

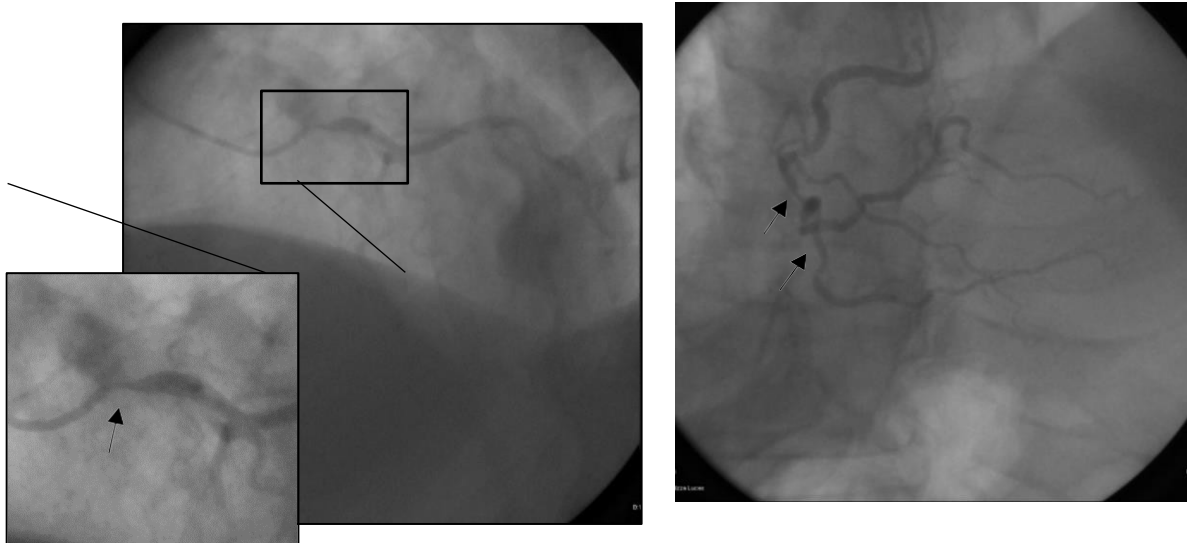
Angioplastia de tronco coronario izquierdo

Servicio de Diagnóstico y Tratamiento Endovascular | Grupo Gamma

Presentamos el caso de un paciente de 64 años de edad que intercorre durante el post operatorio (POP) inmediato de cirugía traumatológica programada con Síndrome Coronario Agudo sin elevación del ST, evidenciándose por cinecoronariografía estenosis severa de tronco coronario izquierdo (TCI) proximal y de arteria coronaria derecha dominante a nivel de tercios medio y distal.

Angioplastia de tronco coronario izquierdo

Ante la estabilidad clínica del paciente se discute en Heart Team conducta a seguir inclinándose por la revascularización percutánea.



Se ha demostrado que la mejor estrategia de tratamiento para los pacientes con enfermedad del TCI es la revascularización en ausencia de contraindicaciones. Con respecto a la técnica específica de revascularización, los trabajos comparando a la cirugía de revascularización miocárdica (CRM) con la angioplastia coronaria (ATC), en líneas generales, han arrojado resultados similares con respecto a end points combinados (muerte, IAM, ACV, nueva revascularización), siendo más frecuente el ACV en la CRM y las nuevas revascularizaciones en la ATC.

Las últimas guías de revascularización, publicadas en 2014, recomiendan, en base a los resultados de los estudios publicados hasta ese momento, y principalmente a un sub análisis del estudio Syntax, inclinarse por una u otra técnica en base a la complejidad anatómica de las lesiones. Es así que en pacientes con score de syntax bajo (<22), ambas estrategias tienen evidencia IB; en el caso de syntax intermedio (23-32), la cirugía tiene recomendación IB mientras que la ATC Ila B; y finalmente, los pacientes

con syntax alto (>32) solo tienen indicación de cirugía con un nivel de evidencia IB (siendo IIIB para ATC).

