



Director del Programa

ProEducar:

Dr. Hugo F. Londero

Director Boletín Educativo:

Dr. Leandro I. Lasave

Comité Editorial

Dr. Darío Echeverri

Dr. Ricardo Lluberas

Dr. Felipe Heusser

Dr. Ari Mandil

Dr. Aníbal Damonte

Dr. Leandro Martínez Riera

Dr. Marco Wainstein

Dr. Luis Virgen

Dr. Dimytri A. Siqueira

Dr. Juan Simón Muñoz

Dr. José C. Faria García

Secretaria

Mercedes Boero

Diseño Gráfico

Florencia Álvarez

CONTENIDO

EDITORIAL:

Dr. Felipe Heusser..... **02** [VER ▶](#)

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS:

Intervenciones Cardíacas: Dr. Jamil Abdalla Saad

“Evidencias en la utilización de la trombectomía por aspiración manual en el IAM:

¿se debe generalizar la tromboaspiración?” **03** [VER ▶](#)

Intervenciones Pediátricas: Dr. Carlos AC Pedra

“Tratamiento percutáneo de la coartación de aorta en el adulto” **08** [VER ▶](#)

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA:

07 [VER ▶](#)

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA:

11 [VER ▶](#)

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA:

12 [VER ▶](#)

CASO CLÍNICO:

13 [VER ▶](#)

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA:

15 [VER ▶](#)

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS:

16 [VER ▶](#)

INTERROGANDO A LOS EXPERTOS

Entrevista al Dr. Oscar Mendiz

“Tratamiento endovascular de la aorta torácica” **17** [VER ▶](#)

EDITORIAL: Dr. Felipe Heusser



//

Dr. Felipe HeusserHospital Clínico-Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
Santiago de Chile

Es para mí un gusto invitarlos a leer este nuevo número del **Boletín ProEducar** de SOLACI que, como es ya habitual, trae temas de gran interés en intervencionismo cardiovascular.

Destaco en este boletín los temas muy de actualidad de los dos artículos de revisión, uno en intervencionismo en cardiopatía coronaria y el otro en intervencionismo en cardiopatía congénita. En el primero, los doctores Jamil Abdalla Saad y José Faria García discuten las evidencias que existen en la literatura médica sobre la utilización de la trombectomía por aspiración manual en el infarto agudo de miocardio, y en base a esta información sugieren cuándo emplear esta técnica. En el segundo artículo, el Dr. Carlos Pedra nos entrega una completa actualización sobre el tratamiento percutáneo de la coartación aórtica en pacientes adultos, mencionando las indicaciones de tratamiento y exponiendo las alternativas terapéuticas disponibles hoy. Quiero destacar también la sección "Interrogando a los Expertos" y el Caso Clínico de este boletín. En la primera, se entrevista al Dr. Oscar Mendiz sobre otra patología aórtica: el síndrome aórtico agudo de aorta torácica y las alternativas de tratamiento endovascular. En el segundo, los doctores Cabrera y Peirone presentan cómo solucionaron la hipoxemia severa que presentaba un paciente con corazón univentricular y operación de Glenn a través de cateterismo intervencional.

Es un motivo de especial satisfacción observar cómo el intervencionismo en cardiopatías congénitas en

pacientes pediátricos y adultos ha aumentado significativamente su presencia en las actividades científicas de SOLACI, hecho que consta también en este boletín. Dados los importantes avances de las últimas décadas en el diagnóstico y tratamiento de las cardiopatías congénitas, el número de pacientes portadores de estas patologías se ha incrementado muy significativamente, por lo que cada vez más todos los especialistas en medicina cardiovascular nos vemos expuestos a ellos. Es claro como SOLACI, en los últimos años, se ha hecho cargo de esta realidad aumentando los temas y casos de cardiopatías congénitas en todas sus actividades científicas y educativas.

Finalmente, quiero invitar entusiastamente a todos los médicos y profesionales de la salud interesados en el intervencionismo cardiovascular para que vengan a Santiago de Chile, entre el 3 y el 5 de agosto, al **Congreso SOLACI 2011**. Una invitación especial a residentes y fellows cuyas actividades se iniciarán con el curso **Pre- Congreso "José Gabay"**, el día 2 de agosto, organizado por ProEducar especialmente para Fellows en Cardiología Intervencional. El programa de todas las actividades está muy atractivo, los conferencistas invitados son de primer nivel, y Santiago los está esperando con los brazos abiertos.

Dr. Felipe Heusser
Comité Editor ProEducar-SOLACI

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Intervenciones Cardíacas

Evidencias en la utilización de la trombectomía por aspiración manual en el IAM: ¿se debe generalizar la tromboaspiración?



//

Dr. Jamil Abdalla Saad

Coordinador de los servicios de hemodinamia de los hospitales Felício Rocho y SOCOR- Belo Horizonte-MG-Brasil

//

Dr. José Carlos Faria Garcia

Miembro del servicio de hemodinamia del Hospital LIFECENTER- Belo Horizonte-MG-Brasil

Introducción

En el espectro de presentación de la enfermedad coronaria, el infarto agudo de miocardio con supradesnivel del segmento ST (IAMST) ocupa una posición destacada debido a su frecuencia y morbilidad, y en la mayoría de los casos es producto de la ruptura de una placa aterosclerótica con la consiguiente trombosis y oclusión total del vaso. Desde los años 80, se comprobó el beneficio de la reperfusión en este escenario, siendo la angioplastia primaria la estrategia de elección para la restauración del flujo arterial epicárdico. Sin embargo, la restauración del flujo arterial epicárdico óptimo (TIMI III) no garantiza una adecuada reperfusión tisular, como se puede comprobar con diversos métodos diagnósticos, como el "Blush Score" (TMP), la resonancia magnética nuclear (RMN), la tomografía por emisión de positrones (PET), el ecocardiograma de contraste y el análisis de la resolución del supradesnivel del segmento ST (ReST) 60-90 minutos después de la reperfusión. La reperfusión tisular inadecuada se asocia a mayores infartos, mayores tasas de complicaciones y menor supervivencia y, por lo general, es provocada por

la embolización distal de material trombótico o "debris" aterosclerótico, lo que puede ocurrir en forma espontánea o inducida por la intervención percutánea⁽¹⁾. En un estudio prospectivo, Iliceto y col.⁽²⁾ identificaron el score de trombo mayor o igual a 3, las intervenciones en la coronaria derecha o en vasos de calibre > 3,5mm y el patrón "cut-off" de oclusión del vaso como predictores de esa embolización distal en la angioplastia primaria. En un intento por minimizar esta embolización, se probaron una serie de dispositivos en más de 20 estudios clínicos a lo largo de los últimos 15 años, siendo que los que realizaron la trombectomía mecánica con filtros de protección distal no mostraron beneficios en los desenlaces clínicos y angiográficos. El único grupo de dispositivos que mostró beneficios en algunos estudios randomizados y en un metanálisis fue el de trombectomía por aspiración manual, con catéteres de fácil manipulación, menor perfil y costo reducido en relación con el grupo de trombectomía mecánica. Actualmente existen varias opciones de estos dispositivos en el mercado, aunque no existen ensayos comparativos entre ellos.

