

no compliantes a muy alta presión o la aterectomía rotacional del *stent*. Sin embargo, se han reportado complicaciones relacionadas con la rotablación en este contexto: deformación del *stent*, disección, perforación, embolización de material metálico, *slow-flow* e infarto periprocedimiento². Además, es una técnica que requiere de una adecuada preparación y curva de aprendizaje. La litoplastia coronaria es una técnica sencilla y novedosa, con escasa bibliografía al respecto aún, pero muy prometedora a tenor de las series de casos guiados por tomografía de coherencia óptica, que muestran sus efectos en las placas calcificadas y describen un bajo porcentaje de complicaciones³. Los estudios han observado que la energía emitida con esta técnica interacciona con la placa aterosclerótica, y causa vibraciones que fracturan el calcio tanto en capas superficiales como profundas⁴. Consideramos que este efecto en el calcio profundo podría suponer la mayor ventaja sobre otras técnicas de ablación. Es por ello que queremos enfatizar la importancia del uso de la tomografía de coherencia óptica para evaluar la extensión del calcio y su profundidad, lo que permite individualizar el tratamiento en cada caso. No obstante, consideramos que se necesita un mayor número de estudios sobre los efectos que la litoplastia coronaria pudiera tener en la estructura del *stent* y sus efectos clínicos.

Macarena Cano García*, Luz Divina Muñoz Jiménez
y Cristóbal Antonio Urbano Carrillo

Unidad de Gestión Clínica de Cardiología y Cirugía Cardiovascular,
Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Hospital
Regional Universitario de Málaga, Málaga, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: macarenacano@hotmail.com

(M. Cano García).

On-line el 31 de octubre 2019

BIBLIOGRAFÍA

1. Urbano Carrillo CA, Cano García M, Muñoz Jiménez LD. Coronary lithoplasty in the treatment of *stent* underexpansion. *Rev Esp Cardiol*. 2020;73:406.
2. Kawata M, Kato Y, Takada H, Kamemura K, Matsuura A, Sakamoto S. Successful rotational atherectomy for a repetitive restenosis lesion with underexpansion of double layer drug-eluting *stents* due to heavily calcified plaque. *Cardiovasc Interv Ther*. 2016;31:65–69.
3. Alfonso F, Bastante T, Antuña P, et al. Coronary lithoplasty for the treatment of undilatable calcified *de novo* and in-*stent* restenosis lesions. *JACC Cardiovasc Interv*. 2019;12:497–499.
4. De Maria GL, Scarsini R, Banning AP. Management of calcific coronary artery lesions. Is it time to change our interventional therapeutic approach? *JACC Cardiovasc Interv*. 2019;12:1465–1478.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.09.010>
0300-8932/

© 2019 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
Todos los derechos reservados.

Evidencia científica y opinión de expertos. ¿Por qué el TAVI es diferente?



Scientific evidence and expert opinion. Why is TAVI different?

Sr. Editor:

Hemos leído el artículo de Jiménez Quevedo et al.¹ sobre la disparidad entre evidencia científica y opinión de expertos en la necesidad de cirugía cardíaca en el centro para el implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI), y queremos agradecer al grupo de trabajo que subraye la importancia de los datos científicos en este debate.

El caso de España es digno de análisis no solo por la llamativa heterogeneidad en la interpretación de la necesidad de cirugía cardíaca en el centro desde el principio, sino también por los continuos vaivenes, como el cese de actividad en Andalucía, Cataluña y Castilla y León sin haberse analizado unos resultados que, a la postre, resultaron ser muy buenos², y su mantenimiento en Castilla-La Mancha y Madrid y el posterior reinicio en Andalucía. Para complicar más la situación, la futura supresión de un servicio de cirugía cardíaca en el País Vasco en un centro donde se realiza TAVI puede volver esta situación aún más enrevesada. Aunque parte de esta variabilidad puede ser por la fragmentación del sistema sanitario, no todo el origen está ahí. Las razones esgrimidas hasta ahora han sido la potencial resolución de complicaciones con la cirugía cardíaca en el centro y la reciente denegación de la reapertura de 2 centros en Cataluña, no por la potencial protección de la cirugía, sino con el argumento de que la decisión sea tomada por el equipo cardiológico.