A pesar de la cantidad de pacientes enrolados en estos trials comparativos, persiste un grado de incertidumbre por inconsistencias en el diseño de los mismos y por el avance de la tecnología en materia de intervencionismo, principalmente en cuanto al desarrollo de nuevos stents liberadores de drogas.

Es en este contexto que surgen los recientemente publicados EXCEL y NOBLE trials.

A grandes rasgos, el estudio EXCEL comparó la cirugía con la ATC con implante de stent liberador de Everolimus en pacientes con score de syntax bajo a intermedio (<32). En este estudio la ATC demostró ser no inferior en cuanto al end point 1° de muerte, ACV o IAM a los 3 años. A 30 días el endpoint 1° fue significativamente mayor en el grupo de CRM mientras que entre los 30 días y los 3 años fue mayor en el grupo ATC. La tasa de nueva revascularización fue mayor a 3 años en el grupo ATC mientras que la tasa de IAM a corto plazo y los eventos adversos fueron más frecuentes en el grupo cirugía.

En el ensayo NOBLE, el tratamiento con ATC utilizando predominantemente un stent con polímero bioabsorbible y liberador de Biolimus, se asoció a un índice mayor de episodios cardíacos y cerebrovasculares adversos mayores al cabo de 5 años que la cirugía. La diferencia se observó a partir del año, mientras que previo a este período la incidencia de endpoint 1° fue similar en ambos grupos. Individualmente, la mortalidad por todas las causas fue parecida entre ambos tratamientos, si bien los IAM no operatorios y la necesidad de una nueva revascularización coronaria fueron mayores en aquellos pacientes tratados con una ATC. Los índices de ACV fueron mayores entre pacientes operados a los 30 días pero numéricamente más altos entre pacientes angioplastiados a los 5 años.

Las conclusiones dispares de estos estudios pueden deberse a las numerosas diferencias de diseño en ambos estudios. Para destacar algunas, se definieron diferentes end points (el primer ensayo tuvo en cuenta los IAM perioperatorios mientras que el segundo no y sumó la necesidad de nueva revascularización), presentaron diferente período de seguimiento (más largo en el NOBLE aunque esto fue secundario a una enmienda por baja tasa de eventos), diferente tamaño muestral y se utilizó un diferente tipo de stent (remarcándose que en el NOBLE se utilizó inicialmente un stent de 1° generación optándose luego por el liberador de Biolimus).

Ante estas discrepancias, y más que nada considerando que ambas estrategias presentaron similares tasas de mortalidad en ambos estudios, los expertos concluyen que la elección de la estrategia para cada paciente debe ser individualizada y discutida multidisciplinariamente y llevada a cabo por equipos experimentados.

En el caso de nuestro paciente, este presentaba un score de syntax de 16, por lo que era elegible para ambas estrategias de revascularización. Basándose en el contexto clínico del paciente, cursando un POP traumatológico con necesidad de rehabilitación precoz se optó por la estrategia endovascular. Se implantó un stent liberador de Biolimus a nivel de la lesión en TCI y dos stents liberadores de Everolimus a nivel de las lesiones de arteria coronaria derecha. El procedimiento fue exitoso, guiado con IVUS y no mediaron complicaciones.



En el seguimiento a 1 mes el paciente se encuentra asintomático, doble antiagregado con ticagrelor, sin nuevos eventos.

Bibliografía

- 1) Stone SW, Sabik JF, Serruys PW, et al. Everolimus-eluting stents or bypass surgery for left main coronary artery disease. *N Engl J Med*. 2016.
- 2) Braunwald E. Treatment of left main coronary artery disease. *N Engl J Med*. 2016.
- 3) Mäkikallio T, Holm NR, Lindsay M, et al. Percutaneous coronary angioplasty versus coronary artery bypass grafting in treatment of unprotected left main stenosis (NOBLE): a prospective, randomized, open-label, noninferiority trial. *Lancet*. 2016.
- 4) Mack M, Holmes DR. Randomised trials in left main disease: a NOBLE effort. *Lancet*. 2016.
- 5) Campos C., et al. The EXCEL and NOBLE trials: similarities, contrasts and future perspectives for left main revascularisation. *EuroIntervention* 2015;11:V115-V119.
- 6) Windecker S., et al. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization