

Director del Programa

ProEducar:

Dr. Hugo F. Londero

Director Boletín Educativo:

Dr. José Manuel Gabay

Comité Editorial

Dr. Expedito Ribeiro

Dr. Darío Echeverri

Dr. Gastón Dussailant

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. Alfredo E. Rodríguez **03** **VER ▶**

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS:

Intervenciones Cardíacas: Dr. Marcos Ibarra Flores

“Insuficiencia mitral: ¿cuándo no enviar a cirugía?” **04** **VER ▶**

Intervenciones Extracardíacas: Dr. Marco Antonio Perín

“Stents farmacológicos para el tratamiento de los pacientes diabéticos. ¿Son todos iguales?” **08** **VER ▶**

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA: **07** **VER ▶**

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA: **10** **VER ▶**

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

CASO CLÍNICO: **13** **VER ▶**

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA: **14** **VER ▶**

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS: **15** **VER ▶**

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA: **15** **VER ▶**

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA: **16** **VER ▶**

INTERROGANDO A LOS EXPERTOS

Entrevista al Dr. Carlos Szejfman

“Angioplastia carotídea” **17** **VER ▶**

Número de edición: Volumen 6, Número 9 | **Fecha de edición:** Junio de 2010

Directores responsables: Dr. Hugo F. Londero. Dr. José Manuel Gabay

Propietario: SOLACI - Sociedad Latinoamericana de Cardiología Intervencionista AC

Domicilio legal: A. Alsina 2653 2H, Buenos Aires, Argentina.

“Se prohíbe la reproducción total o parcial del contenido de este boletín, si no se cita la fuente”.

Registro propiedad intelectual: 829084

Director del Programa

ProEducar:

Dr. Hugo F. Londero

Director Boletín Educativo:

Dr. José Manuel Gabay

Comité Editorial

Dr. Expedito Ribeiro

Dr. Darío Echeverri

Dr. Gastón Dussillant

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



José Manuel Gabay, "in memoriam"

El 25 de junio nos conmocionó una noticia inesperada...**José Manuel Gabay** falleció en un accidente automovilístico.

La bronca, la congoja y un profundo sentimiento de injusticia me dejó sin respuestas.

Ahora, que puedo reflexionar, quiero expresar el porqué de mi desazón, que interpreto es la de todos los que lo conocimos.

Casi cuarenta años de médico me han permitido ver muy de cerca lo peor y lo mejor de muchos hombres. Me han enseñado, también, a valorar las personas. Estoy convencido que el primer juicio del valor sobre un hombre debe ponderar su vocación de servicio.

José Gabay era un médico joven, inteligente, muy bien preparado, dedicado, inquieto, con gran iniciativa y honesto en sus pensamientos y proceder. Estas cualidades no son menores y quiero destacarlas.

Sin embargo, lo que lo distinguió fue su vocación de servicio. Su participación en el Colegio Argentino de Cardioangiólogos Intervencionistas, sociedad de la cual era Vicepresidente, en la Sociedad Latinoamericana de Cardiología Intervencionista, en la que se desempeñaba como Director del Boletín ProEducar y en otras áreas, en la Sociedad Argentina de Cardiología donde participaba activamente del programa de educación permanente, son expresiones de esta vocación.

La participación en las actividades societarias y en los programas de educación son una contribución al desarrollo de la ciencia. Este aporte es difícil de mensurar pero de inmenso valor intelectual.

En memoria de José Gabay quiero destacar su profunda vocación de servicio materializada en su aporte a la educación y el desarrollo de la Cardiología Intervencionista de Latinoamérica.

SOLACI, nuestra sociedad, ha tenido una pérdida irreparable. Todos los miembros debemos honrar la memoria de José asumiendo el compromiso de tratar de participar de la vida societaria como él supo hacerlo.

Hugo Londero
Director de ProEducar-SOLACI

EDITORIAL: Dr. Alfredo E. Rodríguez



//

Dr. Alfredo E. Rodríguez

Director, Centro de Estudios en Cardiología Intervencionista (CECI)
Sanatorio Otamendi/Las Lomas/Clínica Adrogué
Buenos Aires, Argentina

Estimados colegas:

En este número de **ProEducar** de SOLACI vemos nuevamente con agrado cómo miembros de nuestra Sociedad abarcan con extrema claridad diferentes patologías y situaciones clínicas que forman parte de nuestro trabajo cotidiano en la sala de Cateterismo.

El primer artículo escrito por el Dr. Ibarra Flores nos hace un detallado resumen de las diferentes variables fisiopatológicas de la insuficiencia mitral así como también su oportunidad de tratamiento médico-quirúrgico. Esta patología estructural, muchas veces ingrata con los cardiólogos clínicos y cirujanos cardiovascular, está encontrando actualmente una nueva oportunidad de tratamiento con el uso del micro-clip de la válvula mitral por vía percutánea.

El segundo artículo escrito por los Dres. Perín y Magalhães está referido a un punto que, particularmente considero de crucial interés clínico para nuestra especialidad, y es el tratamiento percutáneo de los pacientes diabéticos y, fundamentalmente, stents farmacológicos.

Este número del Boletín se completa con la presentación de un interesante caso clínico del Dr. Castilla de San Juan, Argentina, reportando un paciente con ruptura de la arteria renal posterior a una litotricia percutánea.

Nuestro amigo, el Dr. Szejfman, en la sección Interrogando a los expertos, aporta interesante experiencia sobre el tema de angioplastia carotídea, nicho terapéutico de nuestra especialidad que personalmente creo debemos defender cada vez más. Un párrafo aparte merece el comentario del registro DESIRE, del grupo del Dr. Sousa de San Pablo, que no por repetitivo se debería pasar por alto, ya que es altamente saludable observar la calidad científica de nuestros colegas de Latino-América expresada por las numerosas publicaciones científicas que nos tienen acostumbrado, siendo este último trabajo sólo una muestra de tantos años de investigación clínica.

Finalmente, quiero relatarles la grata experiencia que viví como Presidente del Comité Científico del SOLACI 2010 en Buenos Aires. Como ya contamos en oportunidades anteriores, pudimos lograr que los *abstracts* que optaran para la modalidad específica pudiesen ser aceptados a revisión "fast track" en la revista *EuroIntervention* que dirige el Prof. Patrick Serruys. Este solo hecho hizo que se presentasen 317 *abstracts* en este Congreso del SOLACI 2010 en Buenos Aires, lo que constituye todo un récord. Pensemos que en el congreso anterior se habían presentado durante el evento un total de 150 *abstracts*. De estos 317 se aceptaron 207, 6 para la modalidad del *EuroIntervention*, 30 para la modalidad oral, 46 póster elegidos, 113 pósters convencionales y 12 casos editados. Lamentablemente no fueron aceptados algunos trabajos de muy buena calidad dado el récord de presentaciones que tuvimos este año. Es de esperar que la cardiología de Latinoamérica continúe con esta propuesta en las subsiguientes reuniones de nuestra sociedad.

