

## Toma de decisiones sobre antiagregación en el síndrome coronario agudo

## Presentación y discusión de tres casos clínicos

David Vivas<sup>a</sup>, Antonio Tello-Montoliu<sup>b,\*</sup> y José Luis Ferreiro<sup>c</sup><sup>a</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España<sup>b</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España<sup>c</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España**Palabras clave:**Inhibidores de la agregación plaquetaria  
Farmacología  
Infarto de miocardio  
Angina inestable**RESUMEN**

La doble terapia consistente en ácido acetilsalicílico y un inhibidor del receptor plaquetario P2Y<sub>12</sub> es el pilar básico del tratamiento antiagregante en el síndrome coronario agudo, especialmente en aquellos pacientes a los que se les practica una revascularización percutánea con implante de *stent* coronario. El clopidogrel ha sido el inhibidor del receptor P2Y<sub>12</sub> de uso mayoritario durante más de una década. En los últimos años, disponemos de dos nuevos inhibidores del receptor P2Y<sub>12</sub>, prasugrel y ticagrelor. Estos nuevos fármacos son más potentes, rápidos en su acción y presentan menos variabilidad en su respuesta que el clopidogrel. Sin embargo, esta ampliación del arsenal terapéutico de uno a tres fármacos hace que se presenten dudas en la elección del antiagregante acompañante de la aspirina en casos específicos. Además, existen diversos escenarios que presentan un desafío en cuanto a la elección del tratamiento antiagregante óptimo, como la necesidad de una cirugía no coronaria durante el periodo de tratamiento con la doble terapia. En esta sección se describen tres casos clínicos con el fin de discutir tres escenarios comunes en la práctica clínica diaria: paciente con síndrome coronario agudo con elevación del ST, paciente con síndrome coronario agudo sin elevación del ST, y paciente con necesidad de cirugía no coronaria y tratamiento antiagregante.

**Presentation and discussion of three clinical cases****ABSTRACT**

Dual therapy with acetylsalicylic acid and a P2Y<sub>12</sub>-receptor inhibitor is the mainstay of antiplatelet treatment in patients with acute coronary syndrome, especially those who have undergone percutaneous revascularization with *stent* implantation. For over a decade, the P2Y<sub>12</sub>-receptor inhibitor used in the majority of cases was clopidogrel. In recent years, two new P2Y<sub>12</sub>-receptor inhibitors have become available: prasugrel and ticagrelor. These two drugs are more potent and faster acting than clopidogrel and responses are less variable. However, this expansion of the therapeutic armamentarium from one to three drugs has raised questions about which antiplatelet drug should be chosen to accompany aspirin in particular cases. Moreover, there are a number of settings in which selecting the best antiplatelet therapy is challenging, such as when a patient has to undergo noncoronary surgery while receiving dual antiplatelet therapy. This article describes three cases chosen to illustrate the problems faced in three different scenarios often encountered in daily clinical practice: a patient with ST-elevation acute coronary syndrome, a patient with non-ST-elevation acute coronary syndrome, and a patient who needed both noncoronary surgery and antiplatelet therapy.

**Keywords:**Platelet aggregation inhibitors  
Pharmacology  
Myocardial infarction  
Unstable angina**CASO CLÍNICO 1: SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST**

Varón de 79 años con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, hipercolesterolemia y exfumador de 15 paquetes/año), con antecedentes de enfermedad renal crónica (aclaramiento de creatinina, 45 ml/min) e hiperplasia benigna de próstata. Su historia cardiovascular se inicia en 2006 con un infarto de miocardio inferolateral; se realizó cateterismo urgente y se objetivó una oclusión completa

de la arteria circunfleja y una extensa lesión en la arteria descendente anterior. El resto del árbol coronario estaba sin lesiones. Se decidió tratar mediante angioplastia primaria e implante de *stent* farmacoinactivo la lesión de la arteria circunfleja y mediante angioplastia y *stent* farmacoinactivo en un segundo tiempo la lesión de la arteria descendente anterior. La función sistólica del ventrículo izquierdo estaba conservada. Al alta, el tratamiento consistió en ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg/día, clopidogrel 75 mg/día, atorvastatina 40 mg/día, atenolol 50 mg/día y enalapril 10 mg/día.

