

adultos jóvenes, y la mayor parte de los pacientes están asintomáticos. Por el contrario, la forma multicéntrica aparece en adultos mayores y habitualmente está asociada con la variedad de células plasmáticas, una enfermedad sistémica con adenopatías generalizadas, hepatoesplenomegalia, fiebre y sudoración nocturna, además de frecuentemente asociada con infección por el VIH².

El tratamiento de elección de la forma unicéntrica es quirúrgico, y la extirpación completa es curativa en la mayoría de los casos. Si la lesión no es completamente resecable, el pronóstico también es favorable con resección parcial, y el paciente puede permanecer asintomático durante años. Otras opciones terapéuticas incluyen embolización preoperatoria, radioterapia y quimioterapia. Hay poca experiencia con el uso de rituximab en la enfermedad de Castleman unicéntrica, aunque se han comunicado algunos casos que muestran resultados prometedores en pacientes con enfermedad irreseccable o con resección parcial. En la forma multicéntrica, la resección quirúrgica no es suficiente, y es necesario asociar tratamiento con radioterapia y quimioterapia³.

La enfermedad de Castleman es una entidad rara cuyo diagnóstico requiere un alto grado de sospecha, dada la ausencia de hallazgos clínicos o radiológicos específicos; el diagnóstico definitivo es anatomopatológico. Debería considerarse dentro del diagnóstico diferencial de cualquier masa mediastínica⁴.

Francisco J. Garcipérez de Vargas^{a,*}, Jorge Vega^a, Harberth Fernández^b, María V. Mogollón^a, Rosa Porro^a y José J. Gómez-Barrado^a

^aServicio de Cardiología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

^bServicio de Hematología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: fj.garci@hotmail.com (F.J. Garcipérez de Vargas).

On-line el 2 de diciembre de 2011

BIBLIOGRAFÍA

1. Keller AR, Hochholzer L, Castleman B. Hyaline-vascular and plasma-cell types of giant lymph node hyperplasia of the mediastinum and other locations. *Cancer*. 1972;29:670-83.
2. Wang SH, Ruan Z, Huang HL, Song KS. A rare case of Castleman disease presenting as pulmonary mass mimicking central pulmonary malignancy. *Chin Med J (Engl)*. 2009;122:990-1.
3. Bandera B, Ainsworth C, Shikle J, Rupard E, Roach M. Treatment of unicentric Castleman disease with neoadjuvant rituximab. *Chest*. 2010;138:1239-41.
4. Regal MA, Aljehani YM, Bousbait H. Primary mediastinal Castleman's disease. *Rare Tumors*. 2010;2:e11.

doi: 10.1016/j.recesp.2011.09.015

Seguridad y eficacia del *stent* capturador de células progenitoras de endotelio en el infarto agudo de miocardio con elevación del ST. Estudio GENIA

Safety and Efficacy of Endothelial Progenitor Cell Capture Stent in ST-Elevation Acute Myocardial Infarction. GENIA Study

Sra. Editora:

El *stent* Genous[®] (OrbusNeich, Fort Lauderdale, Florida, Estados Unidos) es de acero inoxidable con un recubrimiento de anticuerpos murínicos monoclonales anti-CD34, un antígeno presente en la superficie de las células progenitoras de endotelio, gracias al cual atraen al torrente sanguíneo dichas células y las fijan a sus *struts*, lo que permite la formación de una capa de endotelio funcional precozmente en menos de 2 semanas¹. En un contexto clínico altamente protrombótico como es el caso del infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST), al favorecerse la rápida endotelización del *stent*, hipotéticamente podría reducirse el riesgo de trombosis y la necesidad de nueva revascularización del vaso tratado (TVR).

El objetivo de nuestro estudio es evaluar la seguridad y la eficacia del *stent* Genous[®] en pacientes con IAMCEST sometidos a angioplastia primaria.

Se trata de un estudio observacional y prospectivo realizado entre junio de 2008 y julio 2010. Se incluyó a 139 pacientes consecutivos tratados mediante angioplastia primaria, a los que se implantó uno o más *stents* Genous[®]. Se excluyó del estudio a los pacientes que ingresaron en situación de *shock* cardiogénico, parada cardiaca recuperada y contraindicación formal para doble terapia antiagregante durante al menos 1 mes. El régimen de tratamiento antitrombótico y anticoagulante se realizó siguiendo las recomendaciones de las guías europeas para el manejo del infarto agudo de miocardio. Se dio seguimiento telefónico a todos los pacientes.