En lo particular, debo decir, a pesar de lo que todavía resta para el inicio del Congreso, tengo la sensación de "misión cumplida" y espero que este "granito de arena" pueda influir para que los Cardiólogos Intervencionistas de nuestra región se sientan motivados y necesitados de expresar su labor cotidiana con una mayor producción científica y que se pueda cuantificar internacionalmente; no es la única manera de lograrlo, pero es sin duda la que persiste y la que hemos tratado de implementar desde hace 25 años.

Los esperamos en agosto en Buenos Aires, junto a las conferencias inaugurales de PW Serruys y G. Stone, 25 casos en vivo, reuniones conjuntas con la Sociedad y Federación Argentina de Cardiología, Sociedad Española de Cardiología, Sociedad Austríaca de Cardiología, etc.

Alfredo E. Rodríguez MD, PhD, FACC, FSCAI
Presidente Comité Científico
Congreso SOLACI 2010

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Intervenciones Cardíacas

Insuficiencia mitral: ¿cuándo no enviar a cirugía?

//
Dr. Marcos Ibarra Flores

Jefe de Cardiología del Hospital San José Tecnológico de Monterrey
Consejo de directores del Instituto de Cardiología y Medicina Vascular del Tecnológico de Monterrey
Miembro Titular de la Sociedad Mexicana de Cardiología
Coordinador Regional de la Asociación Nacional de Cardiólogos de México
Miembro titular de la Sociedad de Cardiología Intervencionista de México

Severidad y puntos de corte

El momento de la intervención quirúrgica de la insuficiencia mitral depende de varios factores. Definitivamente la presencia de síntomas refleja con frecuencia la repercusión hemodinámica sobre el diámetro de las cavidades y su función. A medida que aumenta la gravedad de la lesión valvular, su efecto hemodinámico sobre la geometría y función ventricular es mayor. Finalmente, aparecen los síntomas y si no se trata, la función ventricular se deteriora a un grado que puede ser irreversible. Por lo tanto, la insuficiencia mitral debe evaluarse de acuerdo a la severidad de la lesión, el grado de repercusión hemodinámica y sus síntomas⁽¹⁾. Los avances tecnológicos permiten la evaluación casi exacta de la gravedad de la lesión valvular a través de métodos no invasivos, en particular la ecocardiografía que se ha convertido en un pilar en la evaluación y diagnóstico de la enfermedad valvular cardíaca. Sin embargo, hay que reconocer que la severidad de la lesión, por sí misma, no necesariamente indica la necesidad de tratamiento quirúrgico⁽²⁾. Existen algunos casos en que la gravedad de la lesión valvular no concuerda con los hallazgos clínicos, aún

evaluados por cateterismo cardíaco, lo que plantea dudas acerca del tratamiento.

El tratamiento quirúrgico de la insuficiencia mitral representa un reto en una buena cantidad de casos y el proceso en la toma de decisión, con frecuencia, es complejo y requiere de una visión holística de cada caso en particular, colocando en la balanza los beneficios contra los posibles riesgos.

La combinación de la ecocardiografía y Doppler color y espectral ayuda a identificar la gravedad de la insuficiencia mitral de una manera exacta y reproducible. Un tamaño normal de la aurícula y del ventrículo izquierdo nos hace dudar de una insuficiencia mitral crónica grave. Los parámetros de Doppler de flujo color pueden ayudar a apreciar la gravedad de la IM. La medición del área del orificio regurgitante, por sí sola, carece de exactitud especialmente si el chorro es excéntrico. Debe buscarse el llenado de las venas pulmonares y el flujo sistólico de las mismas, como medidas de severidad. Este hallazgo es más fiable en la insuficiencia mitral aguda y subaguda. La medición del volumen

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

sistólico permite calcular el volumen regurgitante, la fracción regurgitante y el área efectiva del orificio regurgitante (ERO). De tal manera que se ha validado en diferentes estudios la utilidad de estos parámetros en la evaluación de la severidad de la insuficiencia mitral (Fig. 3)⁽³⁾.

GRADO (ASE)		VR (ml)	ERO (mm ²)
Leve	Grado I	< 30	< 20
Moderada	Grado II	30-44	20-29
	Grado III	45-59	30-39
Severa	Grado IV	> 60	> 40

Figura 3: Insuficiencia mitral. Grado de severidad. ASE= American Society of Ecocardiography. VR= volumen regurgitante. ERO= área efectiva del orificio regurgitante

La American Society of Ecocardiography ha hecho un intento por encontrar un score que nos ayude en la asesoría de la severidad de la IM tomando en cuenta el tamaño del chorro regurgitante, el flujo de las venas pulmonares, el volumen regurgitante (por latido) y la fracción regurgitante, asignándoles un valor de 1 a 4 según la gravedad (Fig. 4)⁽⁴⁾.

	1+ (mínima)	2+ (moderada)	3+ (mod-sev)	4+ (severa)
Jet color	Leve < 4 cm ² < 10% de AI	Moderado 4-6 cm ² 10-30% AI	Severo 6-8 cm ² 30-40% AI	Severo > 8 cm ² > 40% AI
Flujo Venas pulmonares	Sistólico Dominante	Diastólico Dominante	Diastólico 45-59	Sistólico de reversa reversa
VR (ml)	< 30	30-45	40-59	> 60
FEVI (%)	< 30	30-39		> 60

Figura 4: Severidad de la insuficiencia mitral. American Society of Ecocardiography
VR= volumen regurgitante. FEVI= fracción de eyección de ventrículo izquierdo

Se utiliza el cateterismo cardíaco para la evaluación hemodinámica cuando hay discordancia entre los hallazgos clínicos y por métodos no invasivos. De forma similar se puede estimar el volumen regurgitante y la fracción regurgitante. Una fracción regurgitante mayor al 50% habla de IM severa. Por método cualitativo se puede estimar la gravedad de la insuficiencia.

Sin embargo, estos parámetros nos ayudan a evaluar la severidad de la IM, pero nos confunden a la hora de tomar decisiones ya que no nos dicen el punto real de corte de cuando enviar o no enviar a cirugía un paciente. Hay pocos estudios aleatorizados a gran escala y las recomendaciones con respecto al momento quirúrgico óptimo se basa fundamentalmente en datos observacionales^(5, 9). A partir de estos datos se han derivado una serie de parámetros útiles para decidir enviar a un paciente a cirugía y/o a predecir un resultado adverso.

