

Temas de actualidad en cardiología 2011

Actualización en cardiopatía isquémica

Antonio Fernández-Ortiz^{a,*}, Javier Jiménez-Candil^b, Vicente Bodí^c y José A. Barrabés^d^aServicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Universidad Complutense, Madrid, España^bServicio de Cardiología, Hospital Universitario de Salamanca, Universidad de Salamanca, Salamanca, España^cServicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario, Universidad de Valencia, INCLIVA, Valencia, España^dServicio de Cardiología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España**Palabras clave:**

Síndrome coronario agudo

Infarto de miocardio

Fisiopatología

Prevención

RESUMEN

Este artículo revisa los principales avances publicados durante el año 2011 sobre fisiopatología, prevención, pronóstico y tratamiento en la cardiopatía isquémica crónica y los síndromes coronarios agudos con y sin elevación del ST, así como las últimas recomendaciones de práctica clínica.

Update on Ischemic Heart Disease**ABSTRACT**

This article contains a review of the main developments reported in 2011 on the pathophysiology, prevention, prognosis and treatment of chronic coronary artery disease and acute coronary syndrome, with or without ST-segment elevation. It also discusses the recommendations of the latest clinical practice guidelines.

Keywords:

Acute coronary syndrome

Myocardial infarction

Pathophysiology

Prevention

EPIDEMIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA**Factores de riesgo, progresión e inestabilización de la aterosclerosis**

En el último año, se han producido importantes avances en el conocimiento de factores que contribuyen al desarrollo y las complicaciones de la enfermedad coronaria. Un trabajo realizado a partir de datos de 36 estudios epidemiológicos muestra la importancia relativa de diferentes factores ambientales en el desencadenamiento del infarto agudo de miocardio (IAM)¹. Para un individuo, el factor de mayor riesgo es el consumo de cocaína seguido de una comida pesada, el consumo de marihuana, las emociones y el ejercicio físico. A escala poblacional, los factores ambientales de mayor riesgo son la exposición al tráfico, el ejercicio, el consumo de alcohol o café y el aumento de partículas contaminantes en el aire (fig. 1). En nuestro medio, dos estudios recientes han destacado una prevalencia relativamente alta de consumo de cocaína en pacientes atendidos por dolor torácico en nuestros hospitales y la asociación de este hábito con el diagnóstico de IAM y con un pronóstico peor^{2,3}. Por otro lado, trabajos recientes de genoma completo han permitido identificar nuevos genes asociados a la cardiopatía isquémica^{4,5}.

Con la idea de perfeccionar la capacidad de predecir el riesgo cardiovascular en nuestro medio, se ha validado la función REGICOR adaptada de la original de Framingham para la estimación del riesgo

cardiovascular a 10 años⁶, y se ha demostrado que un índice tobillo-brazo disminuido reclasifica como de alto riesgo a una proporción significativa de individuos con respecto a las funciones de riesgo clásicas⁷. También se han hecho esfuerzos importantes en la descripción de la prevalencia y el control actual de los factores de riesgo en nuestro país^{8,9}.

Se han publicado los resultados del estudio PROSPECT¹⁰, que valoró con ecografía intravascular e histología virtual el árbol coronario en 697 pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) tratados con intervención coronaria percutánea (ICP) en la lesión causal y seguidos durante una mediana de 3,4 años. Casi la mitad de los eventos recurrentes se debieron a complicaciones en lesiones distintas de la causal, la mayoría de ellas ligeras en la evaluación angiográfica inicial. Los predictores de complicaciones en estas placas fueron una carga de placa $\geq 70\%$, un área luminal mínima $\leq 4,0 \text{ mm}^2$ y una clasificación de la placa como fibroateroma con cápsula fina.

Respecto a las estrategias antiaterogénicas, un metaanálisis de 26 ensayos clínicos demostró que, cuanto mayor es la reducción del colesterol ligado a las lipoproteínas de baja densidad (cLDL), menor es la incidencia de infarto, revascularización e ictus, subrayando la superioridad de los regímenes hipolipemiantes agresivos en prevención cardiovascular¹¹. Otro estudio mostró una asociación inversa entre la capacidad de las lipoproteínas de alta densidad (HDL) de aceptar colesterol de los macrófagos y la presencia de aterosclerosis, lo que indicaría que el efecto antiaterogénico de las HDL puede no depender

*Autor para correspondencia: Servicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Prof. Martín Lagos s/n, 28040 Madrid, España.

Correo electrónico: afernandez.hcsc@salud.madrid.org (A. Fernández-Ortiz).

Abreviaturas

GPIIb/IIIa: glucoproteína IIb/IIIa.
IAM: infarto agudo de miocardio.
IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.
ICP: intervención coronaria percutánea.
SCA: síndrome coronario agudo.
SCASEST: síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST.

sólo de su concentración sanguínea, sino también de su funcionalidad¹². Estos aspectos y más han quedado bien plasmados en la reciente publicación de las guías de manejo de las dislipemias de la Sociedad Europea de Cardiología¹³.

Isquemia, reperfusión y remodelado ventricular

En el estudio REVEAL, la administración de un bolo endovenoso de eritropoyetina, un fármaco que había mostrado efectos protectores en modelos animales, no redujo el tamaño del infarto en 222 pacientes con IAM con elevación del ST (IAMCEST) tratados con ICP primaria¹⁴. Dado que la mayor parte del daño por reperfusión acontece en los primeros minutos tras la restauración del flujo, este estudio está limitado por una administración tardía del fármaco (en las primeras horas tras la reperfusión). Por otro lado, investigaciones de laboratorio con animales transgénicos han identificado nuevas estrategias potencialmente protectoras contra el daño por isquemia y reperfusión, como la neuregulina endotelial¹⁵ o la sintasa de óxido nítrico neuronal¹⁶; también se han descrito¹⁷ marcadores de miocardio rescatado, como la endotelina 1.