Se definió como muerte cardiaca las de causa cardiaca, desconocida o relacionada con el procedimiento. Se definió

reestenosis clínica como la presencia de clínica anginosa asociada a estenosis > 50% en el segmento cubierto por el *stent* y los 5 mm adyacentes a este.

Las características basales y las relacionadas con el procedimiento se resumen en las *tablas 1 y 2*.

Todos los pacientes recibieron doble terapia antiagregante. Su duración fue de 1 año en 88 pacientes (65,2%). El seguimiento medio fue de 538 ± 334,72 días; 5 pacientes fallecieron durante el seguimiento (3,6%), uno de ellos por causa no cardiaca en relación con una neoplasia gástrica a los 2 años de seguimiento (mortalidad cardiaca, 2,9%; mortalidad no cardiaca, 0,7%); 2 pacientes fallecieron súbitamente en su domicilio al año y a los 2 años de seguimiento, y 2 pacientes, durante el ingreso (1 por rotura cardiaca y 1 por *shock* cardiogénico y fallo multiorgánico).

Tabla 1

Características basales de los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST tratados con *stent* Genous[®]

| | |
|-------------------------------------|-------------|
| Edad (años) | 64 ± 13,5 |
| Varones | 104 (74,8) |
| Fumadores | 67 (58,2) |
| Hipertensión arterial | 69 (49,6) |
| Hiperlipemia | 66 (47,5) |
| Diabetes mellitus | 24 (17,3) |
| IAM previo | 13 (9,4) |
| Insuficiencia renal crónica | 10 (7,3) |
| Cirugía de revascularización previa | 1 (0,7) |
| ICP previo | 14 (10,1) |
| Tpl máxima (ng/ml) | 93,1 ± 87 |
| Enfermedad multivaso | 28 (20,1) |
| Fracción de eyección | 52,3 ± 10,8 |

IAM: infarto agudo de miocardio; ICP: intervencionismo coronario percutáneo; Tpl: troponina I.

Los datos expresan media ± desviación estándar o n (%).

Tabla 2

Características relacionadas con el procedimiento

| | |
|-----------------------------------|------------|
| Acceso radial | 124 (89,2) |
| Arteria origen del infarto | |
| Descendente anterior | 52 (37,4) |
| Coronaria derecha | 66 (47,5) |
| Circunfleja | 20 (14,4) |
| TIMI basal | |
| TIMI 0-1 | 115 (82,7) |
| TIMI 2-3 | 24 (17,3) |
| Longitud total de la lesión (mm) | 22,6 ± 8,7 |
| Número de stents por paciente | |
| 1 | 106 (76,3) |
| 2 | 28 (20,1) |
| 3 | 5 (3,6) |
| Diámetro máximo de la lesión (mm) | 3,1 ± 0,4 |
| Stent directo | 75 (54) |
| Aspiración de trombo | 80 (57,6) |
| TIMI final | |
| TIMI 3 | 134 (96,5) |
| TIMI 1-2 | 4 (3,6) |
| Sin reflujo | 9 (6,5) |
| Complicaciones angiográficas* | 18 (12,9) |

TIMI: trombolisis en el infarto de miocardio.

Los datos expresan media ± desviación estándar o n (%).

* Embolización distal, oclusión de rama lateral, disección o perforación.

Según los criterios del *Academic Research Consortium*, se produjeron dos trombosis definitivas durante el seguimiento (1,4%), una de ellas aguda durante el ingreso y la otra a los 7 meses de seguimiento, en un paciente que suspendió temporalmente la terapia antiagregante.

Se produjo reestenosis clínica en el 5% de los casos, y fue necesaria una nueva TVR en el 5,8% y de la lesión tratada (TLR) en 3,8%.

La angioplastia primaria es el tratamiento de elección en pacientes con IAMCEST. Sin embargo, la elección del tipo de *stent* es un tema controvertido ya que, si bien se ha demostrado que los *stents* liberadores de fármaco (SLF) reducen de manera efectiva la reestenosis, podrían retrasar el remodelado, lo que se ha relacionado con trombosis, especialmente en situaciones de alto riesgo como el IAMCEST². En el estudio realizado por Planas et al³, se observa un TLR del 8,6% en el grupo de pacientes tratados con SLF, superior a lo obtenido en nuestro estudio, lo que se puede relacionar con que a dichos pacientes se les realizó control angiográfico a los 6 y a los 12 meses, lo que podría aumentar la indicación de intervencionismo coronario.