Insuficiencia mitral degenerativa

La etiología de la IM parece afectar el pronóstico. Los pacientes que tienen afección primaria de las valvas parecen tener una evolución más favorable con la intervención quirúrgica que aquellos que tienen afección secundaria. La insuficiencia mitral degenerativa es una enfermedad primaria de las valvas y cuerdas que condiciona un movimiento exagerado de las mismas impidiendo su coaptación, pero con función

ventricular normal inicialmente. Las metas en el tratamiento son:

- Eliminar los síntomas
- Prevenir la disfunción de ventrículo izquierdo
- Mejorar la sobrevida

Debe recomendarse la cirugía a pacientes con insuficiencia mitral crónica grave sintomática, aún en pacientes con síntomas leves, pero que tienen función ventricular normal y leve o nula dilatación de cavidades izquierdas, especialmente si el equipo de trabajo puede hacer una reparación valvular, sin sustitución de la válvula. Es muy probable obtener resultados malos en

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

pacientes con disfunción severa con FEVI de $< 30\%$ y DSVI $> a 55\text{mm}$. Hay desacuerdo en la indicación de cirugía en pacientes asintomáticos que no tienen disfunción ni dilatación ventricular (FEVI $> 60\%$ $< 40\text{mm}$) a menos que exista fibrilación auricular y/o hipertensión pulmonar $> a 50\text{mm Hg}$ en reposo o $> a 60\text{mm Hg}$ en ejercicio. Se menciona que no hay síntomas que aliviar, pero puede mejorar la esperanza de vida y si esperamos una FEVI $< 60\%$ con DSVI $> 45\text{mm}$ la cirugía puede aliviar los síntomas pero no restaura la esperanza de vida. Datos recientes indican que un área ERO $> a 0,4\text{ cm}^2$ puede ser el punto de corte en este grupo de pacientes ya que en el seguimiento a largo plazo se ha visto que conforme aumenta el área, más pobres son los resultados quirúrgicos⁽⁶⁾. Sin embargo, no es recomendable utilizar un único parámetro para la indicación, especialmente si el paciente se encuentra asintomático, ya que pueden pasar años sin modificarse. De tal manera que si el paciente no tiene síntomas y la FEVI es normal ($> 60\%$) con diámetros normales, ERO de $< 40\text{mm}^2$ y un consumo de oxígeno normal debe hacerse sólo seguimiento clínico. Si está disponible debe hacerse un péptido natriurético cerebral, que debe ser normal.

Insuficiencia mitral isquémica

En la insuficiencia mitral de origen isquémico, la enfermedad primaria es del ventrículo izquierdo, existe un movimiento restringido de la válvula y existe disfunción ventricular desde el comienzo de la enfermedad. Las metas en el tratamiento son:

- Mejorar los síntomas
- Revertir la remodelación ventricular
- Mejorar la supervivencia
- Diferir la necesidad de trasplante

Se recomienda evitar, en la medida de lo posible, la sustitución valvular ya que la insuficiencia valvular es consecuencia y no la causa de la remodelación ventricular. En algunos centros se ha recomendado la sustitución valvular conservando el aparato sub-valvular con el propósito de no afectar más la función ventricular. Sin embargo, no hay un acuerdo general al respecto. Se ha dicho que aún cuando mejora la insuficiencia, la supervivencia no cambia con cirugía. Además existen datos de una alta recurrencia de la IM después de reparación (28%). Datos recientes mencionan que la supervivencia a 5 años es $< 50\%$ aún con cirugía, pagando un costo de 5% de mortalidad operatoria, una alta tasa de recurrencia y un pobre efecto en la supervivencia^(7, 8).

Existen puntos de corte basados en el diámetro ventricular diastólico. La razón es entendible ya que la insuficiencia mitral es secundaria a la remodelación y dilatación ventricular. Se dice que un diámetro diastólico $> a 65\text{mm}$ tiene una supervivencia a 5 años de 15% y un diámetro $< a 65\text{mm}$ de 60%, por lo que este parámetro se ha considerado un punto de referencia en la toma de decisiones⁽¹⁰⁾.

Finalmente será la evaluación clínica cuidadosa e individual complementada por estudios no invasivos o invasivos si se requiere, lo que ayude a establecer la severidad y repercusión de la insuficiencia mitral. La experiencia del grupo determinará la conducta a seguir ●

CONTINÚA »

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Bibliografía recomendada:

- 1) Otto, Catherine M. Evaluation and Management of Chronic Mitral Regurgitation. N Engl J Med 2001 345: 740-746
- 2) Bonow RO, Carabello BA, Kanu C, de Leon AC, Jr., Faxon DP, Freed MD, Gaasch WH, Lytle BW, Nishimura RA, O'Gara PT, O'Rourke RA, Otto CM, Shah PM, Shanewise JS, Smith SC, Jr., Jacobs AK, Adams CD, Anderson JL. ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (writing committee to revise the 1998 Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease): developed in collaboration with the Society of Cardiovascular Anesthesiologists: endorsed by the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions and Society of Thoracic Surgeons. Circulation 2006;114:e84-231.
- 3) Neilan, T. G., Ton-Nu, T.-T., Kawase, Y., Yoneyama, R., Hoshino, K., del Monte, F., Hajjar, R. J., Picard, M. H., Levine, R. A., Hung, J. Progressive nature of chronic mitral regurgitation and the role of tissue Doppler-derived indexes. Am. J. Physiol. Heart Circ. Physiol. (2008). 294: H2106-H2111
- 4) Zoghbi WA, Enriquez-Sarano M, Foster E, Grayburn PA, Kraft CD, Levine RA, Nihoyannopoulos P, Otto CM; American Society of Echocardiography: recommendations for evaluation of the severity of native valvular regurgitation with two-dimensional and Doppler echocardiography: A report from the American Society of Echocardiography's Nomenclature and Standards Committee and The Task Force on Valvular Regurgitation, developed in conjunction with the American College of Cardiology Echocardiography Committee, The Cardiac Imaging Committee, Council on Clinical Cardiology, The American Heart Association, and the European Society of Cardiology Working Group on Echocardiography, represented by: Eur J Echocardiogr (2003) 4(4): 237-261
- 5) Detaint, Delphine, Lung, Bernard, Lepage, Laurent, Messika-Zeitoun, David, Baron, Gabriel, Tornos, Pilar, Gohlke-Barwolf, Christa, Vahanian, Alec. Management of asymptomatic patients with severe non-ischaemic mitral regurgitation. Are practices consistent with guidelines? Eur J Cardiothorac Surg 2008 34: 937-942
- 6) Enriquez-Sarano M, Avierinos J-F, Messika-Zeitoun D, et al. Quantitative determinants of the outcome of asymptomatic mitral regurgitation. N Engl J Med 2005;352:875-883
- 7) Ngaage DL, Daly RC, Rosales G, Sundt TM 3rd, Dearani JA, Mullany CJ, McGregor CG, Orszulak TA, Puga FJ, Schaff HV. Mitral regurgitation surgery in heart failure due to ischemic cardiomyopathy: a 24-year experience. J Heart Valve Dis. 2008 May;17(3):251-9; discussion 259-60.
- 8) Benedetto U, Melina G, Roscitano A, Fiorani B, Capuano F, Sclafani G, Comito C, Nucci GD, Sinatra R. Does combined mitral valve surgery improve survival when compared to revascularization alone in patients with ischemic mitral regurgitation? A meta-analysis on 2479 patients. J Cardiovasc Med 2009 Feb;10(2):109-14.
- 9) Kang DH, Kim JH, Rim JH, Kim MJ, Yun SC, Song JM, Song H, Choi KJ, Song JK, Lee JW. Comparison of early surgery versus conventional treatment in asymptomatic severe mitral regurgitation. Circulation. 2009 Feb 17;119(6):797-804. Epub 2009 Feb 2.
- 10) Montant P, Chenot F, Robert A, Vancaeynest D, Pasquet A, Gerber B, Noirhomme P, El Khoury G, Vanoverschelde JL. Long-term survival in asymptomatic patients with severe degenerative mitral regurgitation: a propensity score-based comparison between an early surgical strategy and a conservative treatment approach. J Thorac Cardiovasc Surg. 2009 Dec;138(6):1339-48. Epub 2009 Jun 26.