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Resultados de estudios clínicos

El mayor estudio realizado con esos dispositivos fue el TAPAS, un ensayo randomizado, realizado en un único centro, que incluyó 1071 pacientes con IAMST dentro de las 12hs siguientes al inicio de los síntomas. Los pacientes se distribuyeron aleatoriamente antes de la angiografía en dos grupos: uno con estrategia de trombectomía de rutina con catéter Export®, seguida de angioplastia con stent, y otro con angioplastia primaria sin trombectomía adyuvante⁽³⁾. Las tasas de *blush* miocárdico 0/1 (punto final primario) fueron de 17,1% vs. 26,3% ($p < 0,001$), a favor del grupo de trombectomía, así como también fue favorable la resolución del segmento ST ($> 70\%$) = 56,2% vs. 44,2% ($p < 0,001$). No hubo complicaciones en el uso del dispositivo, siendo que en 10% de los pacientes randomizados para trombectomía la misma no se realizó debido al calibre y/o la tortuosidad del vaso culpable, y en 55% de los casos fue posible realizar el implante del stent directamente después de la trombectomía. Las tasas de eventos clínicos a los 30 días, como muerte, re-IAM y nueva revascularización, así como su combinación (MACE), no tuvieron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, el seguimiento tardío de 1 año de estos pacientes mostró

tasas de mortalidad cardíaca (punto final secundario) menores en el grupo de trombectomía (6,7% vs. 3,6%; $p = 0,02$), y tasas menores de muerte + reinfarto (9,9% vs. 5,6%; $p = 0,009$), a pesar de que el estudio no tenía suficiente poder estadístico para evaluar estos resultados⁽⁴⁾.

En el EXPIRA, se randomizaron 175 pacientes con IAMST en un único centro después de la angiografía (si el score de trombo ≥ 3 y el flujo TIMI 0-1) para recibir trombectomía manual pre-stent con catéter Export® versus angioplastia primaria convencional⁽⁵⁾. Las tasas de *blush* miocárdico 2/3 fueron mayores en el grupo de la trombectomía, 88% vs. 60% ($p = 0,001$), así como las tasas de resolución del segmento ST ($> 70\%$) = 64% vs. 39% ($p = 0,001$). El tamaño del infarto medido por RMN a los 3 meses fue significativamente menor en el grupo de la trombectomía. En el seguimiento tardío a 2 años hubo una reducción estadísticamente significativa en las tasas de mortalidad cardíaca (punto final secundario) 6,8% vs. 0% ($p < 0,0001$). A pesar de que el estudio no posee poder estadístico para evaluar este resultado, se genera una vez más la hipótesis de que el uso del dispositivo puede otorgar beneficios tardíos a la evolución del paciente infar-

CONTINÚA »



Extracto de carta del Dr. Claudio Cejas

Instituto del Corazón (INCOR) de la ciudad de La Rioja Capital
Ganador Primer Premio del Curso de Fellows de ProEducar SOLACI
Beca al 5to Curso anual para Intervencionistas en Entrenamiento de SCAI del 6-10 de diciembre en Las Vegas, USA

“Con respecto a la beca y mi participación en el Curso de SCAI en Las Vegas, fue una linda y enriquecedora experiencia educativa. El simposio de Cardiopatías Congénitas abarcó cuestiones muy básicas de las cardiopatías congénitas, hasta presentaciones y exposiciones que colmaron las expectativas de todos los concurrentes. Mientras que el Curso en sí del SCAI se desarrolló con jornadas extensas e intensas y que tocaron los temas más importantes y actuales de la especialidad”.

“Desde el punto de vista docente, a diferencia del Reciente Curso ProEducar celebrado en Bs. As, no pudimos contar con un cuadernillo con la impresión de las diapositivas y las presentaciones de los expositores (gran mérito del SOLACI)”.

“El Curso nos sirvió para intercambiar información, vivencias cotidianas y experiencias con diferentes fellows del mundo,

como así también reunirnos casi diariamente con médicos de Brasil, México, Colombia, entre otros países Latinoamericanos, para analizar las presentaciones de las extensas jornadas”.

“Nos enorgullece poder saber que a partir de un compromiso real y existente mediante a través de una sólida formación de sociedades como SOLACI no tenemos nada que envidiarles a otros países, excepto la infraestructura técnica y equipamiento con las que cuentan. Tenemos el recurso humano suficiente para desarrollarnos y que actividades como la reciente en la ciudad de Las Vegas, no hace más que confirmarlo.”

“En mi caso particular, me gustaría dejarle mi agradecimiento a Abbott (mi patrocinante del ticket aéreo), quienes en todo momento me brindaron su interés para conmigo y por hacerme sentir que tenga resuelto mi vuelo hacia USA”.

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

tado, ya que probablemente permite una perfusión tisular más adecuada e inhibe la remodelación ventricular⁽⁶⁾.

Se publicaron al menos 6 metanálisis que evaluaron el papel de la trombectomía adyuvante en la angioplastia primaria. En una publicación del 2008 que evaluaba 9 estudios con catéteres de aspiración manual se observó una reducción en las tasas de mortalidad a los 30 días (1,7% vs. 3,1%; $p=0,04$), así como mayores tasas de flujo final TIMI III, TMP III y una menor embolización distal⁽⁷⁾. Asimismo, en un análisis combinado de 7 estudios randomizados, Burzotta y col.⁽⁸⁾ encontraron menor tasa de mortalidad en el grupo con trombectomía por aspiración (figura 1).

