Eluting Coronary Stent System

Desempenho Comprovado

PROMUS™

Everolimus-Eluting Coronary Stent System

Olimus com deliverabilidade

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Intervenciones Extracardíacas

Resultados iniciales y alejados en territorios ileofemoropoplíteos

//

Dr. Rubén PiraiñoSanatorio Plaza
Rosario, Argentina

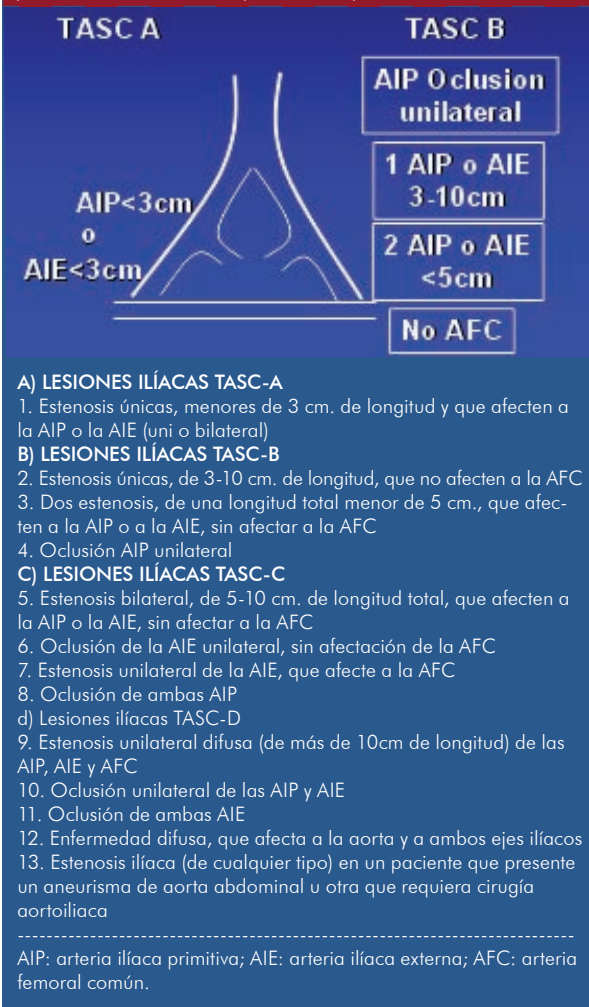
INTRODUCCION: La enfermedad arterial periférica se presenta en el 3% de la población entre los 40 y 50 años y aumenta al 20% en las personas mayores de 70 años. En Estados Unidos, la padecen 5 millones de personas. Pero la real importancia de esta enfermedad es el alto riesgo cardiovascular concomitante. Tiene una mortalidad a 5 años del 25% y a 10 años del 50%.

En el año 2000, se realizó un consenso internacional que definió los Tipos de Oclusiones de la Enfermedad Arterial Periférica y las Guías de Tratamiento denominada *Trans Atlantic Inter-Society Consensus (TASC)*. Con el advenimiento de nuevas técnicas, el entusiasmo ha sido creciente, por tal motivo los lineamientos propuestos por el consenso TASC están en permanente revisión.

Un factor importante a tener en cuenta es que existen tres territorios claramente diferenciados, basados en características fisiopatológicas, estrategias de tratamiento y resultados de las intervenciones. Estos tres territorios son las arterias ilíacas, las arterias femoropoplíteas y las arterias infrapoplíteas. Por tal motivo, estos sectores serán analizados individualmente. El sector infrapoplíteo tiene resultados desalentadores tanto para la angioplastia como para la cirugía, por eso nos referiremos fundamentalmente al sector ilíaco y femoropoplíteo.

LESIONES ILIACAS SEGÚN TASC

(Trans Atlantic Inter-Society Consensus)

**Intervenciones endovasculares en arterias ilíacas**

TASC definió 4 tipos de lesiones: Tipo A para Angioplastia y Tipo D para Cirugía, mientras que las tipo B y C no tienen una recomendación precisa por falta de evidencias.