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA

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

CUANDO UNO SE COMPROMETE CON EL LIDERAZGO, ES POSIBLE MUCHO MÁS

La posición de liderazgo de Boston Scientific en el mercado de stents liberadores de fármacos está respaldada por nuestras múltiples opciones de stents como el stent liberador de Paclitaxel, stent liberador de Everolimus y el stent metálico, así como por nuestro extenso programa clínico que ha estudiado a más de 50.000 pacientes. Nuestro continuo compromiso con la mejora del cuidado de los pacientes nos convierte en el socio preferido de los médicos en todo el mundo. www.bostonscientific-international.com

5602

Boston Scientific
Delivering what's next.™

2 plataformas de stents liberadores de fármacos

Al ofrecer tanto Paclitaxel como Everolimus, aumentan las opciones de stents para los médicos

11 millones de stents de Boston Scientific implantados hasta la fecha

Más de

50.000 pacientes estudiados en estudios clínicos y registros realizados por Boston Scientific*

6 categorías En las QUE LIDERAMOS EL MERCADO MUNDIAL stents liberadores de fármacos, balones, IVUS, aterectomía, protección embólica e insufladores

* Estimaciones de BSC en todo el mundo. Datos en archivo.

© 2009 Boston Scientific Corporation o sus filiales. Reservados todos los derechos. BMS: stent de metal descubierto. Imagen: Digital Vision.

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Intervenciones extracardíacas

Stents farmacológicos para el tratamiento de los pacientes diabéticos. ¿Son todos iguales?

//

Dr. Marco Antônio Perin

Gestor del Servicio de Cardiología Intervencionista del Hospital Israelita Albert Einstein, San Pablo, Brasil
Médico asistente del Instituto del Corazón (InCor-HCFMUSP)

//

Dr. Marco Aurélio Magalhães

Cardiólogo Intervencionista del Hospital Israelita Albert Einstein, San Pablo, Brasil

Introducción

Estudios epidemiológicos establecen conspicuamente la asociación entre diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular, especialmente la enfermedad arterial coronaria, principal causa de mortalidad en estos pacientes. La relación causal entre la diabetes y la presencia de coronariopatía no está totalmente dilucidado. Sin embargo, la hiperglucemia crónica, la resistencia a la insulina y la frecuente asociación a los otros factores de riesgo (hipertensión arterial sistémica, dislipidemia y obesidad), los mecanismos fisiopatológicos vigentes en estos pacientes actúan como facilitadores del proceso aterosclerótico y su progresión acelerada. De hecho, el riesgo de enfermedad cardiovascular atribuible a la diabetes permanece constante en los modelos longitudinales, en contraposición a lo que se observa en pacientes no diabéticos en los últimos 50 años.⁽¹⁾ Se calcula que para el 2030 se diagnosticarán 330 millones de casos nuevos de diabetes mellitus⁽²⁾ y, por lo tanto, habrá un aumento de la necesidad de estrategias de revascularización miocárdica. Sin embargo, en comparación con los pacientes no diabéticos, el pronóstico de los pacientes tratados, ya sea por intervención coronaria o por cirugía es históricamente inferior.⁽³⁻⁶⁾ Es más, en los pacientes diabéticos con coronariopatía manifiesta, la opción de tratamiento clínico se asocia a un mayor índice de eventos comparados con las estrategias de revasculariza-

ción⁽⁷⁾. En estos pacientes, la intervención coronaria percutánea se relaciona con mayores índices de eventos cardíacos combinados, infarto de miocardio, trombosis del stent e índices muchos más altos de revascularización del vaso tratado. La combinación de vasos de pequeño calibre, lesiones largas y enfermedad difusa asociadas a un mayor grado de hiperplasia neointimal y a mayor resistencia a la Aspirina y/o el Clopidogrel son variables que explican el peor desenlace clínico que tienen estos pacientes y limitan la aplicabilidad sin restricciones de la intervención coronaria percutánea. Con el advenimiento de los stents farmacológicos de primera generación liberadores de Sirolimus en la plataforma Cypher® (Johnson & Johnson, Miami Lakes, Florida) y de Paclitaxel en la plataforma Taxus® (Boston Scientific, Natick, Massachusetts), y su habilidad inherente para reducir la hiperplasia neointimal, se observó una disminución sistemática y significativa de la restenosis clínica y angiográfica, trayendo la perspectiva de una solución definitiva a largo plazo para estos pacientes. Sin embargo, dada la limitación de estudios diseñados específicamente para los pacientes diabéticos, las diferencias entre los stents farmacológicos de primera generación aún están poco estudiadas. Recientemente, datos acumulados de los registros y los nuevos estudios aleatorizados investigaron la hipótesis:

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

- ¿Los stents farmacológicos son iguales en los pacientes diabéticos?

En este artículo, esa hipótesis se explorará desde el aspecto fisiopatológico, pasando desde los grandes registros de práctica clínica hasta los estudios aleatorizados controlados.

Aspectos fisiopatológicos

La capacidad de los stents farmacológicos para disminuir la necesidad de una nueva revascularización está determinada por su efecto antiproliferativo y antiinflamatorio local. Su eficacia está determinada por el grado de hiperplasia calculada tanto por el análisis cuantitativo angiográfico o por ultrasonido intravascular. El Sirolimus ejerce su mecanismo de acción a través de su acoplamiento con la proteína FK 506-12 inhibiendo la activación del complejo *m-TOR*, una proteína esencial en la regulación del ciclo celular, lo que interrumpe el ciclo mitótico en la fase G1/S. El Paclitaxel ejerce su efecto a través de la unión a la subunidad β -tubulina de los microtúbulos previniendo su reorganización y, por lo tanto, interrumpiendo el ciclo mitótico en la fase G1/G2M. Como efecto de estos dos agentes se observa una reducción de la migración y la proliferación celular después del implante de los stents. Sin embargo, en caso de hiperglucemia, el efecto antimitótico del Sirolimus se reduce en comparación con el Paclitaxel.⁽⁸⁾ Esa diferencia se asocia a la fosforilación y la activación del complejo AKT, que se relaciona con la mayor sobrevida de las células musculares lisas

in-vitro. Por lo tanto, podemos inferir que este modelo mimetiza, en parte, el comportamiento bioquímico y la respuesta celular de estos diferentes stents farmacológicos en los pacientes diabéticos.