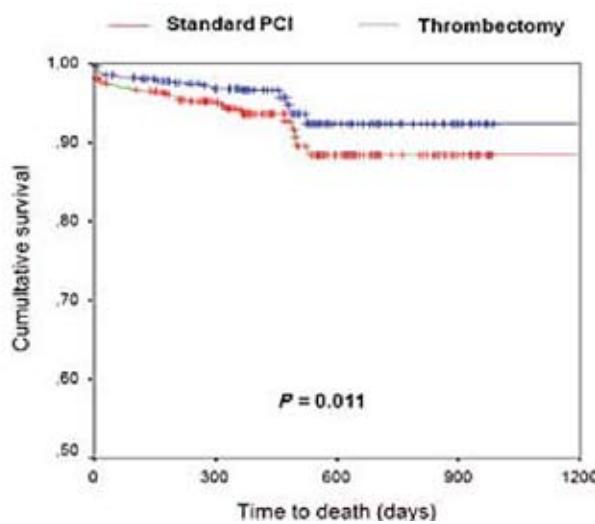


Figura 1: Curva de Kaplan-Meyer que demuestra una mayor supervivencia tardía en el grupo con trombectomía por aspiración manual⁽⁸⁾

Tamhane y col.⁽⁹⁾ evaluaron 9 estudios que mostraron una mejora estadísticamente significativa en las tasas de flujo TIMI III después del procedimiento, así como en las tasas de TMP III y en la ReST. Hubo un aumento, sin significación estadística, en las tasas de accidente cerebrovascular (ACV) y reducción de las tasas de mortalidad en el grupo con trombectomía manual (2,21% vs. 3,77%; $p=0,05$). Sin embargo, en 2010 una nueva publicación que evaluó 16 estudios no mostró disminución de la mortalidad a los 30 días, pero mostró mejores tasas de flujo final TIMI III, TMP III, mejor ReST y menor incidencia de *no-reflow*⁽¹⁰⁾. La discrepancia en los resultados de estos metanálisis se justifica por las diferentes metodologías utilizadas, los estudios incluidos y la clasificación de un dispositivo específico (Cateter Rescue®) que se consideró tanto para trombectomía manual como para trombectomía mecánica.

Recomendaciones - pautas

En la última actualización de 2009 de las pautas de la ACC/AHA sobre IAMST y en las pautas de la ESC de 2008, la trombectomía por aspiración manual figura como una nueva recomendación de grado IIa, nivel de evidencia B, siendo que en la publicación norteamericana se sugiere un abordaje selectivo, en casos con mayor carga trombótica y menores tiempos de isquemia, a pesar de que ningún ensayo clínico hasta ahora comparó una

SOLACI '11
SANTIAGO DE CHILE

XVII CONGRESO SOLACI

XIV^a Jornada de Hemodinamia de la Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular
Jornada Anual de Cirugía Vascular
Curso Anual de Cardiología de SOCHICAR.

¡AGENDE LA FECHA!

CASAPIEDRA
SANTIAGO DE CHILE

3 al 5 de AGOSTO 2011

SOLACI
SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE CARDIOLOGÍA INTERVENCIÓNISTA

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

estrategia de trombectomía generalizada vs. trombectomía en casos seleccionados⁽¹¹⁻¹²⁾.

Conclusiones

Los dispositivos de trombectomía por aspiración manual son eficaces para optimizar la reperfusión epicárdica y de la microcirculación, disminuyen la tasa de “no reflow” y presentan una disminución aún discutible de la tasa de mortalidad de los pacientes. Considerando el costo, algunos casos con anatomía desfavorable para la progresión y casos con menor carga trombótica (Grado < 3), pueden no ser ideales para su uso. Los casos seleccionados, especialmente los que tienen scores de trombo elevados, menor tiempo de isquemia y vasos culpables de gran calibre o grandes

territorios isquémicos, son el foco para la aplicación de este dispositivo. (Figura 2).

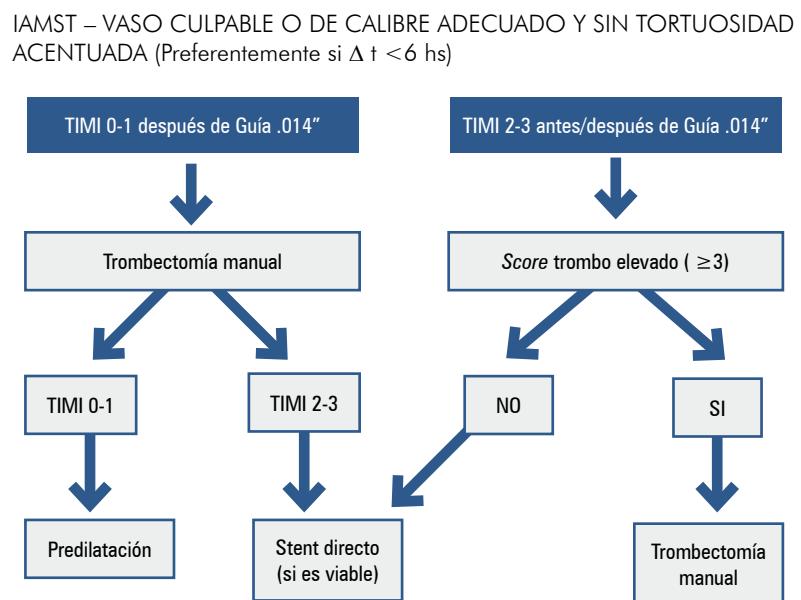


Figura 2: Algoritmo con sugerencia de abordaje de pacientes con IAMST candidatos a angioplastia primaria

Conflicto de interés: Ninguno

Bibliografía recomendada:

- 1- Coronary Intervention: Impact on Microvascular Perfusion and Outcomes Adjunctive Thrombectomy and Distal Protection in Primary Percutaneous Coronary Intervention. Manivannan Srinivasan, Charanjit Rihal, David R. Holmes and Abhiram Prasad Circulation 2009;119;1311-1319.
- 2- Predictors and time-related impact of distal embolization during primary angioplasty Massimo Napodano, Angelo Ramondo, Giuseppe Tarantini, Diletta Peluso, Silvia Compagno, Chiara Fraccaro, Anna Chiara Frigo, Renato Razzolini, Sabino Iliceto. European Heart Journal (2009) 30, 305–313.
- 3- Thrombus Aspiration during Primary Percutaneous Coronary Intervention Sviaas T, Vlaar PJ, van der Horst IC, Diercks GF, de Smet BJ, van den Heuvel AF, Anthonio RL, Jessurun GA, Tan ES, Suurmeijer AJ, Zijlstra F. N Engl J Med. 2008;358:557–567.
- 4- Cardiac death and reinfarction after 1 year in the Thrombus Aspiration during Percutaneous coronary intervention in Acute myocardial infarction Study (TAPAS): a 1-year follow-up study. Vlaar PJ, Sviaas T, van der Horst IC, Diercks GF, Fokkema ML, de Smet BJ, van den Heuvel AF, Anthonio RL, Jessurun GA, Tan ES, Suurmeijer AJ, Zijlstra F. Lancet 2008;371:1915–1920.

CONTINÚA »

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

- 5- Thrombus Aspiration During Primary Percutaneous Coronary Intervention Improves Myocardial Reperfusion and Reduces Infarct Size. Sardella G, Mancone M, Bucciarelli-Ducci C, Agati L, Scardala R, Carbone I, Francone M, Di Roma A, Benedetti G, Conti G, Fedele F. JACC 2009; 53⁽⁴⁾ : 309-15.
- 6- Impact of thrombectomy with EXPort Catheter in Infarct-Related Artery during Primary Percutaneous Coronary Intervention (EXPIRA Trial) on cardiac death. Sardella G, Mancone M, Canali E, Di Roma A, Benedetti G, Stio R, Badagliacca R, Lucisano L, Agati L, Fedele F. Am J Cardiol. 2010 ;106⁽⁵⁾:624-9.
- 7- Adjunctive manual thrombectomy improves myocardial perfusion and mortality in patients undergoing primary percutaneous coronary intervention for ST-elevation myocardial infarction: a meta-analysis of randomized trials Giuseppe De Luca, Dariusz Dudek, Gennaro Sardella, Paolo Marino, Bernard Chevalier, Felix Zijlstra. Eur Heart J. 2008 Dec;29(24):3002-10.
- 8- Clinical impact of thrombectomy in acute ST-elevation myocardial infarction: an individual patient-data pooled analysis of 11 trials. Burzotta F, De Vita M, Gu YL, Isshiki T, Lefèvre T, Kaltoft A, Dudek D, Sardella G, Orrego PS, Antonucci D, De Luca L, Biondi-Zocca GG, Crea F, Zijlstra F. Eur Heart J. 2009 Sep;30⁽¹⁸⁾:2193-203.
- 9- Safety and efficacy of thrombectomy in patients undergoing primary percutaneous coronary intervention for Acute ST elevation MI: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Umesh U Tamhane, Stanley Chetcuti , Irfan Hameed, P Michael Grossman , Mauro Moscucci , Hitinder S Gurm. BMC Cardiovascular Disorders 2010, 10:10
- 10- Adjunctive Thrombectomy for Acute Myocardial Infarction A Bayesian Meta-Analysis. François-Pierre Mongeon, Patrick Belisle, Lawrence Joseph, Mark J. Eisenberg, Stéphane Rinfret. Circ Cardiovasc Interv. 2010;3:6-16.
- 11- ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction J. Am. Coll. Cardiol. 2009;54:2205-2241.
- 12- Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation. The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology. European Heart Journal (2008) 29, 2909–2945.

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

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

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

* 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 Pediátricas

Tratamiento percutáneo de la coartación de la aorta en el adulto



//

Dr. Carlos AC Pedra

Jefe de la Sección Médica de Intervenciones en Cardiopatías Congénitas del Instituto Dante Pazzanese de Cardiología, San Pablo, Brasil

//

Dr. Marcelo Silva Ribeiro

Médico residente de la Sección Médica de Intervenciones en Cardiopatías Congénitas del Instituto Dante Pazzanese de Cardiología, San Pablo, Brasil

La coartación de la aorta (CoA) se define como un estrechamiento de la aorta torácica descendente en la región yuxtaductal, generalmente después del origen de la arteria subclavia izquierda, que provoca una obstrucción variable del flujo sanguíneo sistémico⁽¹⁾. En adultos, la lesión clásica es de una obstrucción focal y bien localizada. Sin embargo, puede haber lesiones más largas y grados variables de hipoplasia del arco y del istmo aórtico^(1,2). La válvula aórtica es bicúspide en 60-80% de los casos y otras lesiones, como la estenosis subaórtica, la comunicación interventricular y los dimorfismos de la válvula mitral pueden estar asociados. Generalmente, se observa una amplia red de colaterales^(1,2).

La historia natural de la enfermedad no tratada muestra que el promedio de vida se reduce a aproximadamente 35 años debido a infarto de miocardio precoz, endarteritis, accidente cerebro-vascular, disección aórtica e insuficiencia cardíaca⁽¹⁾. La CoA tiene indicación de tratamiento cuando el gradiente brazo/pierna se encuentra por encima de 20 mmHg en reposo. Los pacientes con gradientes menores, pero portadores de hipertensión arterial significativa, amplia red de colaterales,

hipertrofia o disfunción ventricular progresiva, también se deben tratar⁽¹⁾. Las opciones de tratamiento incluyen cirugía, angioplastia con balón o implante de stent.

Según la recomendación de la *American Heart Association*, la mejor forma de tratamiento para la coartación nativa del adulto sigue siendo controvertida. En los casos recurrentes, el consenso es que el tratamiento percutáneo es seguro y eficaz, y es preferible al reabordaje quirúrgico, especialmente si no hay formación de grandes aneurismas adyacentes⁽¹⁾.

En los casos de CoA nativa localizada del adulto, se puede realizar la angioplastia primaria con balón o implante de stent. Este último abordaje produce resultados más uniformes y previsibles^(2,3) y ha sido una preferencia en la literatura. Las lesiones más discretas, largas y tubulares o muy tortuosas no suelen responder bien al tratamiento únicamente con balón, por lo que es preferible el implante de stent^(2,3). La repetición de la coartación después de la cirugía se trata con angioplastia con balón, con o sin implante de stent. La cirugía estaría reservada solamente para los pacientes que no responden

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

bien al tratamiento percutáneo⁽¹⁾. El método suele ser seguro, con un porcentaje de éxito semejante al del abordaje quirúrgico⁽²⁻⁸⁾. El éxito terapéutico se define como gradiente sistólico residual inmediato inferior a 20 mmHg⁽²⁻⁸⁾. A pesar de que se ha sugerido que los gradientes residuales superiores a 10 mmHg implicarían un mayor riesgo de nueva coartación⁽⁶⁾, este hecho no ha sido comprobado en ningún estudio multicéntrico reciente⁽⁵⁾. Aunque prácticamente conduce a la abolición del gradiente, el implante de stents puede estar asociado a complicaciones vasculares en el sitio de la punción, técnicas (ruptura de balones o migraciones del stent) y de la pared aórtica^(9,10). Esas complicaciones están asociadas a la curva de aprendizaje⁽⁹⁾.

La técnica con balón produce una lesión teóricamente controlada en la capa íntima y media de la aorta, aunque el control de esta lesión es imprevisible y puede llegar a la capa adventicia. Además, puede haber retracción elástica del vaso después de retirado el balón, lo que llevaría a una tasa variable de aneurisma y recoartación, respectivamente. Para obtener mayor tasa de éxito, la lesión ideal para este abordaje debe ser la CoA localizada, más simétrica y con istmo aórtico de calibre normal o cercano a lo normal⁽²⁻⁸⁾.