Las lesiones Tipo A son estenosis únicas menores a 3cm de largo localizadas en la arteria ilíaca primi-

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

tiva o externa. Esta indicación está siendo revisada ya que se podrían incluir lesiones más complejas dentro de las Tipo A.

La angioplastia con balón tiene un éxito primario alto pero con limitaciones como retracción elástica y disecciones. La utilización de stent ha mejorado los resultados inmediatos y a largo plazo.

En un metaanálisis realizado comparando la angioplastia ilíaca con balón vs. stent mostró una reducción del riesgo relativo a favor del stent del 39% en términos de permeabilidad a largo plazo. La permeabilidad a 5 años fue del 90% para stent y 68% para balón. Sin embargo, otros afirman que la angioplastia con stent selectivo es similar a la angioplastia con stent primario con una permeabilidad a 2 años semejante (77% y 78% respectivamente), pero el 43% de los pacientes tratados con balón tuvieron que recibir stent por resultado insatisfactorio.

La introducción de stents autoexpandibles ha permitido un implante seguro aún en arterias tortuosas. Actúan ejerciendo una fuerza constante contra la pared del vaso combinando la fuerza radial con la flexibilidad longitudinal. El stent es no compresible, por lo que es una buena elección para ser implantado en zonas con movimientos musculares o cerca de la superficie corporal. La permeabilidad de los stents autoexpandibles de nitinol a 3 años es superior al 80%.

El éxito del tratamiento endoluminal depende del tipo de lesión y de su localización. Las estenosis menores de 5cm de longitud, especialmente las no calcificadas, tienen una permeabilidad a 2 años del 80% al 85%. Disminuye al 75% en las estenosis de 5-10cm o en las obstrucciones totales crónicas menores a 5cm de longitud. En un metaanálisis de 8 estudios (Bosch, Radiology 1997), el éxito técnico inmediato fue significativamente mayor para el stent (96%) que para el balón (91%). La permeabilidad a largo plazo (4 años) fue también significativamente mejor para el stent (77%) que para el balón (64%).

Cuando se analizaron los grupos según tengan claudicación o isquemia crítica los resultados fueron favorables a los claudicantes.

Debido a la alta tasa de permeabilidad que ha logrado la angioplastia ilíaca comparable con la cirugía, el tratamiento endoluminal es considerado como la terapéutica de primera elección.

Intervenciones endovasculares en arterias femoropoplíteas

Las obstrucciones en el territorio femoropoplíteo son más frecuentes que en el territorio ilíaco. Las lesiones son típicamente largas, múltiples y ulceradas.

Al igual que en las arterias ilíacas, las lesiones de TASC tipo A (<3cm) del territorio femoropoplíteo tienen a la angioplastia como tratamiento de primera elección. Sin embargo, las lesiones tipo B (obstrucciones 3-10cm de largo) y las obstrucciones totales crónicas cortas son actualmente bien tratadas con angioplastia con un éxito primario para las estenosis superior al 90%, y para las obstrucciones totales del 78%. Pero la principal limitación de la angioplastia con balón es la reestenosis que ocurre en el 78% después del primer año y la permeabilidad a 5 años varía entre el 38% y el 58%, con un promedio del 48%. Debido a estos resultados poco alentadores, la angioplastia con balón en el territorio infrainguinal fue cuestionada.

Por tal motivo comenzaron a utilizarse stents expandibles por balón en la década de los 80, pero tampoco lograron resultados satisfactorios debido a la alta tasa de reestenosis por hiperplasia intimal y la compresión externa que sufrían los stents. La permeabilidad de las angioplastias femoropoplíteas con stent a 1 año fue del 67% y a 3 años del 58%. Es así que los stents expandibles por balón no mostraron superioridad con respecto a la angioplastia con balón.

La aparición de los stents autoexpandibles de nitinol utilizados en lesiones femorales cortas parece mejorar sensiblemente los resultados de la angioplastia.