Son pocos los estudios realizados con el *stent* Genous[®] en angioplastia primaria. En el registro realizado por Lee et al⁴, con 321 pacientes, se reporta trombosis definitiva en el 0,9% y una

mortalidad total del 5,8%. Lo más relevante de dicho estudio es que no se produjo un aumento del número de trombosis tardías pese a la utilización de doble terapia antiagregante durante 1 mes. Más recientemente, Low et al⁵, que realizaron seguimiento angiográfico a 95 pacientes a los 6 y los 12 meses, observaron una frecuencia de reestenosis binaria del 28% y una pérdida luminal de 0,82 mm, mayor que en nuestro estudio, lo que se puede relacionar con un aumento de la indicación de intervencionismo en pacientes con control angiográfico.

Si lo comparamos con otros dispositivos, en el contexto del IAMCEST destacamos el estudio realizado por Chong et al⁶, en el que el *stent* Genous[®] parece una alternativa comparable al *stent* convencional y SLF, sin diferencias significativas en cuanto a TVR e infarto de miocardio no fatal y eventos adversos cardíacos mayores a largo plazo⁶.

El *stent* Genous[®] aparece como una alternativa segura y eficaz en pacientes con IAMCEST, con baja tasa de trombosis y TLR, pero son necesarios más estudios comparativos con los dispositivos disponibles hasta la fecha.

Melisa Santas-Alvarez*, Diego Lopez-Otero, Ana B. Cid-Alvarez, Pablo Souto-Castro, Ramiro Trillo-Nouche y Jose R. Gonzalez-Juanatey

Departamento de Cardiología Intervencionista, Hospital Clínico de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: melisasantas@hotmail.com (M. Santas-Alvarez).

On-line el 5 de diciembre de 2011

BIBLIOGRAFÍA

- Mioglionico M, Patti G, D'Ambrosio A, Di Sciascio G. Percutaneous coronary intervention utilizing a new endothelial progenitor cells antibody-coated stent: A prospective single-centre registry in high-risk patients. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2008;71:600-4.
- Saia F, Lemos PA, Lee CH, Arampatzis CA, Hoyer A, Degertekin A, et al. Sirolimus-eluting stent implantation in ST-elevation acute myocardial infarction: a clinical an angiographic study. *Circulation.* 2003;108:1927-9.
- Planas-del Viejo AM, Pomar-Domingo F, Vilar-Herrero JV, Jacas-Osborn V, Nadal-Barangé M, Pérez-Fernández E. Resultados clínicos y angiográficos tardíos de *stents* liberadores de fármacos en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del ST. *Rev Esp Cardiol.* 2008;61:360-8.
- Lee YP, Tay E, Lee CH, Low A, Teo SG, Poh KK, et al. Endothelial progenitor cell capture stent implantation in patients with ST-segment elevation acute myocardial infarction: one year follow-up. *Eurointervention.* 2010;5:698-702.
- Low A, Lee CH, Teo SG, Chan M, Tay E, Lee YP, et al. Effectiveness and safety of the Genous endothelial progenitor cell-capture stent in acute ST-elevation myocardial infarction. *Am J Cardiol.* 2011;108:202-5.
- Chong E, Poh KK, Liang S, Lee RCH, Low A, Teo S-G, et al. Two-year clinical registry follow-up endothelial progenitor cell capture stent versus sirolimus-eluting bioabsorbable polymer-coated stent versus bare metal stent in patients undergoing primary percutaneous coronary intervention for ST elevation myocardial infarction. *J Interv Cardiol.* 2010;23:101-8.

doi: 10.1016/j.recesp.2011.09.019

Ordenación terminológica sobre macrodislocación de electrodos de dispositivos cardíacos electrónicos implantables

Terminology Management for Implantable Cardiac Electronic Device Lead Macro-Dislodgement

Sra. Editora:

El mal posicionamiento de electrodos de dispositivos cardíacos electrónicos implantables es muy infrecuente y en ocasiones

se descubre casualmente, aunque puede conllevar serias complicaciones¹. Sin embargo, la dislocación de electrodos inicialmente posicionados de forma correcta es una entidad frecuente y fuente significativa de complicaciones clínicas para los pacientes portadores de estos dispositivos. Puede ser un hallazgo casual y asintomático en determinados pacientes, pero en otros puede originar una amplia gama de problemas clínicos. Entre ellos, la estimulación extracardiaca, terapias inapropiadas en portadores de desfibriladores automáticos, síncope e insuficiencia cardíaca por pérdida de resincronización cardíaca en