

Selección de lo mejor del año 2017 en cardiología clínica. Novedades terapéuticas



Selection of the Best of 2017 in Clinical Cardiology. Therapeutic Novelties

Sr. Editor:

En el último año han surgido importantes novedades terapéuticas en el campo de la cardiología clínica; aunque numerosas, nos vamos a centrar en 3 campos muy relevantes para nuestro quehacer diario: diabetes, cardiopatía isquémica y fibrilación auricular no valvular (FANV), y dislipemia.

En los últimos años se está viviendo una verdadera revolución en la atención al paciente diabético. Hasta hace una década, se sabía que el tratamiento antidiabético era eficaz para reducir la glucohemoglobina (HbA_{1c}) hasta los valores recomendados y que esto se asociaba con reducciones de las complicaciones microvasculares, pero no quedaba tan claro el beneficio en las complicaciones macrovasculares, entre ellas, el infarto de miocardio. Es más, el tratamiento antidiabético intensivo podría ser perjudicial para determinados pacientes frágiles, como los ancianos, o con más tiempo de evolución de la diabetes o más comorbilidades. Además, surgieron dudas acerca de la seguridad cardiovascular de algunos fármacos antidiabéticos. Desde entonces se exige que, para que se pueda autorizar un fármaco antidiabético, se demuestre su seguridad cardiovascular. Y esto fue lo que ocurrió con los inhibidores de la dipeptidilpeptidasa-4, de los que se demostró que en general no aumentan el riesgo cardiovascular. Sin embargo, a raíz del estudio EMPA-REG OUTCOME¹, en el que el tratamiento con empaglifozina se asoció con una reducción de los eventos cardiovasculares, el paradigma ha cambiado. Ya no se trata de que no sean perjudiciales para el sistema cardiovascular, sino que sean beneficiosos. Uno de los últimos ensayos clínicos publicados es el CANVAS², en el que también se ha demostrado que la canaglifozina reduce los eventos cardiovasculares, si bien el riesgo de amputaciones aumenta. En cualquier caso, se está ante un nuevo planteamiento del tratamiento de la diabetes. Se debe ir más allá de la reducción de la HbA_{1c}. El tratamiento antidiabético también debe reducir los eventos cardiovasculares.

Hasta ahora, ante un paciente con FANV e indicación de anticoagulación al que se implantaba un *stent*, se instauraba un tratamiento con triple terapia antitrombótica mediante antagonistas de la vitamina K (AVK), ácido acetilsalicílico y clopidogrel, con una duración que dependía del tipo de *stent* (principalmente metálico o farmacoactivo) y del contexto clínico (síndrome coronario agudo o angina estable). El problema es que, aunque esta terapia resulta eficaz para reducir el riesgo tanto de ictus como de trombosis del *stent*, esta estrategia se asocia con alto riesgo hemorrágico. Sin embargo, estudios como el PIONEER AF-PCI³ con rivaroxabán y el RE-DUAL PCI⁴ con dabigatrán van a cambiar la práctica clínica en los próximos años. En ambos casos, el tratamiento antitrombótico doble (rivaroxabán 15 mg – 10 mg en caso de aclaramiento de creatinina 30–50 ml/min – más un inhibidor del P2Y₁₂ en el caso del PIONEER AF-PCI; dabigatrán 110 o 150 mg – 110 mg para los de 80 o más años fuera de Estados Unidos/70 o más años en Japón – más un inhibidor del P2Y₁₂ en el RE-DUAL PCI) se asoció con menor riesgo hemorrágico en comparación con la triple terapia, sin aumentar el riesgo de nuevas complicaciones tromboembólicas. Estos estudios indican que, ante un paciente con FA e indicación de anticoagulación al que se acaba de implantar un *stent*, se debería emplear la doble terapia antitrombótica con un anticoagulante oral, preferiblemente uno de acción directa, por sus ventajas frente a los AVK, y un inhibidor del P2Y₁₂, en lugar de la clásica terapia triple antitrombótica.

Los inhibidores de la PCSK9 son una de las novedades más relevantes de los últimos años en el tratamiento de los pacientes con dislipemia. Han supuesto un cambio en la práctica clínica del cardiólogo. No solo se dispone de fármacos que se administran por vía oral, sino que ahora también hay anticuerpos de administración subcutánea. En conjunto, disminuyen drásticamente el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL). Pero no ha sido hasta la publicación del estudio FOURIER cuando se ha demostrado, en este caso con evolocumab, una reducción de los eventos cardiovasculares en pacientes en alto riesgo⁵. En breve se dispondrá de los resultados del estudio ODYSSEY (NCT02715726) con alirocumab, que sin duda ayudarán a afianzar el empleo de los inhibidores de la PCSK9 en el arsenal terapéutico hipolipemiante. Por otra parte, es posible que en los pacientes en mayor riesgo se reduzcan aún más los objetivos de cLDL. Así, en un subestudio del FOURIER se han observado beneficios cardiovasculares cuando se lograban cifras de cLDL muy bajas (incluso < 10 mg/dl) sin un aumento de efectos secundarios⁶. Para finalizar, se ha demostrado que el anacetrapib, el último inhibidor de la proteína de transferencia de ésteres de colesterol (CETP) que quedaba en estudio, reduce los eventos cardiovasculares en pacientes con un evento previo y concentraciones de cLDL muy bajas.

Carlos Escobar^{a,*}, Juan Cosin-Sales^b, Vivencio Barrios^c, Marisol Bravo^d, Adriana Saltijeral^e y Martín Ruiz-Ortiz^f

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^bServicio de Cardiología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

^cServicio de Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá, Madrid, España

^dServicio de Cardiología, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra, España

^eServicio de Cardiología, Hospital Universitario del Tajo, Madrid, España

^fServicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: escobar_cervantes_carlos@hotmail.com (C. Escobar).

On-line el 31 de octubre de 2017

BIBLIOGRAFÍA

1. Zinman B, Wanner C, Lachin JM, et al. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2015;373:2117–2128.
2. Neal B, Perkovic V, Mahaffey KW, et al. Canagliflozin and cardiovascular and renal events in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2017;377:644–657.
3. Gibson CM, Mehran R, Bode C, et al. Prevention of bleeding in patients with atrial fibrillation undergoing PCI. *N Engl J Med*. 2016;375:2423–2434.
4. Cannon CP, Bhatt DL, Oldgren J, et al. Dual antithrombotic therapy with dabigatran after PCI in atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1708454>. Consultado 27 Ago 2017.
5. Sabatine MS, Giugliano RP, Keech AC, et al. Evolocumab and clinical outcomes in patients with cardiovascular disease. *N Engl J Med*. 2017;376:1713–1722.
6. Giugliano RP, Pedersen TR, Park JG, et al. Clinical efficacy and safety of achieving very low LDL-cholesterol concentrations with the PCSK9 inhibitor evolocumab: a pre-specified secondary analysis of the FOURIER trial. *Lancet*. 2017. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32290-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32290-0). Consultado 25 Ago 2017.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2017.09.016>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2017.09.017>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2017.09.018>

0300-8932/

© 2017 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.