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Esto podría deberse a que no se deforman ante la compresión externa, y al ser flexibles causarían menos daño intimal y menor hiperplasia. Se reportó una permeabilidad a 3 años para lesiones mayores de 8cm del 67% y para lesiones menores de 6cm del 76%. Si bien estos resultados son promisorios, todavía no se comparan con los de la cirugía. Existen factores predictores de buenos resultados a largo plazo como la claudicación previa (no la isquemia crítica), lesiones cortas, pacientes no diabéticos, buen flujo de salida distal al stent, poca estenosis residual, pulsos palpables. La aparición de los stents farmacológicos en el sector femoropoplíteo no mostró ventajas (SIROCCO II) con respecto a los stents comunes.

La pregunta que nos debemos formular ahora es: ¿cuál sería la mejor estrategia a seguir ante una obstrucción en el sector femoral?

Existe consenso en que la angioplastia es el método de elección en el sector femoropoplíteo cuando

se tratan estenosis <5cm de longitud u oclusiones <3cm longitud, que no involucren el origen de la arteria femoral superficial o la trifurcación poplítea.

Pero para establecer el mejor tratamiento (quirúrgico o endoluminal) en el resto de las lesiones se comparó un metaanálisis (Hunik) de angioplastias femoropoplíteas con un metaanálisis de cirugías femoropoplíteas basados en criterios que integraban la permeabilidad a 5 años, la calidad de vida ajustada a la expectativa de vida y la relación costo efectividad. La conclusión fue que la angioplastia es el método de elección cuando la permeabilidad a 5 años sea superior al 30%. Si bien la angioplastia femoropoplítea comparada con la cirugía en términos de reestenosis es menos efectiva, la angioplastia es el método preferido en especial en pacientes claudicantes y con factores comórbidos o no elegibles para cirugía por la baja tasa de complicaciones, la naturaleza menos invasiva y la repetitividad del método.

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA

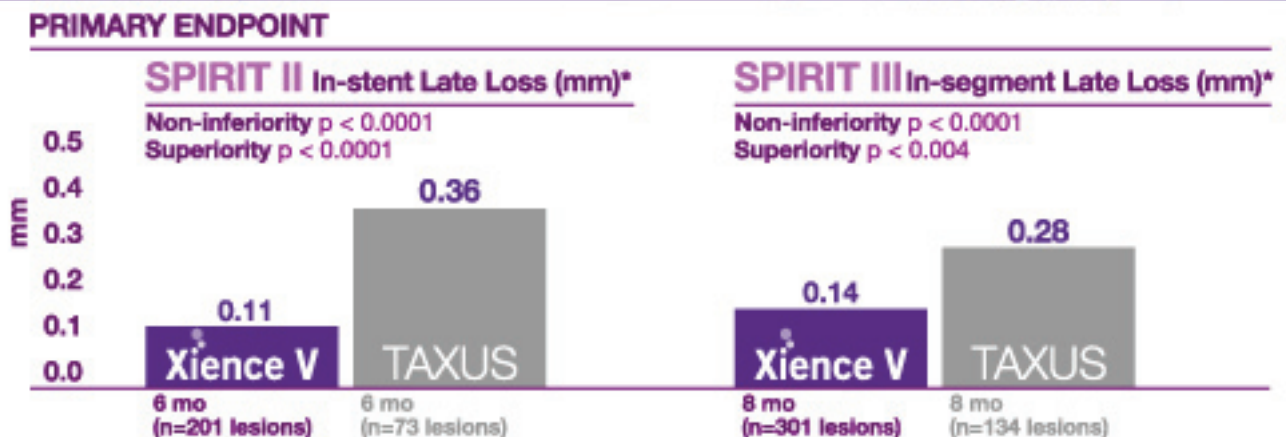
Este es un espacio comercial. Los anuncios son responsabilidad de la empresa patrocinante.