Los registros de práctica clínica

Los registros de stents farmacológicos suministran informaciones importantes sobre la validez externa y la aplicabilidad universal de un determinado dispositivo en la práctica clínica, considerando la gran selectividad de los estudios aleatorizados. Por otro lado, los análisis frecuentes y repetitivos pueden causar el fenómeno de multiplicidad, que limita el poder conclusivo de este tipo de estudio, pero fomenta la construcción de hipótesis relevantes a ser probadas en el ambiente aleatorizado. Entre ellas, se destaca la comparación de los stents farmacológicos de primera generación en las respectivas plataformas Cypher® y Taxus® en pacientes diabéticos. Para nuestro conocimiento, los datos relevantes de los 8 registros disponibles en la literatura se presentan en la Tabla 1.⁽⁹⁻¹⁶⁾

Tabla 1: Registros de pacientes diabéticos tratados con stents farmacológicos

Estudio	n	Seguimiento	RVA	ECAM
Cosgrave et. al (Diabéticos)	60 SES vs. 67 SEP	9 meses	SES 33,3 % vs. SEP 9,4%	SES 36,7% vs. PES 23,9%
RESEARCH/ T-SEARCH (Diabéticos)	145 SES vs. 148 SEP	12 meses	10,3 % vs. 5,9 %	20,4 % vs. 15,6 %
SOLACI (Diabéticos)	353 SES vs. 280 SEP	12 meses	5,7% vs. 4,0%	9,1% vs. 5,8%
STENT (Diabéticos)	875 SES vs. 805 SEP	9 meses	4,1% vs. 3,4%	6,8% vs. 7,1%
REWARDS (Diabéticos)	873 SES vs. 447 SEP	6 meses	3,0% vs. 5,0%	11,0% vs. 12,0%
TC-WIRE (Diabéticos)	247 SES vs. 289 SEP	12 meses	8,5% vs. 2,8%	----
Instituto Prairie (Diabéticos)	954 SES vs. 208 SEP	12 meses	6,4% vs. 6,9%	15,1% vs. 12,1%
Stankovic et al. (Diabéticos)	147 SES vs. 113 PES	9 meses	23,1% vs. 18,6%	24,5% vs. 19,5%

SES=stent liberador de Sirolimus, SEP=stent liberador de Paclitaxel, RVA= Revascularización del vaso tratado, ECAM=eventos cardíacos adversos mayores

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Es fácil percibir que existe una diferencia en los índices de eventos combinados y los índices de nueva revascularización a favor de los stents recubiertos con Paclitaxel. Un metanálisis reciente que combinó los datos de estos trabajos permite observar una tendencia (estadísticamente no significativa) de superioridad de los stents liberadores de Paclitaxel en los índices de reestenosis clínica (Odds Ratio: 0,83 IC 95% (0,68-1,01); $p=0,056$).⁽¹⁷⁾ A pesar de que estos estudios suministran evidencias indirectas de una tendencia beneficiosa de los stents con Paclitaxel en pacientes diabéticos, representan subanálisis con criterios heterogéneos y un seguimiento clínico limitado (máximo de 12 meses). No obstante, este descubrimiento presenta plausibilidad biológica por la influencia experimental de la hiperglucemia en el mecanismo de acción de estos fármacos, lo que se debería probar a la luz de los estudios aleatorizados.

Estudios aleatorizados

Los datos provenientes de 13 estudios aleatorizados controlados que proporcionan evidencias científicas más sólidas que los registros citados anteriormente, suman un total de 2422 pacientes diabéticos. Cuatro de esos estudios incluyeron la comparación directa "head-to-head" del stent liberador de Sirolimus vs. el stent liberador de Paclitaxel, y solamente dos estudios compararon las dos plataformas exclusivamente en pacientes diabéticos: ISAR-DIABETES (n=250) y DiabeDES (n=153). El objetivo primario de estos estudios fue la pérdida tardía en el segmento a los 9 meses y la pérdida tardía intrastent a los 8 meses, respectivamente. El ISAR-DIABETES demostró una diferencia estadísticamente significativa en la pérdida tardía en el segmento ($0,67 \pm 0,62$ vs. $0,43 \pm 0,45$; $P=0,002$) y en el índice de reestenosis binaria (16,5% vs. 6,9%; $P=0,03$) a favor de los stents liberadores de

CONTINÚA »

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA

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

supralimus-core
SIROLIMUS ELUTING STENT

Plataforma de cobalto cromo aprobado pelo CE, proporcionando una liberación uniforme da droga, excelente navegabilidade e flexibilidade.

Estudo Clínico - Maximus Trial

Resultados

Clinical FUP: 8M TVR (%) : 0,0
MI (%) : 0,0 Overall MACE (%): 2,8

QCA - após 8 meses de acompanhamento

In lesion late loss (mm) : $0,33 \pm 0,32$
In lesion binary restenosis (> 50%): 1,6%



A liberação do sirolimus em 45 dias, através de um polímero biodegradável que inibe a reestenose e permite o crescimento neointimal.



REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Sirolimus⁽¹⁸⁾. Este hallazgo se confirmó en el estudio DiabeDES, en el que se aleatorizaron 153 pacientes (Cypher®, n=76 y Taxus®, n=77) y quedó demostrada la superioridad del stent liberador de Sirolimus sobre el stent liberador de Paclitaxel ($0,23 \pm 0,54$ vs. $0,44 \pm 0,52$; $p=0,025$) en la pérdida tardía intrastent⁽¹⁹⁾. Los índices de eventos adversos combinados, infarto y trombosis de stent no fueron estadísticamente diferentes. A pesar de la evidente diferencia angiográfica entre ambas plataformas, al combinar los datos de estos estudios aleatorizados (Tabla 2), observamos que no hay diferencia estadística entre ambos stents farmacológicos en relación con los índices de revascularización de la lesión tratada (OR:1,37; IC 95% 0,64-2,9; $p=0,42$) y el índice de eventos clínicos combinados⁽¹⁷⁾.

Conclusiones

Los pacientes diabéticos con coronariopatías representan un desafío especial para la intervención coronaria percutánea, debido a la conjunción de factores de riesgo y angiográficos de alto riesgo. A diferencia del gran progreso observado en la era de los stents farmacológicos, la variable "diabetes", permanece independientemente predictiva de la recurrencia de futuros eventos. Aunque aún se considera una indicación "off-label", hay cada vez más evidencias de la seguridad de los stents farmacológicos en esta población. Los estudios aleatorizados que evaluaron objetivos "sustitutivos" demostraron la superioridad del Sirolimus en comparación con el Paclitaxel en la supresión neointimal. Sin embargo, esta superioridad, aparentemente, no determinó

menores índices de eventos o revascularización de la lesión tratada en los estudios disponibles hasta ahora ●

Tabla 2: Estudios aleatorizados de pacientes diabéticos tratados con stents farmacológicos

Estudio	n	Seguimiento	RVA	ECAM
ISAR-DIABETES	125 SES vs. 125 SEP	9 meses	SES 6,4% vs. SEP 12,0%	--
TAXI (Diabetes)	33 SES vs. 36 SEP	12 meses	3,0% vs. 2,8%	9,1% vs. 5,6%
SIRTAX (Diabéticos)	108 SES vs. 93 SEP	12 meses	5,6% vs. 12,9%	--
REALITY (Diabéticos)	187 SES vs. 192 SEP	12 meses	8,1% vs. 5,2%	--

SES=stent liberador de Sirolimus, SEP=stent liberador de Paclitaxel, RVA= Revascularización del vaso tratado, ECAM=eventos cardíacos adversos mayores

Bibliografía recomendada:

1. Caroline S. Fox, Sean Coady, Paul D. Sorlie, et al. Increasing Cardiovascular Disease Burden Due to Diabetes Mellitus: The Framingham Heart Study. *Circulation* 2007; 115:1544-1550.
2. Sarah W, Gojka R, Anders G, et al. Global Prevalence of Diabetes Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004; 27: 1047-1053.
3. Bucarius J, Gummert JF, Walther T, et al. Impact of diabetes mellitus on cardiac surgery outcome. *Thorac Cardiovasc Surg* 2003; 51: 11-16.
4. The BARI Investigators. The Final 10-year follow-Up From the BARI Randomized Trial. *J Am Coll Cardiol* 2007; 49: 1600 - 06.
5. Serruys PW, Unger F, Sousa E, et al. The Arterial Revascularization Therapies Study Group. Comparison of coronary-artery bypass surgery and stenting for the treatment of multivessel disease. *N Engl J Med* 2001; 344: 1117-24.
6. Daemen J, Boersma E, Flather M, et al. Long-Term Safety and Efficacy of Percutaneous Coronary Intervention With Stenting and Coronary Artery Bypass Surgery for Multivessel Coronary Artery Disease: A Meta-Analysis With 5-Year Patient-Level Data From the ARTS, ERACI-II, MASS-II, and SOS Trials. *Circulation* 2008; 118: 1146-54

CONTINÚA »



SOLACI '10
BUENOS AIRES - ARGENTINA

SAVE THE DATE

August 11 - 13, Buenos Aires

The Preliminary Scientific Program Is Now Online: www.solaci2010.com

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

7. Soares PR, Hueb WA, Lemos PA, et al. Coronary revascularization (surgical or percutaneous) decreases mortality after the first year in diabetic subjects but not in nondiabetic subjects with multivessel disease: an analysis from the Medicine, Angioplasty, or Surgery Study (MASS II). *Circulation*. 2006 Jul 4;114(1 Suppl):I420-4.
8. Cam Patterson, Sabeen Mapera, Hui-Hua Li, et al. Comparative Effects of Paclitaxel and Rapamycin on Smooth Muscle Migration and Survival: Role of Akt-Dependent Signaling. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2006; 26;1473-1480.
9. Cosgrave J, Agostoni P, Ge L, et al. Clinical outcome following aleatory implantation of paclitaxel-eluting or sirolimus-eluting stents in complex coronary lesions. *Am J Cardiol* 2005;96:1663-8.
10. Ong AT, Aoki J, van Mieghem CA, et al. Comparison of short- (one month) and long- (twelve months) term outcomes of sirolimus- versus paclitaxel-eluting stents in 293 consecutive patients with diabetes mellitus (from the RESEARCH and T SEARCH registries). *Am J Cardiol* 2005;96:358-62.
11. Sousa AG, Abizaid A, Hayashi EB, Buitron F, Pena I, Ribeiro E. Outcomes of percutaneous interventions in diabetics treated with drug eluting stents or bare metal stents: SOLACI registry results. *Am J Cardiol* 2005;96 Suppl 1:31H.
12. Simonton C, Brodie B, Cheek B, et al. Late clinical outcomes of paclitaxel and sirolimus-eluting coronary stents in diabetic patients: results from the Strategic Transcatheter Evaluation of New Therapies (STENT) group. Presentation at the 2006 American College of Cardiology/i2 Summit Annual Scientific Session March 12, 2006, Atlanta, Georgia. Available at: <http://www.tctmd.com>. Accessed February 4, 2008.
13. Kuchulakanti PK, Chu WW, Torguson R, et al. Sirolimus-eluting stents versus paclitaxel-eluting stents in the treatment of coronary artery disease in patients with diabetes mellitus. *Am J Cardiol* 2006;98:187-92.
14. Kandzari D, O'Neill W, Strauss W. One-year outcomes from the TC-WYRE registry. TAXUS Express stent vs. Cypher stent: what's your real world experience? Paper presented at: 2006 Transcatheter Cardiovascular Therapeutics Annual Meeting; October 22-27, 2006; Washington, DC.
15. Mishkel G, Moore A, Slater C. Comparison of paclitaxel versus sirolimus drug eluting stents in patients with diabetes mellitus in a "real-world" setting. Paper presented at: 2006 Transcatheter Cardiovascular Therapeutics Annual Meeting; October 22-27, 2006; Washington, DC.
16. Stankovic G, Cosgrave J, Chieffo A, et al. Impact of sirolimus-eluting and paclitaxel-eluting stents on outcome in patients with diabetes mellitus and stenting in more than one coronary artery. *Am J Cardiol* 2006;98:362-6.
17. Ehtisham Mahmud, Guilherme Bromberg-Marin, Vachaspathi Palakodeti, et al. Clinical Efficacy of Drug-Eluting Stents in Diabetic Patients: A Meta-Analysis. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2008; 51;2385-2395.
18. Dibra A, Kastrati A, Mehilli J, et al. Paclitaxel-eluting or sirolimus eluting stents to prevent restenosis in diabetic patients. *N Engl J Med* 2005;353:663-70.
19. Michael Maeng, Lisette Okkels Jensen, Anders Michael Galloe. Comparison of the Sirolimus-Eluting Versus Paclitaxel-Eluting Coronary Stent in Patients With Diabetes Mellitus: The Diabetes and Drug-Eluting Stent (DiabeDES) Randomized Angiography Trial. *Am J Cardiol*. 2009 Feb 1;103(3):345-9.

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA

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



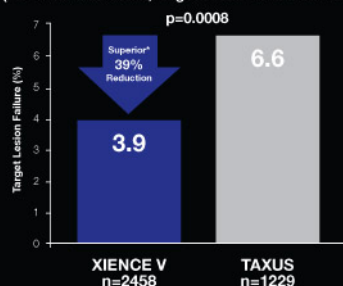
Xience V

Everolimus Eluting Coronary Stent System

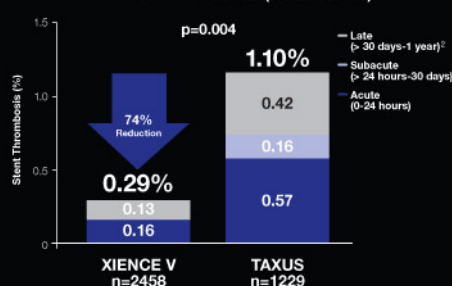
SPIRIT IV

**XIENCE V Delivers
Low 0.29% Stent
Thrombosis in 2,458
Patients in SPIRIT IV**

Clinically-Driven TLF: Primary Endpoint
(TLF = Cardiac death, target vessel MI and ID-TLR)



1-Year Stent Thrombosis (ARC Def/Prob)



¹ P-values based on Fisher's exact test.

² Categorical data, 365 ± 28 days.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Fístula renal arterio-calicial

//

Dr. Castilla Martín, J. OmarCardioangiólogo Intervencionista, Cardio Cuyo
San Juan, Argentina

Paciente de sexo femenino, 49 años, con antecedentes de hipotiroidismo y litiasis renal derecha.

Se le indica litotricia percutánea que se realiza mediante punción translumbar derecha. Durante el postoperatorio inmediato presenta hematuria persistente con signos de shock hipovolémico, por lo que es trasladada a terapia intensiva.

Se comienza con expansión de volumen con coloides y se intenta transfusión sanguínea la cual es negada por la paciente ya que su religión (testigo de Jehová) no se lo permite.