La angioplastia de la aorta con implante de stent es técnicamente más compleja⁽⁹⁾, pero tiene excelentes resultados y en algunos centros (como el nuestro) es el tratamiento percutáneo de elección en el adulto^(2,3). Es la modalidad preferida en las lesiones segmentarias, en las más discretas, en las tortuosas y en las que presentan retracción elástica refractaria al tratamiento con balón^(2,3). A pesar de que la tasa

de éxito inmediato es similar entre ambas técnicas en la lesión localizada, los resultados de seguimiento parecen ser mejores con el stent que con el balón, con índices menores de recoartación y formación de aneurismas⁽³⁾.

Los stents expansibles con balón son prácticamente los únicos utilizados en el tratamiento de la coartación^(2,8). Deben ser preferentemente flexibles, con bajo perfil, gran fuerza radial y bordes atraumáticos para evitar las lesiones en la pared del vaso adyacente y la perforación del balón. Además deben ser dilatables hasta 20-25mm, que es el diámetro de la aorta de un adulto. Infelizmente no hay ningún stent disponible que reúna todas estas características. El Palmaz Genesis® de la serie 14 (Johnson and Johnson Interventional Systems Co., New Jersey, USA) tiene una gran fuerza radial, pero es rígido y tiene bordes puntiagudos. A pesar de eso, no suele causar problemas en el tratamiento de la CoA. El stent Cheatham-Platinum® (NuMED, Nicholville, NY, USA) con estructura de platino en "zig-zags" tiene una fuerza radial óptima, navegabilidad y visibilidad a la fluoroscopía. A pesar de sus bordes más redondeados, también es un stent rígido. La posibilidad de ocurrencia de fracturas, presentes en la primera versión, se corrigió con la introducción de las soldaduras de oro entre sus astas. También existe el stent Maxi LD® (EV3), expansible hasta 25mm, con diseño de celdas abiertas y mayor flexibilidad. Aún se requiere la comprobación del mantenimiento de su fuerza radial cuando se expande a más de 20mm^(2,8). Todos los stents anteriores presentan una tasa de acortamiento significativa cuando se expanden hasta sus diámetros máximos. El uso del balón BIB® permite un mayor control en la liberación de

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

los stents⁽¹¹⁾. Algunos recomiendan la utilización de maniobras para la reducción del gasto cardíaco como el “overdrive pacing”, especialmente si la lesión está localizada en el arco o hay una insuficiencia aórtica importante⁽¹²⁾. En este sentido, algunos casos ocasionales de CoA localizada en el arco también se pueden abordar con seguridad y eficacia con stents^(12,13).

Algunos pacientes presentan una o más características que, aisladas o combinadas, favorecen la aparición de complicaciones en la pared de la aorta, tales como las disecciones y las formaciones de aneurismas. Entre estos factores de riesgo se encuentran: lesiones muy estrechas o subatréticas, edad mayor a 30 años, presencia de válvula aórtica bicúspide con aorta ascendente aneurismática, ectasia de la aorta descendente, irregularidades parietales de la aorta o pequeños aneurismas adyacentes a la lesión⁽¹⁴⁾. En estas situaciones y cuando existe un canal arterial asociado, se ha indicado el implante de un stent recubierto y eso probablemente ha contribuido con la disminución de la ocurrencia de complicaciones en la pared de la aorta^(14,15). Entre los stents recubiertos expansibles con balón se encuentran el Advanta V12® (Atrium) y el Covered Cheatam-Platinum® (CCP), ambos recubiertos de politetrafluoretileno expansible, el primero tanto en su porción interna como en la externa, y el segundo en su porción externa, sujeto con adhesivos biodegradables^(14,15). El stent Atrium V12® tiene la ventaja de poseer un menor perfil y ajustarse mejor al contorno del vaso por tener una malla metálica de celdas abiertas⁽¹⁵⁾. Sin embargo, presenta un mayor grado de retracción elástica, debiendo ser discretamente sobredimensionado. Se recomienda que sea

posdilatado gradualmente a fin de evitar rupturas en el recubrimiento⁽¹⁵⁾. Aún hay cuestionamientos sobre su fuerza radial. Una vez implantado, el stent recubierto debe estar completamente apoyado en la pared proximal del vaso. Así, se reducen los riesgos de disección y formación de aneurismas, forzando al flujo sanguíneo a pasar por el interior de la prótesis. Por otro lado, se hace difícil, cuando no imposible, alcanzar la aposición completa del stent contra las paredes de la aorta en la región de la dilatación posestenótica, por lo que generalmente permanecen grados variables de flujo sanguíneo retrógrado entre la prótesis y el vaso en este lugar. A pesar del aspecto estético subóptimo, este hecho aislado no implica más riesgos de complicaciones. Por el contrario, probablemente la posdilatación agresiva en esa área puede dañar la pared aórtica en la zona posestenótica que ya está comprometida histológicamente con un patrón de necrosis quística de la capa media.

Cuando se utiliza un stent recubierto, se debe tener cuidado para que las ramas arteriales adyacentes a la lesión no se ocluyan con el stent recubierto, principalmente la arteria subclavia izquierda. En caso de una eventual migración del stent, este se debe implantar en la aorta descendente, en la región por debajo de la vértebra T9, donde generalmente se origina la arteria espinal, obviamente tomando el cuidado de no ocluir también ramas abdominales (mesentéricas) y renales^(2,14,15). En caso de necesidad de implante en la región, donde inevitablemente habrá oclusión de la arteria subclavia izquierda (por ejemplo, aneurisma contralateral), la malla del stent se puede perforar y dilatar más tarde con balón, logrando el restablecimiento del flujo local.

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

A pesar de la necesidad del uso de vainas de perfil mayor (9-14 F) para el implante de los stents para CoA, es raro que ocurra una lesión vascular grave en el sitio de punción en adultos⁽⁹⁾. En caso de formación aguda o durante el seguimiento de aneurismas, estos se pueden excluir en forma percutánea por medio del implante de un stent autoexpansible^(8,14,16).

El seguimiento ambulatorio de todos los pacientes tratados es obligatorio, con realización de exámenes por imagen (angiotomografía o resonancia magnética nuclear) agendados entre seis y doce

meses después del implante con el objetivo de detectar posibles complicaciones asintomáticas de la pared de la aorta, como disecciones y aneurismas⁽¹⁰⁾. Probablemente estos exámenes se deben repetir cada 3-5 años, incluso si los hallazgos son inicialmente normales⁽¹⁾. El tratamiento antihipertensivo se debe mantener hasta que los niveles de presión se normalicen, sabiendo que la mejora es gradual y, en un porcentaje de los pacientes, seguirá habiendo algún grado de hipertensión arterial, por lo que se requerirá el uso de medicamentos por el resto de la vida^(2,3,5) ●

Conflicto de interés: Servicio de consultoría para Bioassist y Biomedical (NuMed y Atrium en Brasil).

