

## Cartas al Editor

**Tratamiento médico óptimo: ¿es la peor opción en la enfermedad coronaria multivascular?****Optimal Medical Treatment: Is It the Worst Option in Multivessel Coronary Disease?****Sra. Editora:**

He leído con interés el editorial de Buchanan et al, en el que se compara con acierto las estrategias de revascularización en la intervención coronaria percutánea frente a la cirugía de revascularización aortocoronaria en la enfermedad coronaria multivascular (ECM)<sup>1</sup>. Sin embargo, en ese trabajo se aborda de manera superficial el valor de la estrategia de solo tratamiento médico óptimo (TMO), lo cual puede generar confusión en los no expertos en el tema, por lo que consideramos necesario realizar las siguientes observaciones.

En primer lugar, Buchanan et al señalan que la cirugía de revascularización aortocoronaria es el tratamiento estándar de referencia para los pacientes con ECM<sup>1</sup>. Sin embargo, es imposible generalizar estrategias, pues los pacientes con ECM constituyen un grupo muy heterogéneo. La Guía Europea de Cardiopatía Isquémica Estable plantea que «en caso de que no se espere un beneficio pronóstico de la revascularización (isquemia < 10% del ventrículo izquierdo) o que la revascularización sea técnicamente imposible o muy compleja o que conlleve un riesgo alto, el paciente debe permanecer en TMO»<sup>2</sup>. Esta afirmación está avalada por los resultados de ensayos clínicos que no demostraron diferencias entre el TMO y la revascularización en los subgrupos de bajo riesgo del COURAGE<sup>3</sup>, el BARI-2D<sup>4</sup> y el FAME-2<sup>5</sup> ni en el subgrupo de alto riesgo con análisis de viabilidad de STICH<sup>6</sup>. Es decir, el TMO puede ser la mejor opción en las categorías extremas de riesgo de la ECM.

En segundo lugar, Buchanan et al sustentan la superioridad de la cirugía de revascularización aortocoronaria sobre el TMO en un metanálisis de 1994 que analizó estudios del periodo 1972-1984, cuando no se contaba con las modernas alternativas farmacológicas actuales<sup>1</sup>. Después de ese metanálisis, se publicaron los resultados «negativos» de ensayos clínicos como el BARI-2D<sup>4</sup> y el STICH<sup>6</sup>.

En el BARI-2D<sup>4</sup> y el STICH<sup>6</sup> puede haber otras sutilezas, pues hay subanálisis que han mostrado ventajas de la cirugía de revascularización aortocoronaria sobre la alternativa de solo TMO; sin embargo, los porcentajes de injertos arteriales utilizados en esos ensayos clínicos podrían distar mucho del mundo real, donde la inmensa mayoría de los injertos de revascularización coronaria, a excepción de arteria mamaria interna a descendente anterior, se realizan con vena safena<sup>2</sup>. Mientras que la permeabilidad a los 10 años de la arteria mamaria interna se estima en un 88%, la del injerto venoso puede ser de solo un 25%<sup>2</sup>.

Otro aspecto que resaltar es que, cuando no se ha realizado un periodo de TMO adecuado, se debe ser más conservador a la hora de tomar decisiones sobre la revascularización<sup>2</sup>. ¿Qué proporción de pacientes están en TMO antes de la revascularización?

En el BARI-2D, el COURAGE y el FREEDOM, los pacientes diabéticos que al año no eran fumadores y que además habían alcanzado las metas terapéuticas de glucohemoglobina, lipoproteínas de baja densidad y presión arterial sistólica eran solo el 23, el 18 y el 8% respectivamente<sup>7</sup>. De estas evidencias se puede inferir que en ningún ensayo clínico sobre cardiopatía isquémica estable se ha alcanzado siquiera un cuarto de las potencialidades del tratamiento médico.

La definición de TMO debe incluir el control de los factores de riesgo cardiovascular, y no solo el uso de fármacos cardioprotectores, lo cual puede disminuir la prevalencia de angina refractaria y la necesidad de revascularización.

En estudios poblacionales, se ha demostrado que más del 50% de la reducción de la mortalidad cardiovascular observada en los últimos años depende del control de los factores de riesgo y las mejoras en el tratamiento farmacológico<sup>8</sup>.

Hay otras razones para defender el TMO en la cardiopatía isquémica estable: la regresión de la placa de ateroma, la arteriogénesis y la circulación colateral pueden ser inducidas por el TMO, etcétera.

En conclusión, el TMO puede ser la mejor opción en las categorías extremas de riesgo, generalmente los pacientes con ECM van a la revascularización sin control de los factores de riesgo, ningún ensayo clínico ha analizado adecuadamente el TMO y la definición de TMO debe modificarse.

A pesar de los avances en la revascularización<sup>1,9</sup>, hay muchos elementos a favor de la alternativa de solo TMO en el manejo inicial de los pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de ECM.

Alberto Morales Salinas

*Departamento de Docencia e Investigaciones, Cardiocentro «Ernesto Che Guevara», Santa Clara, Villa Clara, Cuba*

Correo electrónico: [cardioams@yahoo.es](mailto:cardioams@yahoo.es)

On-line el 7 de noviembre de 2014

**BIBLIOGRAFÍA**

- Buchanan GL, Giustino G, Chieffo A. Elección de intervención coronaria percutánea o *bypass* en la enfermedad coronaria multivascular. *Rev Esp Cardiol.* 2014;67:428-31.
- Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, Andreotti F, Arden C, Budaj A, et al. Guía de Práctica Clínica de la ESC 2013 sobre diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica estable. *Rev Esp Cardiol.* 2014;67:135. e1-e81.
- Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, Hartigan PM, Maron DJ, Kostuk WJ, et al. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med.* 2007;356:1503-16.
- Frye RL, August P, Brooks MM, Hardison RM, Kelsey SF, MacGregor JM, et al. A randomized trial of therapies for type 2 diabetes and coronary artery disease. *N Engl J Med.* 2009;360:2503-15.
- Hamilos M, Muller O, Cuisset T, Ntalianis A, Chlouverakis G, Sarno G, et al. Longterm clinical outcome after fractional flow reserve-guided treatment in patients with angiographically equivocal left main coronary artery stenosis. *Circulation.* 2009;120:1505-12.
- Bonow RO, Maurer G, Lee KL, Holly TA, Binkley PF, Desvigne-Nickens P, et al. Myocardial viability and survival in ischemic left ventricular dysfunction. *N Engl J Med.* 2011;364:1617-25.
- Farkouh ME, Boden WE, Bittner V, Muratov V, Hartigan P, Ogdie M, et al. Risk factor control for coronary artery disease secondary prevention in large randomized trials. *J Am Coll Cardiol.* 2013;61:1607-15.
- Vrints CJM. Mejora de la calidad de la asistencia en el infarto agudo de miocardio: es necesario prestar mayor atención al tratamiento médico óptimo a largo plazo y a la prevención secundaria. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65:401-2.
- Yamane M. Técnicas actuales de recanalización percutánea en la oclusión coronaria total crónica. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65:265-77.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.08.017>

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

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