Si una especialidad puede presumir de evidencia científica es la cardiología, y disponemos de datos muy sólidos del registro AQUA con 17.979 pacientes³, sin diferencias significativas de mortalidad entre los centros con y sin cirugía; estos resultados se confirman con 1.822 casos en Austria y 384 procedimientos en España². Más aún, en 2 registros con 27.760 pacientes en Europa⁴ y 47.546 norteamericanos⁵, la tasa de conversión a cirugía urgente fue del 0,76% en el primero y el 1,17% en el segundo, con disminución gradual a lo largo de los años. Además, muchos de estos procedimientos se realizaron con diseños antiguos, y en ambos registros la mitad de los pocos pacientes que requirieron cirugía no sobrevivieron al ingreso.

Por otra parte, la argumentación sobre la conveniencia de la toma de decisiones por el equipo cardiológico es muy acertada, pero las sesiones médico-quirúrgicas llevan realizándose en centros sin cirugía desde hace años, ya sean presenciales o con las numerosas opciones no presenciales existentes en la actualidad. Dicho esto, la recomendación también debe ser para la cardiopatía isquémica, y por ello debería implementarse en los centros en los que no se está haciendo⁶.

Queremos poner de manifiesto la relevancia de las consecuencias colaterales de la situación actual. Por una parte, se limita el acceso del paciente, con el consiguiente aumento de mortalidad⁷. En segundo lugar, la Sociedad Española de Cardiología debería concienciarse de la limitación del desarrollo profesional de muchos intervencionistas y también de los servicios de cardiología, pues la imagen avanzada no se desarrolla y se merma la financiación de origen privado para instalaciones de tomografía computarizada, hecho crucial dada el limitado acceso de los pacientes de cardiología. Esto ha motivado fuga de profesionales de sólida formación a otros centros. En tercer lugar, la Sociedad Española de Cardiología también debería valorar si es realista afrontar la

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.09.017>

demanda exponencial solo con las cirugías cardíacas en el centro, y si no es posible, prever cuál va a ser el escenario para responder a dicha demanda, pues puede finalmente no pasar totalmente por cardiología.

Por todo ello, dada la tradicional y sólida relación que existe entre las decisiones en cardiología y la evidencia clínica, y que avala el TAVI en centros sin cirugía, debe permitirse, como señala el grupo de trabajo¹, en centros sin cirugía con equipos de cardiología intervencionista y vascular experimentados con válvulas autoexpandibles repositionables en pacientes con alto riesgo.

Íñigo Lozano^{a,*}, Beatriz Vaquerizo^b, José Ramón Rumoroso^c y Moshen Mohandes^d

^aServicio de Cardiología, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

^bServicio de Cardiología, Hospital del Mar, Barcelona, España

^cServicio de Cardiología, Hospital de Galdakao, Galdakao, Vizcaya, España

^dServicio de Cardiología, Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: inigo.lozano@gmail.com (Í. Lozano).

On-line el 24 de enero 2020

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Quevedo P, Pan M, Moreno R, Pérez de Prado A. Scientific evidence versus expert opinion. Should we modify clinical practice guidelines? *Rev Esp Cardiol.* 2020;73:187–189.
2. Roa Garrido J, Jiménez Mazuecos J, Sigismondi A, et al. Transfemoral TAVR at hospitals without on-site cardiac surgery department in Spain: a multicenter registry. *JACC Cardiovasc Interv.* 2019;12:896–898.
3. Eggebrecht H, Bestehorn M, Haude M, et al. Outcomes of transfemoral transcatheter aortic valve implantation at hospitals with and without on-site cardiac surgery department: insights from the prospective German aortic valve replacement quality assurance registry (AQUA) in 17 919 patients. *Eur Heart J.* 2016;37:2240–2248.
4. Eggebrecht H, Vaquerizo B, Moris C, et al. Incidence and outcomes of emergent cardiac surgery during transfemoral transcatheter aortic valve implantation (TAVI): insights from the European Registry on Emergent Cardiac Surgery during TAVI (EuRECS-TAVI). *Eur Heart J.* 2018;39:676–684.
5. Pineda AM, Harrison JK, Kleiman NS, et al. Incidence and outcomes of surgical bailout during TAVR: insights from the STS/ACC TVT Registry. *JACC Cardiovasc Interv.* 2019;12:1751–1764.
6. Cid Álvarez AB, Rodríguez Leor O, Moreno R, Pérez de Prado A. Registro Español de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. XXVIII Informe Oficial de la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista de la Sociedad Española de Cardiología (1990-2018). *Rev Esp Cardiol.* 2019;72:1043–1053.
7. Elbaz-Greener G, Masih S, Fang J, et al. Temporal trends and clinical consequences of wait times for transcatheter aortic valve replacement. *Circulation.* 2018;138:483–493.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.12.014>
0300-8932/

© 2019 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.