Bibliografía recomendada:

1. Warnes CA, Williams RG, Bashore TM, Child JS, Connolly HM, Dearani JA, del Nido P, Fasules JW, Graham TP Jr, Hijazi ZM, Hunt SA, King ME, Landzberg MJ, Miner PD, Radford MJ, Walsh EP, Webb GD. ACC/AHA 2008 guidelines for the management of adults with congenital heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Adults With Congenital Heart Disease). *Circulation*. 2008;118:e714-e833.

CONTINÚA »

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.



REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

2. Pilla CB, Fontes VF, Pedra CAC. Stenting for aortic coarctation. *Expert Rev Cardiovasc Therapy* 2005; 3: 879-890.
3. Pedra CAC, Fontes VF, Esteves CA, Pilla CB, Braga SLN, Pedra SRF, Santana VT, Silva MAP, Almeida T, Sousa EMR. Stenting vs. Ballon angioplasty for discrete unoperated coarctation of the aorta in adolescents and adults. *Catheter Cardiovasc Interv* 2005; 64: 495-506.
4. Wong D, Benson LN, Arsdell GSV, Karamlou T, McCrindle BW. Balloon angioplasty is preferred to surgery for aortic coarctation. *Cardiol Young* 2008; 18: 79-88.
5. Holzer R, Qureshi S, Ghasemi A, Vincent J, Sievert H, Gruenstein D, Weber H, Alday L, Peirone A, Zellers T, Cheatham J, Slack M, Rome J. Stenting of aortic coarctation: acute, intermediate, and long-term results of a prospective multi-institutional registry – congenital cardiovascular interventional study consortium (CCISC). *Catheter Cardiovasc Interv* 2010; 76(4):553-63.
6. Zabal C, Attie F, Rosas M, Buendía-Hernández A, García-Montes JA. The adult patient with native coarctation of the aorta: ballon angioplasty or primary stenting? *Heart* 2003; 89: 77-83.
7. Golden AB, Hellenbrand WE. Coarctation of the aorta: stenting in children and adults. *Catheter Cardiovasc Interv* 2007; 69: 289-299.
8. Neves J, Fraga V, Silva R, Pilla CB, Esteves CA, Braga SLN, Nunes G, Fontes VF, Pedra CAC. Uso de stents no tratamento da coarcação da aorta. *Rev Bras Cardiol Invas* 2005; 13(3): 153-166.
9. Forbes TJ, Garekar S, Amin Z, Zahn EM, Nykanen D, Moore P, Qureshi S, Cheatham J, Ebeid M, Hijazi Z, Sandhu S, Hagler D, Sievert H, Fagan T, Ringwald J, Du W, Tang L, Wax D, Rhodes J, Johnston TA, Jones T, Turner D, Pedra CAC, Hellenbrand W. Procedural Results and Acute Complications in Stenting Native and Recurrent Coarctation of the Aorta in Patients Over 4 Years of Age: A Multi-Institutional Study. *Cathet Cardiovasc Interv* 2007; 70: 276-285.
10. Forbes TJ, Moore P, Pedra CAC, Zahn E, Nykanen DG, Amin Z, Garekar S, Teitel D, Qureshi SA, Cheatham JP, Ebeid MR, Hijazi ZM, Sandhu S, Hagler DJ, Sievert H, Fagan TE, Ringwald J, Du W, Tang L, Wax DF, Rhodes J, Johnston TA, Jones TK, Turner DR, Pass R, Torres A, Hellenbrand WE. Intermediate Follow-Up Following Intravascular Stenting for Treatment of Coarctation of the Aorta. *Cath Cardiovasc Interv* 2007; 70: 569-577.
11. Cheatham JP. Stenting of coarctation of the aorta. *Catheter Cardiovasc Interv* 2001; 54: 112-125.
12. Holzer RJ, Chisolm JL, Hill SL, Cheatham JP. Stenting Complex Aortic Arch Obstructions. *Cath Cardiovasc Interv* 2008; 71: 375-382.
13. Pihkala J, Pedra CA, Nykanen D, Benson LN. Implantation of endovascular stents for hypoplasia of the transverse aortic arch. *Cardiol Young* 2000; 10: 3-7.
14. Pedra CAC, Fontes VF, Esteves CA, Arrieta SR, Braga SLN, Justino H, Kambara AM, Moreira SM, Sousa JER. Use of covered stents in the management of coarctation of the aorta. *Pediatr Cardiol* 2005; 26: 431-439.
15. Bruckheimer E, Birk E, Santiago R, Dagan T, Esteves C, Pedra CAC. Coarctation of the aorta treated with the Advanta V12 large diameter stent: acute results. *Catheter Cardiovasc Interv* 2010; 75: 402-406.
16. Kenny D, Margey R, Turner MS, Tometzki AJ, Walsh KP, Martin RP. Self-expanding and balloon expandable covered stents in the treatment of aortic coarctation with or without aneurysm formation. *Cathet Cardiovasc Interv* 2008; 72: 65-71.

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA

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

El Direct-Stent® Stent Graft

Su apoyo ideal para casos de emergencia...

Rupturas
Disecciones
Fistulas
Aneurismas



Disponibles en medidas coronarias y periféricas.

InSitu
Technologies® Inc.
Extending Life and Improving Health™
www.insitu-tech.com

Para su
tranquilidad mental...



PRESENTACIÓN DE CASOS

Cianosis persistente pos anastomosis cavo-pulmonar (cirugía de Glenn)

//

Dr. Alejandro Peirone, Dr. Marcelo Cabrera

Sección de Cardiología Pediátrica. Hospital Privado de Córdoba
Argentina

Se presenta una paciente de 5 años con diagnóstico de atresia tricuspídea, comunicación interventricular, discordancia ventrículo arterial y comunicación interauricular (CIA) tipo *ostium secundum* restrictiva. A los dos meses de vida se le realizó con éxito ampliación de CIA utilizando balón con cuchillas y posteriormente dilatación con balón convencional⁽¹⁾. Tres meses después, se le efectuó cirugía paliativa que consistió en *switch* paliativo con amputación de tronco de arteria pulmonar y anastomosis cavo-pulmonar o cirugía de Glenn. Luego de la cirugía persistió con saturaciones periféricas marginalmente aceptables (63% respirando aire ambiente) y a pesar de una extensa valoración no invasiva que incluyó ecocardiografía Doppler color, no pudo detectarse el origen de su desaturación⁽²⁾. Es por ello que fue derivada a nuestra Institución para la realización de cateterismo cardíaco donde se detectó persistencia de Vena Cava Superior Izquierda (VCSI) drenando en seno coronario (figura 1). Se procedió a la oclu-



Figura 1: Angiografía en proyección anteroposterior que muestra una anastomosis de Glenn normofuncionante con ramas pulmonares confluentes de buen calibre y arborización distal adecuada. Se observa persistencia de VCSI drenando en seno coronario con opacificación de aurícula derecha

sión de la misma utilizando dispositivo de Amplatzer Vascular Plug® versión II (AGA Medical, Minneapolis, Minnesota, Estados Unidos).