Xience V

Everolimus Eluting Coronary Stent System

demonstrated superiority over TAXUS



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

PRESENTACIÓN DE CASOS

Presentación de casos

Uso combinado de inhibidores de GP IIb/IIIa, dispositivo de aspiración y stents para control de gran carga trombótica en angioplastia primaria compleja de arteria descendente anterior ectásica en el contexto de infarto agudo de miocardio

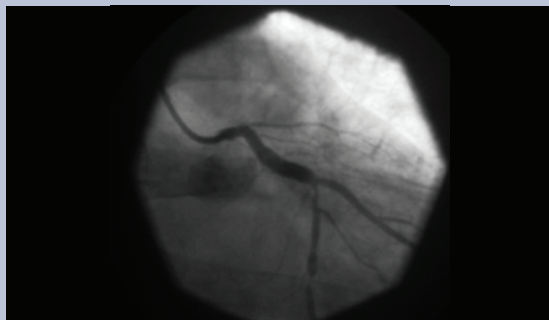
//

Dr. Pablo Díaz Artigas, Dra. Ivanna Duro y Dr. Ariel DuránServicio de Hemodinamia del Instituto Cardiovascular del Uruguay
Montevideo-URUGUAY

Paciente de 49 años, sexo masculino, tabaquista intenso, dislipémico, con antecedentes familiares de cardiopatía isquémica, presenta infarto agudo de miocardio ántero-lateral extenso KKII, arribando a Servicio de Emergencia a las 5 horas de iniciados los síntomas. El ECG inicial muestra ritmo sinusal de 90 ciclos por minuto, onda Q de V1 a V3, DI y a VL, supradesnivel de segmento ST de hasta 8mm de V1 a V6, DI y a VL. De la paraclínica inicial se destaca enzimograma cardíaco normal, troponina I positiva.

Es derivado rápidamente para cateterismo urgente y angioplastia (PCI) primaria.

El cateterismo realizado por vía radial mostró: Tronco de arteria coronaria izquierda sin lesiones. Arteria descendente anterior (ADA) con oclusión trombótica ostial.

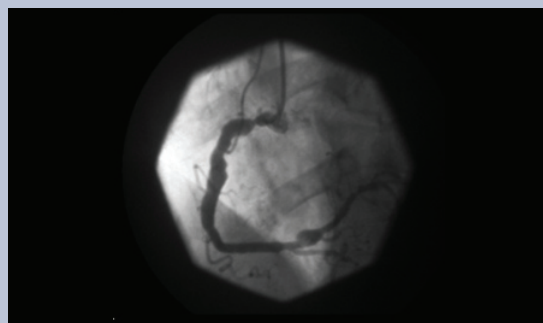


Arteria coronaria izquierda en proyección RAO 13°-CAU 18°. Se observa oclusión de ADA ostial y lesión crítica de ramo marginal

Se visualiza el lecho distal de primer ramo diagonal (ADI) a través de circulación colateral homocoronaria.

- Arteria circunfleja (ACx) ectásica. Segundo ramo marginal presenta estenosis moderada de ostio y lesión crítica en sector medial. Primer ramo marginal sin lesiones.

Arteria coronaria derecha (ACD) dominante, ectásica, presenta estenosis severa y focal a nivel proximal. Ramo pósterolateral (PL) de moderado calibre con lesión severa focal sector medio.

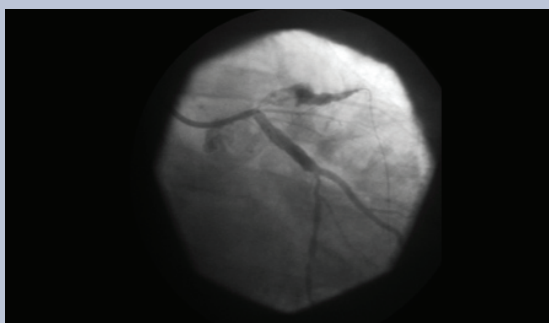


Arteria coronaria derecha en proyección LAO 27°-CRAN 12°. Se trata de una arteria severamente ectásica con lesión crítica en sector proximal

Se continúa con PCI de ADA. Se realiza bolo e infusión de Tirofiban. Se cruza la oclusión con guía IQ 0,014" sobre balón Maverick® 2.5 x 20mm y se pasa otra guía IQ 0,014" para proteger ACx.

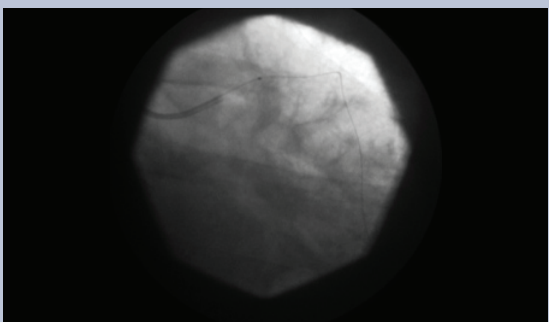
PRESENTACIÓN DE CASOS

Luego de la primera insuflación se observa lesión ostial crítica residual de ADA con gigantesca ectasia proximal e importante contenido trombótico.



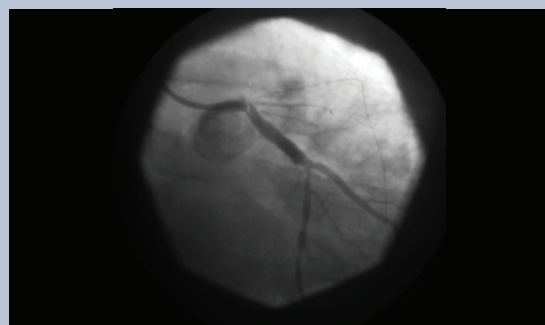
Arteria coronaria izquierda en proyección RAO 14°-CAU 33°. Luego de cruzar la lesión y realizar insuflación con balón se observa importante contenido trombótico a nivel de ADA

Flujo distal TIMI 0. Se introduce catéter de aspiración Export®-Medtronic y se realizan múltiples pasajes.



Catéter de aspiración Export-Medtronic. Proyección RAO 14°-CAU 33°

Se obtiene importante cantidad de trombo rojo y mixto. Se observa mejoría parcial del flujo aunque se aprecia preocupante migración del trombo hacia ostio de ACX, el cual se aspira con nuevo pasaje de catéter Export®.



Se observa protrusión de trombo hacia ACx. Proyección RAO 13°-CAU 18°

Una vez abierta la arteria, se observa oclusión ostial de primer ADI de aspecto crónico y embolización de enorme trombo en sector medio-proximal de ADA, severamente ectásico. No fue posible modificar esta situación con pasajes adicionales del catéter aspirador. Se implantó stent Liberté® 4.0 x 12mm en la estenosis ostial de ADA a presión máxima de 14 atmósferas y stent Liberté® 4.5 x 20mm sobre el sector ectásico de ADA, a 14 atmósferas, a fin de atrapar trombo embolizado. La lesión residual fue 0% tanto en ostio como en sector medio-proximal de DA, con flujo final TIMI III, sin trombos en ACx.



Arteria coronaria izquierda en proyección LAO 60°-CAU 36°. Imagen final. Se observa importante ectasia a nivel del origen de ADI, la cual se encuentra ocluida

PRESENTACIÓN DE CASOS

Se trató con vasopresores y diuréticos IV a dosis bajas. Dado buena hemodinamia no se colocó balón de contrapulsación ni se realizó PCI de vasos no culpables en el mismo acto. Buena evolución clínica posterior, sin angor. Renivelación significativa del segmento ST.

Se realiza PCI diferida de ACD y marginal con stents y ramo PL con balón a los 19 días, con buen resultado angiográfico y clínico. Se observa en esa instancia resultado mantenido de ATC para ADA. Excelente evolución clínica posterior.

Comentario: Se trata de un caso inusual, con ectasias muy importantes de ADA y ACD, con IAM anterior por oclusión ostial de DA y enorme carga trombótica. Dado las características anatómicas, la presentación clínica del caso y su probable fisiopatología, se planteó necesidad de utilizar mecanismos combinados para el manejo de trombos. Buen resultado final.

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.