Se le solicita angiografía renal que muestra fístula arterio-calicial de moderado flujo en la región media y polar inferior sin anomalías vasculares (Figura 1). Se procede a la embolización selectiva de arteria segmentaria renal.

Se cateteriza selectivamente la arteria renal derecha con catéter 6 fr y por este se avanza con cuerda 0,014" hacia arteria comprometida en la fístula.

Se procede a la embolización con Spongostan® realizando inyecciones de control para verificar el tiempo arterial de la región embolizada (Figura 2).

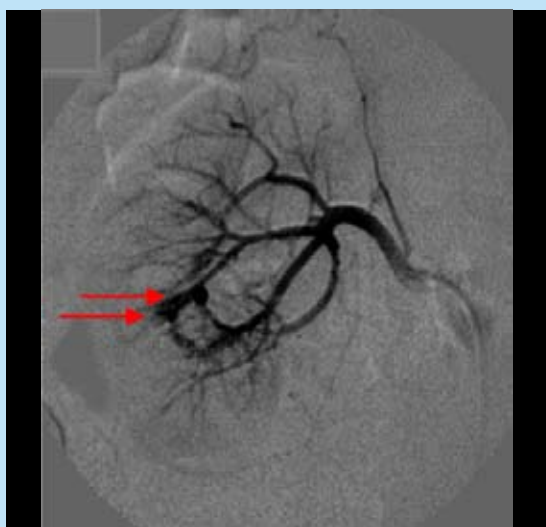


Figura 1: Arteriografía renal derecha: Fístula arterio-calicial

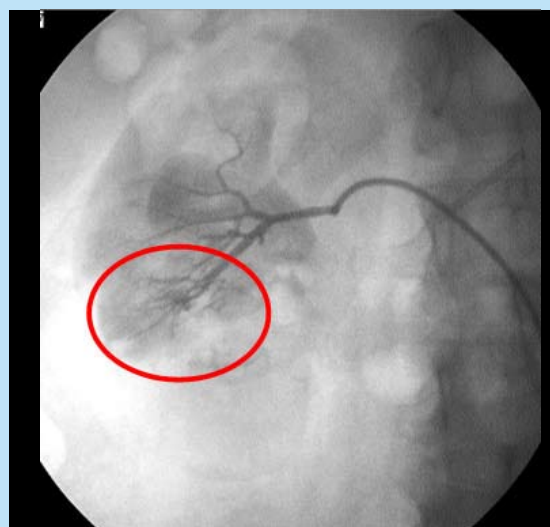


Figura 2: Embolización selectiva de fístula arterio-calicial

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

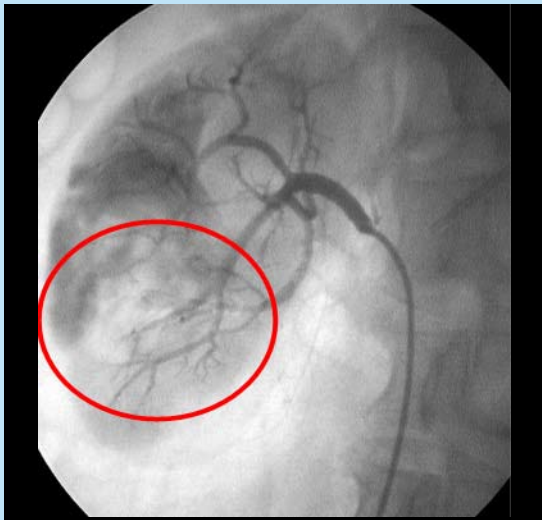


Figura 3: Resultado final

Se retira el sistema y se realiza inyección a nivel de la arteria renal derecha observándose exclusión del segmento fistuloso (figura 3).

El paciente es derivado a terapia intensiva.

En su evolución presenta mejoría del estado general, ausencia de sangrado y aumento del hematocrito sin requerimientos de hemoderivados. Se otorga el alta sin complicaciones al quinto día.

Conclusión

Pese a ser un caso aislado, vemos como el tratamiento percutáneo en este tipo de patología que puede comprometer la vida de un paciente por circunstancias especiales al no poder recibir hemoderivados puede ser una terapéutica útil, eficaz y con bajo índice de complicaciones ●

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA

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



Tres Maneras de Prescribir su Terapia con Stent

Cada uno de nuestros stents ofrece un balance único de eficacia, seguridad y entrega. El resultado es un rango de soluciones que le permite cumplir las necesidades clínicas específicas de sus pacientes.



www.medtronic.com

Para distribución únicamente en mercados donde el stent Endeavor Resolute ha sido aprobado.
© 2009 Medtronic, Inc. Todos los derechos reservados. Impreso en LA. UC200902161ES 3/09

Driver BMS Endeavor^{Sprint} DES Resolute DES

CUBRIENDO EL ESPECTRO DE NECESIDADES CLINICAS

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

Dr. Juan Fernández. Jefe de Hemodinamia del Hospital Universitario de la UAI. Argentina

Incidencia y predictores de eventos cardíacos mayores muy tardíos (≥ 4 años) en el DESIRE (Drug Eluting Stents en el mundo real)- registro tardío

J. Ribamar Costa, Jr, MD, Amanda Sousa, MD, PhD, Adriana C. Moreira, MD, Ricardo A. Costa, MD, Manuel Cano, MD, Galo Maldonado, MD, Cantidio Campos, MD, Mariana Carballos, BS, Ricardo Pavanello, MD, J. Eduardo Sousa, MD. J. Am. Coll. Cardiol. Intv. 2010 3: 19-21

El objetivo de este trabajo fue evaluar la incidencia de MACE y trombosis intrastent en un grupo no seleccionado y de pacientes complejos en el seguimiento ≥ 4 años.

La metodología fue: un grupo de pacientes consecutivos tratados solamente con DES entre 05/2002 y 01/2005 fueron ingresados a este registro de único centro, no

randomizado. El punto final primario fue la ocurrencia de MACE a largo plazo (hasta los 7 años).

Se incluyeron un total de 1010 pacientes, la mayoría hombres (77%) con 63,7 años de edad promedio y 1,4 stents por pacientes, con doble esquema antiplaquetario por 3 y 6 meses para Cypher® o para Taxus® respectivamente. CONTINÚA »

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA

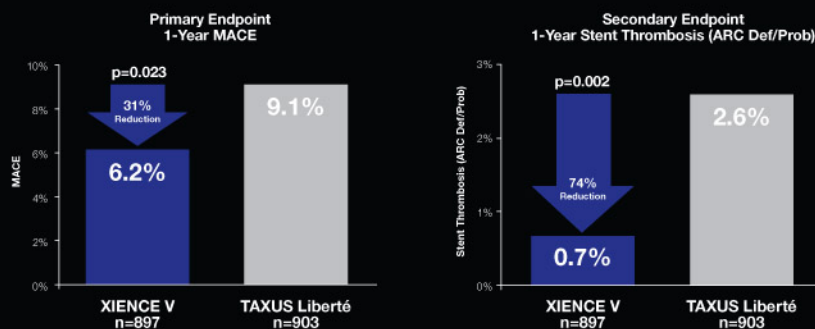
Este es un espacio comercial. Los anuncios son responsabilidad de la empresa patrocinante.