PRESENTACIÓN DE CASOS

lis USA) con buen resultado⁽⁴⁾ (figura 2). El diámetro mínimo de la VCSI era de 6mm y se utilizó un dispositivo de 12mm de diámetro colocado a través de una vaina 6F desde aurícula derecha a través del seno coronario, mientras se controlaba posición, presiones y ocurrencia de cortocircuitos residuales con catéter multipropósitos colocado por vía yugular interna derecha y alojado en vena innominada. La presión en el circuito de Glenn no se modificó significativamente pre/pos oclusión del defecto. Su saturación periférica se incrementó a 88% respirando aire ambiente. Durante seguimiento, se completó anastomosis bicavo-pulmonar o cirugía de Fontán – Kreutzer con tubo extracardíaco sin eventualidades, a los 4 años de vida.

La persistencia de la VCSI drenando en el seno coronario tiene una incidencia del 0,3% en la población general y de aproximadamente 3 al 10% de los pacientes con cardiopatías congénitas⁽³⁾. En el 90% de los casos drena en la aurícula derecha a través del seno coronario; en los pacientes restantes, puede drenar directamente en la aurícula izquierda⁽⁴⁾, o el seno coronario encontrarse destachado o raramente atréxico⁽⁵⁾. En pacientes con fisiología de corazón univentricular, candidatos a la realización de anastomosis cavo-pulmonar o cirugía de Glenn, se debe descartar la presencia de VCSI ya que obligaría a realizar una cirugía cavo-pulmonar bilateral de acuerdo a la presencia o no de la vena innominada. En esta nueva fisiología, la sangre proveniente de la región cefálica y miembros superiores drena total-



Figura 2: Angiografía en proyección anteroposterior que evidencia el tapón vascular Amplatzer in situ liberado en el tercio medio de VCSI con oclusión completa de la misma

mente en la arteria pulmonar evitando mezclarse con la circulación sistémica. Si una VCSI se encuentra permeable, como en nuestro caso, sangre desoxigenada drenará a través del seno coronario en AD incrementando la cianosis periférica y posibilidad de embolismo sistémico. Es por ello que al confirmarse este diagnóstico se procedió a la oclusión de esta estructura vascular con incremento significativo de la saturación periférica de oxígeno pos intervención⁽⁶⁾. La selección del material para llevar a cabo el cierre, que incluye coils y dispositivos, se basa en la anatomía del vaso a ocluir y el tamaño del mismo. La utilización de coil en este paciente fue descartada debido a que la técnica de implante y el diseño de estos últimos puede complicarse con liberación en posiciones no deseadas y/o embolización, además

PRESENTACIÓN DE CASOS

de la necesidad potencial de utilizar múltiples coils con persistencia de cortocircuitos residuales post implante. El tapón vascular Amplatzer® compuesto de nitinol, autoexpandible y reposicionable previamente a su liberación, colocado a través de vainas de bajo perfil, fácilmente se adaptó a la estructura vascular.

Un dispositivo con un diámetro 100% superior al diámetro inicial del vaso fue implantado en la VCSI con oclusión inmediata de la misma, sin persistencia de cortocircuitos residuales ●

Conflicto de interés: Ninguno

Bibliografía recomendada:

- 1- Peirone A, Guevara A, Juaneda E, Spillmann A, Alday L. Uso del balón con cuchillas para la ampliación de una comunicación interauricular restrictiva. Rev Argent Cardiol. 2008; 76: 145-147.
- 2- Gatzoulis MA, Shinebourne EA, Redington AN, Rigby ML, Ho SY, Shore DF. Increasing cyanosis early after cavopulmonary connection caused by abnormal systemic venous channels. Br Heart J. 1995; 73: 182-186.
- 3- Freedom RM, Mawson JB, Benson LN. Persistence of the Left Superior Vena Cava and Relates Anomalies. Congenital Heart Disease: Texbook of Angiocardiography. 1997; 299-303.
- 4- Abadir S, Bouguenda I, Boudjemline Y, Agnoletti G. Percutaneous occlusion of a left superior vena cava draining into the left atrium: two case reports. Arch Mal Coeur Vaiss. 2007;100: 470-473.
- 5- Peirone AR, Alday LE, Freedom RM. Atresia of the coronary sinus orifice with persistence of the left superior caval vein. Cardiol Young. 2005; 15: 367.
- 6- Seghaye MC, Wainwright U, von Bermuth G. Use of an Amplatzer ductal occluder to close a persistent left superior caval vein which reopened after a total cavopulmonary anastomosis. Cardiol Young. 2002 ;12 :81-83.

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*

BIO MATRIX™
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	TECHNOLOGY - www.technology.com.ar
Brazil	BIOASSIST - www.bioassist.com.br
Caribe	MARTEC MEDICAL CARIBBEAN GROUP, S.A. martec.caribbeangroup@gmail.com
Colombia	WORLD MEDICAL - www.worldmedical.com.co
Chile	ARLAB - www.arlab.cl
Costa Rica	ALFACOR PROVEEDORES DE EQUIPO alfacor7@gmail.com
Guatemala	SEMICOM SA - www.semicomsa.com
Méjico	SEYSA MEDICAL - nora29098@hotmail.com
Panamá	AVANCES MÉDICOS VENEZOLANOS AMEVECA, www.ameveca.com
Perú	PHS - carlosvasquezvargas@phsupply.com
Uruguay	SANYFICO S.A - sanyfico@movinet.com.uy
Venezuela	AVANCES MÉDICOS VENEZOLANOS AMEVECA, www.ameveca.com

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

Dr. José Roberto Murillo Beteta. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima, Perú

Resultados a 12 meses de la carga de Rosuvastatina antes del intervencionismo coronario en el síndrome coronario agudo

Kyeong Ho Yu et al. International Journal of Cardiology 2011, vol 146, pag 68-72.

Es sabido el beneficio de las estatinas en el síndrome coronario agudo. Hace unos años se empezó a evaluar su uso antes del intervencionismo coronario (Armyda trial) en la angina estable mostrando disminución del infarto periprocedimiento. Luego, el estudio Armyda-ACS demostró disminución significativa del MACE a 30 días, básicamente por disminución del infarto periprocedimiento.

