

Stents recubiertos en el infarto agudo de miocardio

Mariano Valdés-Chávarri

Cátedra de Cardiología. Facultad de Medicina de Murcia. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

A pesar del avance que han supuesto los *stents* en el intervencionismo cardiaco, la incidencia de revascularización de la lesión tratada (RLT) se mantiene alrededor del 8% y la reestenosis binaria alrededor del 25% en pacientes tratados con angioplastia coronaria percutánea (ACTP) primaria y *stents* no recubiertos de fármacos (SNR). Resultados preliminares obtenidos con el uso de *stents* recubiertos de fármacos (SR) en estudios no aleatorizados confirmaron que su uso no redujo significativamente las tasas de mortalidad, pero sí consiguió disminuir de manera significativa la RLT y la reestenosis binaria. Con respecto a los estudios aleatorizados sobre su eficacia, su uso disminuye un 30-60% las RLT en función de las tasas de los SNR. Esta reducción no se acompaña de una disminución de muerte ni de reinfarto agudo de miocardio. La reducción significativa de los eventos cardiacos se establece fundamentalmente a expensas de uno de sus componentes, la RLT. En cuanto a la reestenosis, ésta sigue la misma dirección que la RLT, significativamente menor con los SR que con los SNR. En cuanto a la seguridad, puede concluirse que no hay diferencias significativas entre los SR y los SNR, tanto en lo referente a las trombosis del *stent* (TS) agudas, subagudas o tardías, aunque por la duración de los estudios no tenemos datos de las muy tardías. Tampoco hay datos suficientes que nos permitan concluir que un SR es superior a otro.

Palabras clave: *Infarto agudo de miocardio. Angioplastia primaria. Stent recubierto.*

Drug-Eluting Stents in Acute Myocardial Infarction

Despite apparent advances in the use of stents for percutaneous coronary intervention, the target lesion revascularization (TLR) rate remains around 8% and the binary restenosis rate remains around 25% in patients undergoing primary percutaneous transluminal coronary angioplasty with bare metal stents. Preliminary results with drug-eluting stents in nonrandomized studies confirm that their use does not significantly reduce the mortality rate but does lead to significant reductions in TLR and binary restenosis rates. Randomized studies of stent efficacy have shown that the use of drug-eluting stents decreases the TLR rate between 30-60%, depending of the rate observed with bare metal stents. This reduction is not accompanied by a decrease in either mortality or acute myocardial infarction recurrence. The significant reduction in major adverse cardiac events observed is due to a reduction in one type of event: TLR. The restenosis rate is also significantly less with drug-eluting than bare metal stents. With regard to safety, it can be concluded that there is no significant difference between drug-eluting and bare metal stents in either acute, subacute or late stent thrombosis. However, the lengths of the studies were such that no data were available on very late stent thrombosis. Neither were there sufficient data to conclude that one type of drug-eluting stent was better than any other.

Key words: *Acute myocardial infarction. Primary percutaneous coronary angioplasty. Drug-eluting stent.*

INTRODUCCIÓN

El uso de los *stents* recubiertos de fármacos (SR) se ha generalizado desde su introducción en 1999. En Estados Unidos, la cifra alcanza el 86% de todos los *stents*, mientras que en España se sitúa alrededor del 60%. Aunque en las guías actuales europeas o americanas¹⁻³

no hay ninguna recomendación específica para el uso de SR en el infarto agudo de miocardio (IAM), al igual que en otras situaciones clínicas, los SR se han utilizado cada vez con mayor frecuencia en este tipo de enfermedad.

Dos hechos condicionan su utilización. Primero, estimulante a su implante, una tasa de reestenosis elevada con los *stents* no recubiertos (SNR), mejorable con los SR. Segundo, una posible mayor tasa de trombosis que frenaría su implante, al realizarlo en una arteria con trombo en la mayoría de los casos y con una medicación y un polímero con riesgo protrombótico más elevado que en los SNR.

Correspondencia: Dr. M. Valdés-Chávarri. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Ctra. Madrid-Cartagena, s/n. El Palmar. Murcia. España. Correo electrónico: valdeschavarri@valdeschavarri.e.telefonica.net

ABREVIATURAS

ACI: arteria causante del infarto.
 ACTP: angioplastia coronaria percutánea.
 AVE: accidente vascular encefálico.
 BCRI: bloqueo completo de rama izquierda.
 FVI: función ventricular izquierda.
 FVT: fallo del vaso tratado.
 IAM: infarto agudo de miocardio.
 RLT: revascularización de la lesión tratada.
 SR: *stents* recubiertos de fármacos.
 SNR: *stents* no recubiertos de fármacos.
 SEC: Sociedad Española de Cardiología.
 SES: *stent* recubierto de sirolimus.
 PES: *stent* recubierto de paclitaxel.