Xience V

Everolimus Eluting Coronary Stent System

COMPARE Trial

**XIENCE V is Superior*
to TAXUS Liberté in
COMPARE**



COMPARE is an investigator-initiated, single-center, prospective RCT testing XIENCE V vs. TAXUS Liberté in 1,800 all-comer, real-world patients.

*XIENCE V has demonstrated statistical superiority in the primary endpoints of SPIRIT IV, SPIRIT III and SPIRIT II in target lesion failure (TLF), in-segment late loss and in-stent late loss respectively. TAXUS Express² was the control in SPIRIT IV. Source: SPIRIT IV, one year results, TCT 2009 and XIENCE V IFU.

MACE = All Death, Non-Fatal MI and TVR. MACE was prespecified for superiority testing. All data from Kaplan-Meier Curves. Source: Dr. Peter Smits, COMPARE Trial, 1-Year Results Presentation, TCT 2009.

Please contact your Abbott Vascular representative to learn more or visit our web site at www.XienceV.com

AP2931131 Rev. A ©2009 Abbott Laboratories

Xience V | **Abbott Vascular**

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

El seguimiento fue obtenido en el 98,2 % de los pacientes con una media de 5,01 años. La supervivencia libre de MACE fue de 84,6% y la incidencia acumulada de trombosis intrastent definitiva/probable fue de 1,7%.

Los predictores independientes de trombosis intrastent fueron: ATC en IAM, DES *overlapping*, tratamiento de enfermedad de múltiples vasos, moderada a severa calcificación de la lesión tratada, estenosis intrastent residual.

Los autores concluyen: la colocación de DES en el mundo real resultó de muy baja frecuencia de MACE a largo plazo. Sin embargo, la trombosis intrastent continúa ocurriendo muy alejada después del procedimiento original ●

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA

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

Recubrimiento Abluminal totalmente reabsorbido después de 6-9 meses*

BIOMATRIX™
DES CON POLÍMERO BIODEGRADABLE ABLUMINAL

Seguridad demostrada del DES con polímero biodegradable abluminal

Probada eficacia de la droga Biolimus A9™

Flexibilidad demostrada gracias al diseño de stent avanzado



*Datos en archivo - peso molecular <10kDa

Nuestros representantes en América Latina:

Argentina	TECNOLOGY · www.tecnology.com.ar
Brazil	BIOASSIST · www.bioassist.com.br
Caribe	MARTEC MEDICAL CARIBBEAN GROUP, S.A. martec.caribeangroup@gmail.com
Colombia	WORLD MEDICAL · www.worldmedical.com.co
Chile	ARLAB · www.arlab.cl
Costa Rica	ALFACOR PROVEDORES DE EQUIPO alfacor7@gmail.com
Guatemala	SEMICOM SA · www.semicomsa.com
Mexico	SEYSA MEDICAL · nora29098@hotmail.com
Panama	AVANCES MÉDICOS VENEZOLANOS AMEVECA, www.ameveca.com
Peru	PHS · carlosvasquezvargas@phsupply.com
Uruguay	SANYFICO S.A · sanyfico@movinet.com.uy
Venezuela	AVANCES MÉDICOS VENEZOLANOS AMEVECA, www.ameveca.com

BioMatrix™ sistema de stent coronario de elución de fármaco está aprobado por CE. No está a la venta en los Estados Unidos y algunos otros países. © 2010 Biosensors International Group, Ltd. Todos los derechos reservados. BioMatrix y Biolimus A9 son marcas del Biosensors International Group, Ltd.

1.0673.000-ES - Rev.01

INTERROGANDO A LOS EXPERTOS

Entrevista al Dr. Carlos Szejfman

Angioplastia carotídea

//

Dr. Carlos SzejfmanCardiología Intervencionista Sanatorio Güemes. IMAC
Buenos Aires, Argentina**1. En un paciente con *stroke* y evidencia de lesión carotídea severa bilateral, ¿cuál es el *timing* y qué carótida intervendría?**

En estos casos, abordamos la carótida contralateral a la productora del *stroke* y realizamos a la brevedad la angioplastia. No angioplastiamos en agudo la causante del *stroke* debido a la posibilidad de convertirlo en hemorrágico si aumentamos el flujo y la presión de la zona isquémica. Según la evolución clínica, realizamos entre los 30 y 90 días la angioplastia ipsilateral.

2. ¿Considera apropiado el uso del acceso radial para este tipo de procedimientos?

Utilizamos la vía radial para diagnóstico en TODOS los pacientes con patología cerebrovascular isquémica que no tienen contraindicación. Terapéuticamente, para angioplastia carotídea, usamos vía radial o punción humeral en casos seleccionados de arcos aórticos complejos para abordar por vía femoral. El catéter guía de elección es el Simmons II.

3. ¿Qué tipo de sistema de protección cerebral cree que es el más adecuado para intervencionistas con poca experiencia?

El sistema de elección en operadores de poca experiencia es el tipo filtro distal, NO balón ocluser. Recomendamos familiarizarse con un filtro, Filter Wire EZ® o Spider Fx® y usarlo en todos los casos indicados. En casos clínica o angiográficamente complejos, la indicación es abstención y solicitar ayuda al operador del grupo que tenga experiencia en empleo de protecciones múltiples.

4. ¿Cómo selecciona el tipo de stent?

En función de las características clínicas, la anatomía del arco aórtico, la emergencia del vaso a tratar, de la bifurcación carotídea y del tipo de placa. En placas clínica o angiográficamente vulnerables usamos stents de celdas cerradas. En anatomías tortuosas, dificultosas, stents más flexibles. Recomendamos familiarizarse con 1 ó 2 stents. No olvidar los cónicos en anatomías que lo requieran.

INTERROGANDO A LOS EXPERTOS

5. ¿Cómo realiza el seguimiento luego de una angioplastia carotídea y qué método complementario prefiere utilizar?

Citamos al paciente dentro del primer mes para evaluación clínica. A los 6 meses realizamos una evaluación clínica y con doppler de vasos de cuello. Recomendamos seguimiento por su cardiólogo o neurólogo de cabecera y terapia antiagregante prolongada ●

Bibliografía recomendada:

Endovascular carotid interventions, Cremonesi A et al. Eurointervention 2010;8:66-870

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

Puede escribirnos a: proeducar@solaci.org



En el marco del próximo Congreso SOLACI '10 en Buenos Aires, Argentina, se desarrollará un nuevo ciclo de Sesiones de Discusión de Casos de ProEducar serán filmadas para su posterior publicación online. Los invitamos a compartirlas con nosotros.

Salón: Alerce

Miércoles 11 de 14:00 a 15:30 ----Casos de Intervenciones Coronarias

Jueves 12 de 10:30 a 12:00 -----Casos de Intervenciones Carotídeas

Jueves 12 de 14:00 a 15:30 ----- Casos de Intervenciones Coronarias

Viernes 13 de 10:30 a 12:00 ----- Casos de Intervenciones de Aorta y Miembros Inferiores

Para más información, visite
www.solaci2010.com o contáctese a
proeducar@solaci.org



SOLACI '10
XVI Congress of the Latin American Society of Interventional Cardiology
XX Congress of the Argentine College of Interventional Cardioangiologists