En 2009 el paciente sufrió un episodio de dolor torácico, y en el ECG de urgencias se objetivó elevación del segmento ST inferolateral. Se realizó cateterismo urgente, que objetivó oclusión de la arteria circunfleja en el *stent* previamente implantado. Se realizó aspiración de material trombótico, angioplastia primaria e implante de *stent* farma-

\*Autor para correspondencia: Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Ctra. Madrid-Cartagena s/n, 30120 El Palmar, Murcia, España.

Correo electrónico: atellomont@hotmail.com (A. Tello-Montoliu).

### Abreviaturas

AAS: ácido acetilsalicílico  
 DAP: doble antiagregación plaquetaria  
 ICP: intervencionismo coronario percutáneo  
 SCACEST: síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST  
 SCASEST: síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST  
 SLF: *stent* liberador de fármaco

coactivo. Al alta, el tratamiento consistió en AAS 100 mg/día y clopidogrel 150 mg/día.

En 2010 sufrió un nuevo infarto de miocardio con elevación del segmento ST de localización inferolateral. En la coronariografía urgente se objetivó trombosis tardía del *stent* previamente implantado en la circunfleja, y se decidió realizar nueva angioplastia e implante de *stent* farmacactivo. Al alta, el tratamiento antitrombótico fue AAS 100 mg/día y prasugrel 5 mg/día.

Asintomático hasta ahora, el paciente ha vuelto a sufrir nuevo episodio de angina, por lo que ha acudido a urgencias. En el ECG realizado se objetiva elevación del segmento ST de localización inferolateral (figura 1). Se realizó nueva coronariografía urgente, que objetiva trombosis del *stent* implantado en la arteria circunfleja. Se trata mediante tromboaspiración y se realiza ecografía intravascular (IVUS) para comprobar la aposición de este *stent*, que en este caso era normal. Comprobada la normal aposición del *stent*, se decide realizar angioplastia con balón medicado (figuras 2A y B). El paciente evoluciona satisfactoriamente. Se decide administrar como tratamiento antiagregante AAS 100 mg/día y ticagrelor (dosis de carga de 180 mg y mantenimiento con 90 mg/12 h). El paciente evoluciona satisfactoriamente, sin nuevos eventos isquémicos ni de sangrado.

### Discusión del caso 1

El caso clínico presentado integra varios problemas que se presentan en la práctica diaria. El primero de ellos consiste en evaluar, según los factores de riesgo y las características clínicas del paciente, el inhibidor del receptor P2Y<sub>12</sub> más adecuado para combinar con el AAS<sup>1</sup>. En el paciente presentado convergen varias circunstancias: en primer lugar, sus características clínicas (edad > 75 años, enfermedad renal crónica, trombosis del *stent*, sin elevado riesgo de sangrado *a priori*) orientan a que el antiagregante más adecuado a dicho perfil sería el ticagrelor, en vista de los resultados de los ensayos clínicos que se han comentado en los artículos previos. Sin embargo, hay que tener en cuenta un segundo problema: el momento en que han surgido los tres episodios de trombosis del *stent*, cuando todavía no se comercializaban en nuestro país los nuevos antiagregantes. De ahí que, tras la primera trombosis del *stent*, se iniciara tratamiento con doble dosis de clopidogrel y en la segunda con prasugrel a la dosis de 5 mg, la aprobada para pacientes mayores de 75 años. Es en el tercer episodio cuando se decidió iniciar tratamiento con ticagrelor. Por último, hay que tener en cuenta que no solo el tipo y la duración de la terapia antiagregante son fundamentales en la aparición de una trombosis del *stent*, sino que factores puramente «técnicos» (mala aposición del *stent*, lesiones complejas, etc.) o intrínsecos del paciente (diabetes mellitus, etc.) favorecen la trombosis repetida del *stent*<sup>2</sup>.

