



## Preguntas y respuestas

## Abordaje terapéutico de la cardiopatía isquémica estable: tratamiento médico versus revascularización coronaria

### Therapeutic approach to stable ischemic heart disease: Medical treatment versus coronary revascularization

Alberto Alperi<sup>a</sup>, Pablo Avanzas<sup>a,b,c,\*</sup>, Isaac Pascual<sup>a,b</sup> y César Morís<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup> Área de Gestión Clínica del Corazón, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

<sup>b</sup> Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA), Universidad de Oviedo, Oviedo, Asturias, España

<sup>c</sup> Universidad de Oviedo, Oviedo, Asturias, España

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

##### Historia del artículo:

Recibido el 2 de abril de 2018

Aceptado el 23 de abril de 2018

On-line el 24 de mayo de 2018

#### Introducción

La estrategia adecuada en el manejo de pacientes con enfermedad coronaria estable (ECE) es un tema debatido y controvertido. Existe unanimidad respecto a considerar el tratamiento médico óptimo (TMO) como el primer paso para el manejo de esta enfermedad, salvo que existan otras consideraciones pronósticas, basadas habitualmente en criterios angiográficos, que orienten en otra dirección. Este artículo revisa el papel de los diferentes procedimientos de revascularización, intervención coronaria percutánea (ICP) y

revascularización coronaria quirúrgica (RCQ), en el manejo de la ECE.

#### Tras iniciar el tratamiento médico óptimo, ¿qué pacientes se beneficiarían de la revascularización coronaria quirúrgica?

Los estudios comparativos entre tratamiento médico y RCQ son antiguos, con lo que es difícil extrapolar sus resultados a nuestra práctica actual. Los 3 ensayos iniciales que abordaron la disyuntiva entre RCQ y TMO en ECE fueron el «Veterans Administration Cooperative Study», el «Coronary Artery Surgery Study» (CASS) y el «European Coronary Surgery Study» (ECSS). Todos ellos aleatorizaron pacientes con ECE a RCQ vs. TMO. En todos ellos la estrategia de revascularización

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [avanzas@secardiologia.es](mailto:avanzas@secardiologia.es) (P. Avanzas).

<https://doi.org/10.1016/j.carcor.2018.04.003>

1889-898X/© 2018 SAC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

**Tabla 1 – Características basales de los ensayos COURAGE y BARI-2D**

	COURAGE	BARI-2D
Año de 1. <sup>a</sup> publicación	2008	2009
Periodo de reclutamiento	1999-2004	2001-2005
Criterios de inclusión	EC por cateterismo + test positivo o angina	EC por cateterismo + DM tipo 2 + test positivo o angina
Tipo de revascularización y randomización	ICP + TMO vs. TMO	ICP + TMO vs. RCQ + TMO vs. TMO
Objetivo primario	Muerte/IAM no fatal	Muerte
Objetivo secundario	Muerte/IAM/ictus/hospitalización por angina inestable	Muerte/IAM/ictus
Seguimiento; años	4,6	5
Pacientes totales; n	2.287	2.368
Pacientes TMO; n	1.149	1.192
Pacientes revascularización; n	1.138	1.176 (798 ICP; 378 RCQ)
Edad media; años	61	62
IAM previo; %	38	32
DM tipo 2; %	34	100
Clasificación angina CCS; %	78; 0-II	60; 0-II
FEVI media; %	61	57
Crossover (pacientes del grupo TMO que se revascularizaron); %	33	42

CCS: Canadian Cardiovascular Society; DM: diabetes mellitus; EC: enfermedad coronaria; FEVI: fracción de eyección ventrículo izquierdo; IAM: infarto agudo de miocardio; ICP: intervención coronaria percutánea; RCQ: revascularización coronaria quirúrgica; TMO: tratamiento médico óptimo.

quirúrgica mostró, respecto al TMO aislado, una mejoría en cuanto a sintomatología anginosa, tolerancia al esfuerzo y calidad de vida. Una conclusión consistente de los mismos es la identificación de determinados patrones angiográficos de riesgo asociados a peor pronóstico. La enfermedad significativa de tronco coronario izquierdo (TCI), la enfermedad de 2 o 3 vasos incluyendo la descendente anterior (DA) proximal y la enfermedad de 3 vasos con disfunción ventricular, independientemente de la afectación a nivel de la DA, se consideran escenarios subsidiarios de revascularización quirúrgica. El registro DUKE ha mostrado que el beneficio en cuanto a mortalidad de la RCQ sobre el TMO a largo plazo se limita exclusivamente a los pacientes de alto riesgo. Para aquellos de bajo riesgo, como los que tienen enfermedad de un único vaso, la RCQ mejoró el control sintomático anginoso sin disminución de la mortalidad.

### **Tras iniciar el tratamiento médico óptimo, ¿qué pacientes se beneficiarían de una intervención coronaria percutánea?**

La incorporación del implante de *stents* coronarios a la ICP ha representado un punto de inflexión de esta enfermedad por la reducción de las tasas de reestenosis. Durante el periodo pre-*stent*, estudios como el ACME, RITA-2 y AVERT, demostraron una superioridad de la ICP sobre el TMO para el control sintomático de los pacientes con ECE. Sin embargo, no se observó un aumento de la supervivencia, e incluso se objetivó una mayor tasa de eventos adversos en pacientes sometidos a ICP. Algunos estudios compararon el TMO con procedimientos de revascularización, tanto ICP como RCQ. El estudio ACIP

aleatorizó pacientes con ECE e isquemia no sintomática, pero con anatomía propicia para revascularización a 3 estrategias terapéuticas: tratamiento médico guiado por síntomas, tratamiento médico guiado por síntomas y demostración de isquemia, y revascularización por ICP o RCQ<sup>1</sup>. A los 2 años de seguimiento, la mortalidad total fue del 6,6% en la estrategia guiada por síntomas, del 4,4% en la guiada por isquemia, y del 1,1% en la estrategia de revascularización. Además, la ICP se asoció a una importante reducción de mortalidad.

El periodo post-*stent* propició una disminución drástica de las tasas de reestenosis y de la necesidad de ICP repetida. Dos estudios son fundamentales en este contexto: el BARI-2D y el COURAGE (tabla 1). El estudio BARI-2D fue diseñado para comparar ICP, RCQ Y TMO en exclusiva en 2.368 pacientes diabéticos tipo 2, con isquemia documentada y bajo TMO previo. No se observaron diferencias respecto a la mortalidad a 5 años entre ICP y TMO (11,7 vs. 12,2%;  $p=0,97$ ). Tampoco se observaron diferencias en la tasa a 5 años del combinado de muerte, IAM e ictus (22,8 vs. 24,1%;  $p=0,7$ )<sup>2</sup>. El estudio COURAGE comparó los resultados de ICP combinado con TMO vs. TMO en 2.287 pacientes con isquemia crónica. El objetivo primario del estudio fue la muerte por cualquier causa e IAM durante el seguimiento. La tasa acumulada a los 4,6 años mostró que no existían diferencias significativas en el objetivo primario entre ICP y el TMO (19 vs. 18,5%;  $p=0,62$ ). Se mantenían resultados similares tras excluir el IAM periprocedimiento (16,2 vs. 17,9%;  $p=0,29$ ) y no se observaron diferencias en la incidencia de hospitalización por síndrome coronario agudo (SCA) ni en las tasas de mortalidad en ambos grupos. Entre el primer y el tercer año se objetivó una reducción significativa en la prevalencia de angina en ambos grupos, con una diferencia significativa a favor de la ICP (55

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8657434>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8657434>

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