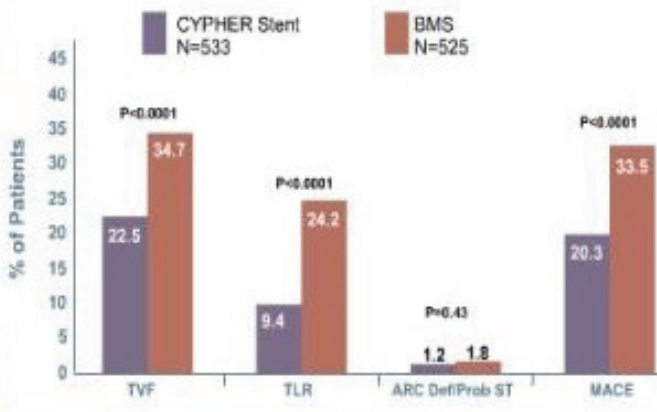
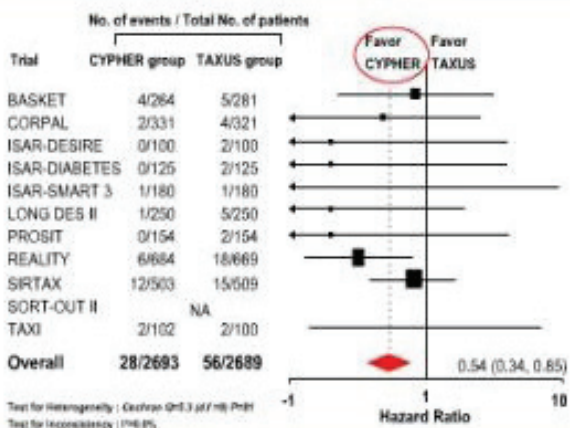
CYPHER stent: Significantly lower risk of stent thrombosis than TAXUS

- 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

CYPHER : Sustained safety & efficacy at 5 year follow up

- 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



NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

Dr. Andrés Pascua. Clínica San Camilo. Buenos Aires, Argentina

Cobertura temporal de arterias coronarias con stents de magnesio bioabsorbibles: un estudio no randomizado y multicéntrico

Raimund Erbel, Carlo Di Mario, Jozef Bartunek, Johann Bonnier, Bernard de Bruyne, Franz R Eberli, Paul Erne, Michael Haude, Bernard Heublein, Mark Roigan, Charles Ilsley, Dirk Bose, Jacques Coleen, Thomas F Luscher, Neil Weissman, Ron Walkman for the PROGRESS_AMS (Clinical Performance and Angiographic Results of Coronary Stenting with Absorbable Metal Stents) Investigators.
The Lancet 2007; 369:1869-1875.

Se trata de un estudio prospectivo, no randomizado y multicéntrico en el que se enrolaron 63 pacientes a los que se les colocaron 71 stents de aleación de magnesio biodegradable de 3,0 a 3,5mm de diámetro y entre 10 y 15mm de longitud luego de predilatar, realizándose seguimiento angiográfico y con IVUS a los 4 meses y seguimiento clínico a los 6 y 12 meses. El punto final primario fue muerte de origen cardiovascular, infarto agudo de miocardio no fatal o revascularización de la lesión tratada dirigida clínicamente.

El éxito en la colocación fue del 100%. El diámetro de referencia previo fue de 2,76mm (0,47mm), el diámetro luminal mínimo fue de 1,05mm (0,38mm) y la longitud de las lesiones fue de 9,84mm (3,97mm).

En el seguimiento angiográfico a los 4 meses presenta una pérdida tardía de 1,08mm (0,49mm) y una tasa de restenosis binaria del 47,5%. En cuanto al seguimiento clínico la tasa de revascularización del vaso tratado guiada por isquemia fue de un 23,8% a los 4 meses y la revascularización de la lesión tratada en general alcanzó un 45% al año. No hubo infarto agudo de miocardio, trombosis subaguda ni tardía del stent como así tampoco muertes de causa cardiovascular. Luego de la realización de IVUS se observó solo remanente de stent rodeado por capa íntima. El crecimiento neointimal y el remodelamiento negativo fueron los mecanismos desencadenantes mayores de restenosis.

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

Lo que deja este estudio es que los stents biodegradables de aleación de magnesio pueden alcanzar un resultado angiográfico inmediato similar al resultado de otros stents metálicos y pueden ser seguramente degradados luego de 4 meses. Actualmente se están desarrollando modificaciones de las características del stent prolongando su tiempo de degradación y, posiblemente, liberación de medicamento para reducir los altos niveles de reestenosis que arrojaron los resultados de este estudio.