### CASO CLÍNICO 2: SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Mujer de 55 años, hipertensa, diabética, exfumadora y obesa como factores de riesgo, que acudió a urgencias por dolor torácico, llevaba una vida y una actividad adecuadas para su edad y no tenía antecedentes cardiovasculares. Años atrás había sido diagnosticada de un hipotiroidismo subclínico y era posmenopáusica, sin tratamiento hormonal sustitutivo. Como antecedente de interés, presentó diagnóstico de anemia microcítica grave (sin especificar las cifras de hemoglobina), remitida para estudio por el servicio de digestivo de nuestro

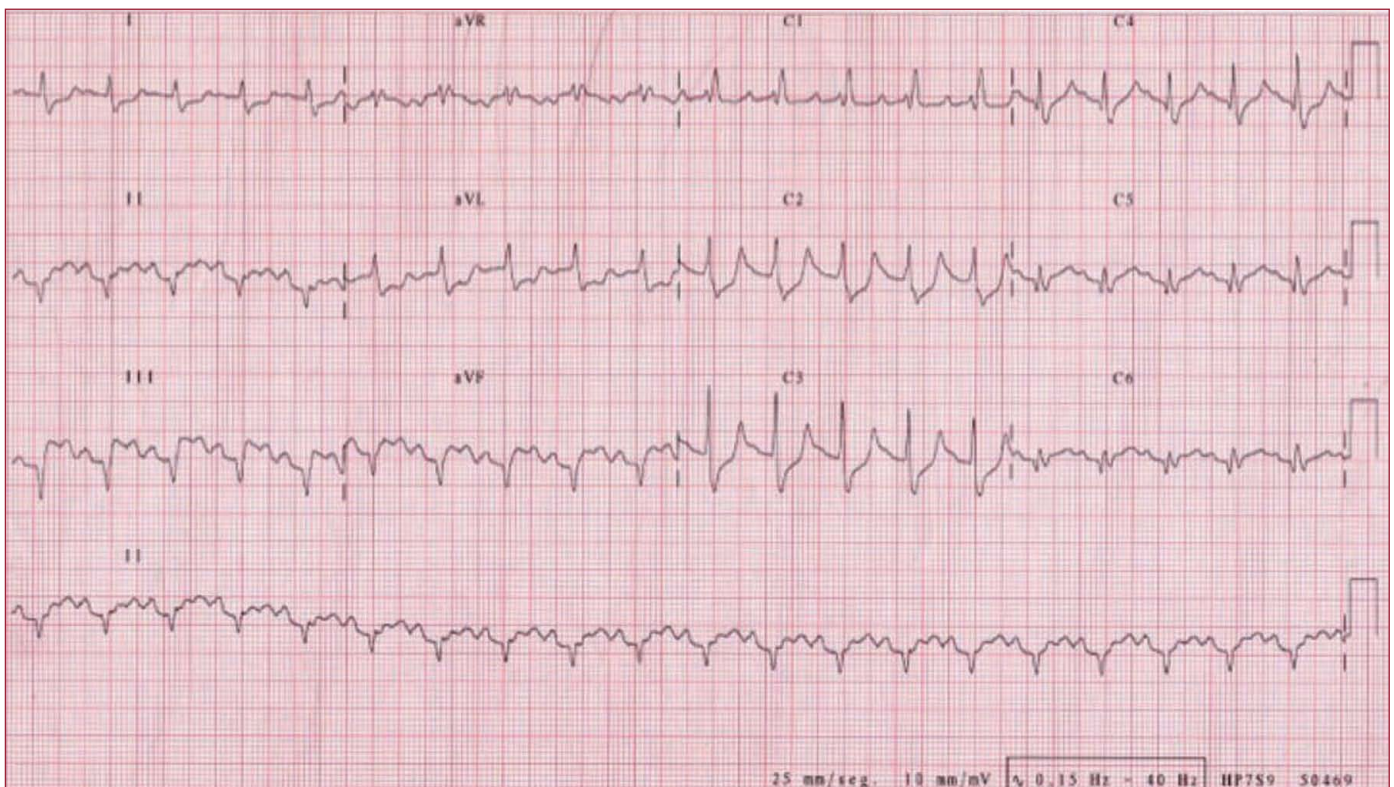


Figura 1. Electrocardiograma en el que se puede apreciar elevación del segmento ST de localización inferolateral (caso 1).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3019469>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3019469>

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