En el estudio de los mecanismos que conducen al remodelado ventricular postinfarto, un estudio muestra que la inactivación genética del receptor mineralocorticoideo en el miocardio mejora la cicatrización previniendo el remodelado adverso y la insuficiencia cardíaca postinfarto¹⁸. Estos resultados subrayan la importancia de este receptor miocárdico y su probable participación en el beneficio clínico del bloqueo mineralocorticoideo observado en los pacientes tras un IAM.

TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS

Un estudio reciente indica que la cuantificación del calcio coronario podría identificar a los pacientes que más podrían beneficiarse del

tratamiento de prevención primaria con estatinas¹⁹. También se ha comprobado la utilidad de la tomografía computarizada para descartar enfermedad coronaria antes de la cirugía de recambio valvular²⁰, y se está investigando en la detección de placas vulnerables o en la caracterización del trombo coronario mediante tomografía de emisión de positrones y resonancia magnética²¹. Por otro lado, se ha demostrado que la administración de atropina mejora la sensibilidad de la tomogammagrafía de esfuerzo para detectar isquemia cuando no se alcanza una taquicardización suficiente²².

Un estudio que ha despertado gran polémica fue el que analizó la utilidad de la tomogammagrafía de perfusión o la ecocardiografía con dobutamina para evaluar la viabilidad miocárdica y predecir el beneficio de la revascularización quirúrgica en un subgrupo de pacientes con disfunción ventricular isquémica del ensayo STICH²³. Si bien la detección de viabilidad se asoció con la mortalidad en el seguimiento, esta asociación dejó de ser significativa tras ajustar por otras variables clínicas y, lo que es más llamativo, la detección de miocardio viable no predijo un mayor beneficio de la revascularización. Estos resultados contradicen los de otros estudios previos y podrían explicarse por múltiples factores (sesgos de inclusión, frecuentes cruzamientos tras la aleatorización en el tratamiento asignado, etc.), pero sin duda merecen ser contrastados en futuros estudios. Más acordes con la opinión tradicional son los resultados de un reciente estudio observacional, que mostró que la revascularización es más beneficiosa cuanto más severa es la isquemia y menos extensa la necrosis en la tomogammagrafía de estrés²⁴.

También se sigue investigando la utilidad de diversos biomarcadores en prevención primaria. En un estudio, la detección de troponina T elevada con métodos de alta sensibilidad predijo la incidencia de eventos en una población sin enfermedad cardiovascular conocida²⁵. Por otro lado, en un análisis de los 20.536 pacientes del Heart Protection Study no se encontró interacción entre valores basales de proteína C reactiva y el beneficio de la simvastatina²⁶, lo que contradice la supuesta utilidad de ese biomarcador para indicar el tratamiento con estatinas en prevención primaria.

SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST

Actualización de las guías de práctica clínica

Tanto el American College of Cardiology/American Heart Association como la Sociedad Europea de Cardiología han actualizado en 2011 sus guías sobre el manejo de pacientes con SCA sin elevación del segmento ST (SCASEST)^{27,28}. En ambas guías se incluyen importantes novedades relativas a la estratificación pronóstica, el tratamiento an-

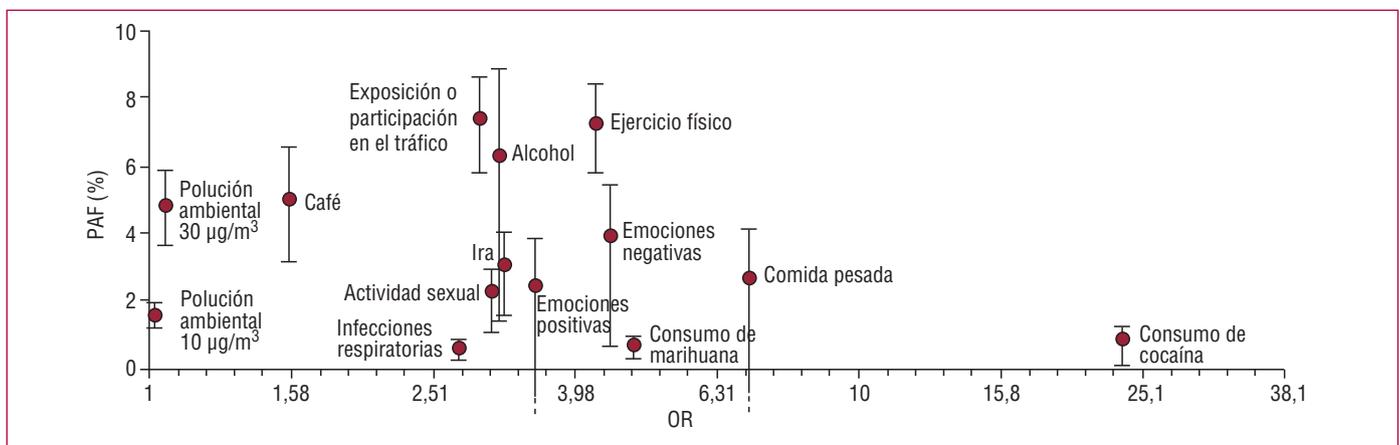


Figura 1. Relación entre las odds ratio (OR) y las fracciones atribuibles poblacionales (PAF) para cada uno de los factores desencadenantes de infarto analizados en el estudio de Nawrot et al (adaptado con permiso)¹.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3013200>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3013200>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)