En esta revisión se pretende abarcar dos aspectos, la eficacia y la seguridad, exponiendo la situación actual y las recomendaciones para su uso.

EL PROBLEMA DE LA REESTENOSIS Y REVASCULARIZACIÓN DE LA LESIÓN TRATADA TRAS EL IMPLANTE DE STENT NO RECUBIERTO EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Se han publicado 2 metaanálisis sobre este tema. El de Zhu et al⁴ en 2001 y el de Nordmann et al⁵ en 2004. Ambos seleccionan 9 estudios publicados, compartiendo 8. El de Zhu et al⁴ incluye el estudio FRESCO, con un total de 4.120 pacientes. El de Nordmann et al⁵ no incluye el estudio FRESCO y sí el estudio de Jaksch, con un total de 4.433 pacientes. En ambos, la carga más importante la tiene el CADILLAC⁶, que incluye a 2.082 pacientes, casi la mitad de la población a estudio. Todos cumplían unos criterios semejantes de inclusión: aleatorización antes del procedimiento, coronarias nativas, angioplastia coronaria percutánea (ACTP) primaria realizada en las 24 h desde el comienzo de los síntomas, seguimiento de al menos un mes y que consignaran en el seguimiento al menos la muerte y el IAM. En el estudio de Nordmann et al⁵ se especifican los objetivos a 30 días, 6 y 12 meses, si bien sólo 6 de los 9 estudios tienen un seguimiento a 6 y 12 meses. Se excluyeron los estudios que solo incluían a pacientes con shock cardiogénico.

Aunque ambos metaanálisis son los mejores datos que tenemos al respecto, sus estudios no son muy representativos de la práctica actual. Los *stents*, salvo el Multilink del CADILLAC, no se han utilizado en la última década (Palmas-Schatz en 3, Wiktor en uno, Gianturco-Roubin en uno, Tensum en uno y PS recubierto de heparina en uno). Son estudios de bajo riesgo, como lo demuestran las bajas tasas de mortalidad y re-IAM, por lo

que es muy difícil encontrar diferencias significativas en esos valores tan bajos.

Los resultados obtenidos (tabla 1) demuestran que no había diferencias en la mortalidad entre la ACTP con balón o con SNR en los 6-12 meses de seguimiento. Tan sólo en el *stent* PAMI se observó una mayor mortalidad en el grupo con implante de *stent*, aunque este hecho no se ha confirmado en otros estudios. Incluso, la mortalidad no fue diferente al eliminar a los pacientes con shock cardiogénico incluidos en algunos estudios.

Con respecto al re-IAM, en el metaanálisis de Zhu et al⁴, sólo el subanálisis de los estudios sin inhibidores de la glucoproteína IIb-IIIa alcanzaba una significación en el límite, en el sentido de una reducción en los pacientes tratados con *stent*, aunque otros estudios mayores, como el CADILLAC, no mostraron dicho beneficio. Sin embargo, en el estudio de Nordmann et al⁵ la diferencia alcanza valor significativo, tanto a los 30 días como a los 6 y 12 meses, con reducciones del 48, el 37 y el 37%, respectivamente.

En contraste con la muerte y el re-IAM, ambos metaanálisis encuentran una consistente evidencia de que el implante de *stents* reduce significativamente la revascularización de la lesión tratada (RLT) a los 6 y 12 meses tras el IAM. Estos resultados se observaron en todos los estudios, fuera cual fuera el tipo de *stent* empleado. Ello lleva, además, a la reducción significativa de los eventos cardiacos mayores, debido principalmente a la menor incidencia de RLT.

TABLA 1. Metaanálisis de Nordmann et al⁵ y Zhu et al⁴. Comparación de la angioplastia con balón frente al implante de *stent* no recubierto en el seno de un infarto agudo de miocardio

Metaanálisis de Nordmann et al ⁵	30 días	6 meses	12 meses	
	OR (IC del 95%)	OR (IC del 95%)	OR (IC del 95%)	
Muerte	1,17 (0,78-1,74)	1,07 (0,76-1,52)	1,09 (0,80-1,50)	
Re-IAM	0,52 (0,31-0,87)	0,67 (0,45-1,00)	0,67 (0,45-0,99)	
Revascularización	0,46 (0,34-0,61)	0,42 (0,35-0,51)	0,48 (0,39-0,59)	

Metaanálisis de Zhu et al ⁴	Muerte	Re-IAM	Revascularización	Eventos cardiacos totales
	OR (IC del 95%)	OR (IC del 95%)	OR (IC del 95%)	OR (IC del 95%)
		0,71 (0,47-1,08)	0,43 (0,36-0,52)	0,52 (0,44-0,62)
	1,04 (0,75-1,44)	0,61 (0,38-1,00)*		

IAM: infarto agudo de miocardio; OR: *odds* ratio; IC: intervalo de confianza.

*Sin los pacientes tratados con abciximab.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3019677>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3019677>

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