Características Basales

	n(%)
Pacientes	63
Edad, media (DS)	61.3(9.5)
Hombres	44(70)
Diabetes	11(18)
Diabetes Ins. Dep.	3(5)
Historia de tabaquismo	30(48)
Hipertensión	41(65)
Dislipemia	39(62)
Angina estable	52(83)
Angina inestable	6(10)
CRM previa	3(5)
IAM previo	26(41)
ATC previa	15(24)
Historia de ACV o AIT	1(2)
Enf. Vasc. Perif.	4(6)

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA

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

supralimus-core

SIROLIMUS ELUTING STENT

Supralimus - Core™ plataforma de cobalto cromo aprobada por CE, proporcionando una liberación uniforme de droga, excelente navegabilidad y flexibilidad.



Estructura en serpiente



Celdas cerradas

Especificaciones Stent

Droga	Sirolimus
Polímero	Biodegradable
Material	CoCr L 605
Radiopacidad	Excelente
Diseño	Cilindro cortado a laser
Perfil de cruce	0,035"
Flexibilidad	Excelente

Estructura de la plataforma de 55.9 um



Links alternados para mejor navegabilidad

La liberación de Sirolimus en 07 semanas a través de un polímero biodegradable que inhibe la reestenosis y permite el crecimiento neointimal.



Centro de Investigación Cardiovascular de SOLACI

Interesados en participar del Centro de Investigación Cardiovascular de SOLACI: por favor completar el cuestionario y enviarlo a secretaria@solaci.org Ustedes serán contactados para futuro entrenamiento y certificación.

CUESTIONARIO

1. Institución:
2. Director del Servicio de Cardiología Intervencionista:
3. Dirección completa:
4. País:
5. Teléfono comercial (con código de país):
6. E-mail:
7. Número de Cardiólogos Intervencionistas:
8. Tipo de Servicio:
 Público Privado
9. Número de salas de cateterismo:
10. Tipos de intervenciones realizadas (puede elegir más de una):
 Coronarias Valvulares Congénitas Extra-cardíacas
11. Número de procedimientos diagnósticos realizados por año:
12. Número de intervenciones coronarias realizadas por año:
13. Número de intervenciones no coronarias realizadas por año:
14. En las intervenciones coronarias, ¿cuál es el porcentaje de utilización de stents no farmacológicos y farmacológicos?
15. ¿Existen protocolos en el Servicio para la indicación de stents farmacológicos?
16. ¿Qué stents (no farmacológicos y farmacológicos) están disponibles para su uso en la práctica diaria?
17. ¿El servicio dispone de sistema de ultrasonido intracoronario?
 No Si

Noticias de SOLACI

- 18.** En caso de respuesta afirmativa a la pregunta anterior, ¿cuál es el sistema que utiliza?
 ClearView (BSc) Galaxy I o II (BSc) Volcano Otro
- 19.** ¿Poseen personal entrenado/dedicado al uso de ultrasonido?
 No Si
- 20.** En promedio, ¿cuántos exámenes con ultrasonido son realizados por año?
 <20 entre 20 -50 entre 50-100 >100
- 21.** ¿El centro cuenta con un Comité de Ética?
- 22.** ¿Su centro ha participado de protocolos de estudios internacionales/ multicéntricos?
 No Si
- 23.** En caso de respuesta afirmativa a la pregunta anterior, mencione los estudios más recientes de los que participan:
- 24.** En su Centro existen profesionales entrenados en "Good Clinical Practice" (GCP)?
 No Si
- 25.** ¿Existen profesionales específicamente entrenados para coordinar los estudios?
 No Si
- 26.** ¿Qué tipo de documentación es utilizada para el control y seguimiento de los pacientes?
 Formularios en papel Formularios electrónicos
- 27.** El seguimiento de los pacientes tratados en su Servicio es realizado por:
 Médicos del propio equipo Médicos del hospital
- 28.** En su opinión, ¿cuáles serían la mayores adversidades actuales en su Centro para participar de protocolos internacionales? (menciones las principales)

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

Puede escribirnos a: mboero@solaci.org