Rev Colomb Cardiol. 2017;xxx(xx):xxx–xxx

SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA & CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Revista Colombiana de Cardiología

www.elsevier.es/revcolcar

ARTÍCULO ESPECIAL

Tratamiento percutáneo de las oclusiones totales crónicas Parte 1

Carlos E. Uribe[a,b,c,d,*], **Mauricio Zúñiga**[c], **Jaime Cabrales**[e], **Libardo Medina**[f] **y Federico Saaibi**[f]

[a] *Clínica CardioVID. Medellín, Colombia*
[b] *Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Colombia*
[c] *Programa de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia*
[d] *Universidad CES. Medellín, Colombia*
[e] *Hemodinamia y Cardiología intervencionista, Fundación Cardioinfantil-Instituto de Cardiología. Bogotá, Colombia*
[f] *Medicina Interna y Cardiología, Fundación Cardiovascular de Colombia, Floridablanca, Colombia*

Recibido el 4 de abril de 2017; aceptado el 10 de noviembre de 2017

PALABRAS CLAVE
Enfermedad de las arterias coronarias;
Intervención coronaria percutánea;
Stents liberadores de fármacos;
Oclusión

Resumen El tratamiento intervencionista de las oclusiones totales crónicas ha sido uno de los procedimientos más complejos para el cardiólogo intervencionista, más aun tratándose de un procedimiento que con frecuencia resulta fallido; sin embargo, en los últimos años ha habido un progreso significativo debido a la creación de técnicas novedosas de disección subintimal y de reentrada, la adopción de la técnica retrógrada y el diseño de flujogramas organizados que permitieron conceptualizar la estrategia de recanalización híbrida para el tratamiento de las oclusiones totales crónicas, a fin de alcanzar tasas de éxito nunca antes vistas. Este artículo constituye una revisión de los tratamientos disponibles para las oclusiones totales crónicas basado en la evidencia, en un esfuerzo para unificar conceptos con base en las estrategias existentes.
© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

KEYWORDS
Coronary artery disease;
Percutaneous coronary intervention

Percutaneous treatment of chronic total occlusions Part 1

Abstract The interventionist treatment of chronic total occlusions has been one of the most complex procedures for interventionist cardiologists, especially since it is a procedure which frequently fails. However, in recent years there has been significant progress due to the creation of novel subintimal dissection and re-entry techniques, the adoption of the retrograde technique, and the design of organized flow charts which have allowed the conceptualization of the

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: uribemd72@hotmail.com (C.E. Uribe).

https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.11.012
0120-5633/© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Cómo citar este artículo: Uribe CE, et al. Tratamiento percutáneo de las oclusiones totales crónicas Parte 1. Rev Colomb Cardiol. 2017. https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.11.012

Drug-eluting stents;
Occlusions

hybrid recanalization strategy for treating chronic total occlusions, achieving unprecedented success rates. This article reviews the available treatments for chronic total occlusions, based on the evidence, in an effort to unify concepts in terms of existing strategies.
© 2017 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

El tratamiento de las oclusiones totales crónicas siempre ha sido uno de los procedimientos más complejos y difíciles para los cardiólogos intervencionistas, más aun tratándose de un procedimiento que históricamente ha tenido altas tasas de recanalización no exitosa. Pese a ello, en los últimos años ha habido un progreso considerable dado por la creación de técnicas novedosas de disección subintimal y de reentrada, la adopción de la técnica retrógrada y la creación de flujogramas organizados que permitieron conceptualizar la estrategia de recanalización híbrida para el tratamiento de las oclusiones totales crónicas, hecho que ha permitido alcanzar tasas de recanalización nunca antes vistas. Con estos logros, la técnica híbrida de recanalización de las oclusiones totales crónicas es cada vez más reproducible y está al alcance del operador habitual.

Definición

Las oclusiones totales crónicas se definen como la presencia de flujo TIMI 0 en el segmento ocluido, con una duración estimada de la oclusión de más de tres meses[1,2]. Arterias con oclusiones entre los treinta días, como aquellas del estudio OAT (Open Artery Trial), no se consideran oclusiones totales crónicas[3,4].

Se ha clasificado la duración de la oclusión según tres tipos de certeza:

- Cierta: confirmada por angiografía tres meses previos.
- Probable: confirmada por parámetros clínicos, no angiográficos.
- Indeterminada[1].

Prevalencia

En un estudio reciente llevado a cabo en Canadá en tres centros de referencia, la prevalencia de oclusiones totales crónicas en 14.439 pacientes, fue del 14,7%. En pacientes con cirugía de revascularización coronaria fue del 54% y en aquellos con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST fue del 10%[2].

Selección de los pacientes y beneficios de la revascularización

El beneficio de la revascularización de las oclusiones totales crónicas es mejorar síntomas, función ventricular y otros desenlaces clínicos evaluados en estudios observacionales y registros. El consenso europeo de expertos en oclusiones totales crónicas de 2012, considera que es apropiado intentar la revascularización de las mismas en pacientes sintomáticos o en aquellos que tengan evidencia objetiva de viabilidad o isquemia mayor del 10%[1]. En las guías del Colegio Americano de Cardiología se permite la recanalización de una oclusión total crónica en pacientes con angina o evidencia objetiva de isquemia (recomendación clase IIa)[5]. Ante oclusiones totales crónicas el proceso de decisión de llevar al paciente a tratamiento de revascularización debe enfocarse en tres pasos: evaluación de los síntomas, valoración del grado de isquemia y demostración de viabilidad.

Los pacientes con oclusiones totales crónicas a menudo tienen síntomas atípicos, que incluso son más frecuentes que los síntomas referidos en pacientes con angina típica[6,7]. Grantham et al.[8] demostraron que la recanalización exitosa de una oclusión total crónica se asociaba con mejoría de la angina, de la calidad de vida y de la actividad física solo en los pacientes sintomáticos. Galassi et al.[9] reportaron un mejor desenlace cardiovascular en pacientes revascularizados con defectos de perfusión extensos que en aquellos que tenían perfusiones normales o ligeramente anormales. Se ha reportado que un porcentaje cercano al 12,5% de isquemia en perfusión miocárdica con isonitrilos, es un punto de corte óptimo para definir el beneficio que obtendrán los pacientes con una oclusión total crónica. Así mismo, aquellos con perfusiones menores del 6,25% de isquemia tuvieron empeoramiento de la isquemia post-recanalización, hecho que sugiere que el manejo conservador en casos con índices de isquemia bajos, es una opción apropiada[10]. La viabilidad también es un parámetro importante e independiente de la inducción de isquemia. Esta es particularmente útil en pacientes con disfunción ventricular. En tal sentido, el protocolo mediante resonancia magnética nuclear (RMN) identifica mejor aquellos pacientes con viabilidad, que se benefician de recanalizar la oclusión total crónica[11,12]. La figura 1 muestra el flujograma de selección del paciente para recanalización de oclusiones totales crónicas[7].

Recomendación del Colegio colombiano de Hemodinamia

- Se recomienda intentar revascularizar una oclusión total crónica cuando haya angina, viabilidad en pacientes con IAM previo, disfunción ventricular o evidencia objetiva de isquemia definida como una perfusión miocárdica con un porcentaje mayor o igual al 10%.
- En la evaluación de viabilidad en oclusiones crónicas, la RMN o la SPECT, son las alternativas recomendadas.

Cómo citar este artículo: Uribe CE, et al. Tratamiento percutáneo de las oclusiones totales crónicas Parte 1. Rev Colomb Cardiol. 2017. https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.11.012

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/8676289

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/8676289

Daneshyari.com