El presente trabajo es el primero en evaluar a 12 meses los resultados de la carga de estatinas antes del intervencionismo coronario en el síndrome coronario agudo sin elevación del ST. Se excluyeron pacientes que recibían o habían recibido estatinas; 445 pacientes fueron randomizados para dividirlos en dos grupos, uno a recibir 40mg de Rosuvastatina antes del intervencionismo coronario y otro control, todos recibieron carga de Aspirina 300mg y Clopidogrel 300mg; después del procedimiento todos continuaron con Aspirina 200mg, Clopidogrel 75mg y Rosuvastatina 10mg.

El objetivo primario fue determinar la incidencia de MACE a doce meses. El punto final primario fue significativamente mayor en el grupo control (20,5%

vs. 9,8%, $p=0,002$), así también fue significativamente mayor en el primer mes ($p=0,01$) y del mes uno al 12 ($p=0,026$). La diferencia se debió básicamente a un menor número de revascularizaciones en el grupo con Rosuvastatina (6,2% vs. 11,4%, $p=0,055$). Las curvas de Kaplan Meyer muestran que también el punto combinado de muerte e infarto no fatal fue significativamente menor en el grupo Rosuvastatina (HR 3,71, $p=0,021$). En el análisis multivariable la carga de Rosuvastatina fue un factor independiente de reducción de riesgo de MACE a 12 meses y el infarto periprocedimiento fue factor predictor para MACE. Los autores concluyen que el uso de una dosis alta de carga de Rosuvastatina antes del intervencionismo coronario en el síndrome coronario agudo sin elevación del ST mejora los resultados a largo plazo, posiblemente por inhibición de la respuesta inflamatoria periprocedimiento ●

Conflicto de interés: Ninguno

INTERROGANDO A LOS EXPERTOS

Entrevista con el Dr. Oscar Mendiz

Tratamiento endovascular de la aorta torácica



//

Dr. Oscar Mendiz

Vicepresidente SOLACI

Jefe del departamento de Cardiología Intervencionista de la Fundación Favaloro
Buenos Aires, Argentina**1. ¿Qué método utilizaría para realizar el diagnóstico de un síndrome aórtico agudo de la aorta torácica con miras al tratamiento endovascular?**

La angiotomografía helicoidal de múltiples cortes, en especial la de 64 detectores, con contraste intravenoso y reconstrucción 3-D me parece el mejor método de aproximación para un síndrome aórtico agudo. En la mayoría de los casos nos permite hacer el diagnóstico y planear una estrategia de tratamiento.

2. ¿Cómo abordaría técnicamente un aneurisma que compromete el cayado aórtico en un arco tipo III?

Sugiero analizar caso por caso; en aquellos que existe un aneurisma en la parte distal del cayado y existe un cuello entre la carótida primitiva y el aneurisma se puede y hemos realizado algunos implantes directos con dispositivos de liberación proximal controlada con buenos resultados (no para el inicio de una experiencia). De no ser así, sugiero pensar en cirugía o una estrategia híbrida ("debranching" y luego stent graft).

3. ¿Cree que los tratamientos híbridos son la solución a la patología de la aorta torácica cuando comprometen los vasos supraaórticos?

Me parece una buena solución pero no creo que haya que exagerar, cuando uno mira algunas series tiene la sensación que se usó más de lo necesario. Tampoco descartaría la cirugía en forma definitiva, ya que no hemos producido estudios clínicos que den evidencia que soporte esa afirmación.

4. ¿Cómo realiza el seguimiento luego del tratamiento endovascular de un aneurisma de aorta torácica?

Si bien hoy estamos tratando de irradiar menos a los enfermos, en especial a estos, muchos de los cuales aún son jóvenes, realizamos eco-Doppler en el caso de los AAA. En el caso de los aneurismas torácicos y las disecciones, la tomografía con contraste i.v. se impone. La secuencia sugerida en nuestro centro es: luego del implante (dentro de los 30 días), a los 6 y 12 meses y luego en forma anual. Creo que si el resultado ha sido satisfactorio se podría espaciar un poco más.

INTERROGANDO A LOS EXPERTOS

Si bien la angiotomografía es superior, una TAC axial aporta la mayoría de los datos cuando no hay complicaciones; si las hay se requiere reconstrucción 3-D.

5. ¿Puede el tratamiento endovascular modificar la historia natural de la disección tipo B de Stanford?

Creo que sí, en especial en la situación aguda, pero no hemos sido capaces de probarlo con confundencia, quizás porque en los registros

patrocinados por la industria y los estudios randomizados se han incluidos pacientes que no representan al total de la población ●

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

Puede escribirnos a: proeducar@solaci.org

Conflicto de interés:

Financiación de investigación y consejo asesor científico de Cordis

Financiación de investigación de BSCI

Honorarios percibidos como conferencista de Eli Lilly

Empresa familiar: Medikar SA, Argentina



SOLACI '11
SANTIAGO DE CHILE

Actividad pre-congreso
2 de Agosto de 2011

II Curso "José Gabay" para Intervencionistas en Entrenamiento de ProEducar-SOLACI

Director: Dr. Hugo F. Londero - Directores asociados: Dr. Ari Mandil y Dr. Leandro I. Lasave

Concurso sobre uso de las Redes Sociales en Cardiología Intervencionista

Estamos invitándolos a enviar proyectos que se basen en la aplicación de las Redes Sociales más conocidas a la Cardiología Intervencionista. Este proyecto deberá estar estructurado de la siguiente manera para su consideración:

- Introducción sobre el objetivo del trabajo
- Aplicabilidad del proyecto
- Implementación
- Herramientas para el control del contenido

El autor ganador obtendrá el viaje a un congreso internacional

Concurso de Casos para Discusión

Los invitamos a enviar casos en los que se utilizó una técnica innovadora, se abordaron situaciones clínicas o anatómicas no habituales o se encontró solución a una complicación en las áreas de 1) Diagnóstico por imágenes en Cardiología Intervencionista 2) Lesiones de tronco Coronaria Izquierda y Bifurcaciones 3) Tratamiento Endoluminal de las Valvulopatías y 4) IAM, Acceso Radial y otros.

El autor principal de los casos seleccionados obtendrá la inscripción al Congreso, el viaje en clase económica y la estadía durante los días del Congreso



Este curso es posible gracias al aporte educativo irrestrictivo de Abbott Vascular

Ver requisitos, forma de envío, bases y condiciones en la web del congreso SOLACI 2011

www.solacicongress.com