

Tratamiento médico óptimo: ¿es la peor opción en la enfermedad coronaria multivaso?

Respuesta



Optimal Medical Treatment: Is It the Worst Option in Multivessel Coronary Disease? Response

Sra. Editora:

Queremos agradecer al Dr. Morales Salinas sus comentarios a nuestro artículo sobre la toma de decisión a la hora de elegir entre la intervención coronaria percutánea y la cirugía de revascularización en la enfermedad coronaria multivaso, recientemente publicado en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA¹. El autor reflexiona sobre la opción del tratamiento médico óptimo (TMO) para abordar la enfermedad coronaria multivaso, en comparación con las estrategias de revascularización aceptadas en forma de cirugía de revascularización aortocoronaria y de intervención coronaria percutánea.

Estamos de acuerdo con el autor en que el TMO ciertamente desempeña un papel en el tratamiento del paciente con enfermedad coronaria, pero no debemos pasar por alto el papel crucial de la revascularización. De hecho, la propia guía europea de práctica clínica sobre la cardiopatía isquémica estable citada por el autor, afirma que «el TMO no debería considerarse un enfoque alternativo, sino un abordaje sinérgico con el de la revascularización»².

Se acepta que el TMO, utilizado solo, puede ser apropiado en presencia de una carga isquémica baja; sin embargo, debemos resaltar que la revascularización en los subgrupos de riesgo más alto, mediante una u otra estrategia, ha obtenido un efecto beneficioso inferior en lo que respecta a la mortalidad. Es de destacar que en el estudio MASS II se demostró una reducción significativa de las tasas de infarto de miocardio a los 10 años, con una tendencia a una mortalidad más baja con la revascularización en comparación con el TMO³. Otros estudios contemporáneos han mostrado unos resultados favorables similares en pacientes con una carga isquémica importante (ensayos SWISSI⁴ y ACIP⁵). Más recientemente, el estudio FAME-2 ha confirmado una mejoría significativa de los resultados clínicos con la intervención coronaria percutánea combinada con TMO, en comparación con el TMO utilizado solo⁶.

Aceptamos que la proporción de injertos arteriales puede ser más alta en esos estudios que en la práctica clínica real, tal como sugiere el autor. Sin embargo, esto se ve contrarrestado por la dificultad de aplicar el TMO en la práctica clínica diaria, que es algo que debe tenerse en cuenta. De hecho, en la guía se afirma: «Se requieren enorme esfuerzo, dedicación, cambio cultural y compromiso para que los beneficios observados en estudios aleatorizados se manifiesten en la práctica real»². Los pacientes pueden no cumplir plenamente el tratamiento diario y, por tanto, puede que no obtengan el efecto beneficioso pleno que se ha evidenciado en los estudios clínicos.

Además, tal como comenta el autor, el tratamiento farmacológico para la enfermedad coronaria ha tenido un notable desarrollo; sin embargo, es importante señalar que también lo han tenido las tecnologías de revascularización. En conclusión, estamos de acuerdo en la importancia del TMO en el paciente con enfermedad coronaria; sin embargo, su uso debe ir asociado a la consideración de una posible revascularización si el médico responsable del tratamiento cree que es apropiado. Futuros estudios podrán aportar una mayor perspectiva respecto a este debate. Por ejemplo, el ensayo ISCHEMIA está realizando actualmente la asignación aleatoria de 8.000 pacientes con isquemia moderada a revascularización más TMO frente a TMO solo, reservando la revascularización para los pacientes en los que se produce un fallo del tratamiento; el objetivo principal es el tiempo transcurrido hasta la muerte de causa cardiovascular o el infarto de miocardio no mortal.

Gill Louise Buchanan^a, Gennaro Giustino^b y Alaide Chieffo^{b,*}

^aDepartment of Cardiology, North Cumbria University NHS Trust, Carlisle, Reino Unido

^bInterventional Cardiology Unit, San Raffaele Scientific Hospital, Milán, Italia

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: chieffo.alaide@hsr.it (A. Chieffo).

On-line el 7 de noviembre de 2014

BIBLIOGRAFÍA

1. Buchanan GL, Giustino G, Chieffo A. Decision making between percutaneous coronary intervention or bypass surgery in multi-vessel coronary disease. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:428-31.
2. Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, Andreotti F, Arden C, Budaj A, et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2013;34:2949-3003.
3. Hueb W, Soares PR, Gersh BJ, Cesar LA, Luz PL, Puig LB, et al. The medicine, angioplasty, or surgery study (MASS-II): a randomized, controlled clinical trial of three therapeutic strategies for multivessel coronary artery disease: one-year results. *J Am Coll Cardiol*. 2004;43:1743-51.
4. Erne P, Schoenenberger AW, Burckhardt D, Zuber M, Kiowski W, Buser PT, et al. Effects of percutaneous coronary interventions in silent ischemia after myocardial infarction: the SWISSI II randomized controlled trial. *JAMA*. 2007;297:1985-91.
5. Davies RF, Goldberg AD, Forman S, Pepine CJ, Knatterud GL, Geller N, et al. Asymptomatic Cardiac Ischemia Pilot (ACIP) study two-year follow-up: outcomes of patients randomized to initial strategies of medical therapy versus revascularization. *Circulation*. 1997;95:2037-43.
6. De Bruyne B, Pijls NH, Kalesan B, Barbato E, Tonino PA, Piroth Z, et al. Fractional flow reserve-guided PCI versus medical therapy in stable coronary disease. *N Engl J Med*. 2012;367:991-1001.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.07.002>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.08.008>