

Archivos del Instituto de Cardiología de México

Volumen **70**
Volume

Número **1**
Number




Enero-Febrero **2000**
January-February

Artículo:




Lesión de tronco: ¿Territorio de la angioplastía?

Derechos reservados, Copyright © 2000:
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Medigraphic.com

LESIÓN DE TRONCO: ¿TERRITORIO DE LA ANGIOPLASTÍA?

Jorge Gaspar H.

Palabras clave: Lesión de tronco. Angioplastia coronaria. Stent.

Key words: Left main disease. Coronary angioplasty. Stent.

LA EVOLUCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA LESIÓN DE TRONCO

En 1976 se demostró que comparado con tratamiento médico, la cirugía en pacientes con lesión de tronco se asocia a una reducción de 45% en la mortalidad a 5 años (36% vs 20%).¹ Esta es la base para la indicación precisa de cirugía en pacientes con obstrucción de tronco.

En 1978 Gruentzig publicó sus primeros resultados de angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) en 5 pacientes, todas exitosas; uno de ellos tenía lesión de tronco.² Sin embargo, a pesar de la subsecuente publicación de casos aislados de ACTP en lesión de tronco, pronto se hizo aparente que a pesar de ser técnicamente factible, el riesgo al que se sometía al paciente en caso de que llegara a ocurrir disección o amenaza de cierre agudo, era inadmisibles. Además, se identificó una elevada mortalidad, generalmente en forma de muerte súbita, en los primeros meses subsecuentes al procedimiento en varios pacientes.³ La opción de ACTP para lesión de tronco quedó prácticamente eliminada con la publicación de los resultados del experimentado grupo del Mid America Heart Institute en 127 procedimientos (117 electivos y 10 en infarto agudo del miocardio): a pesar de un éxito técnico de 94%, la mortalidad con el procedimiento del grupo electivo fue 4.3% (2.4% en tronco protegido y 9.1% en tronco no protegido) en tanto que la sobrevida a 3 años fue de 90% para los casos de tronco protegido y tan sólo 30% para los de tronco no protegido.⁴ De esta manera la ACTP para lesión de tronco quedó re-

servada únicamente para aquellos pacientes en los que la cirugía tenía contraindicación absoluta.

Cinco años después de la primera colocación de stent en humano, Macaya publicó 3 casos de ACTP de tronco complementada con stent.⁵ Otros cinco años después, Ellis publicó la experiencia de ACTP en lesión de tronco en un total de 107 pacientes tratados en 16 centros entre 1994 y 1997 (al 50% se les colocó stent).⁶ En los casos electivos, el éxito fue 98.9% aunque con una mortalidad hospitalaria de 11%, reestenosis a cuatro meses de 22% y mortalidad a un año de 27.4%. Aunque se trató de un grupo altamente heterogéneo se identificó que aquellos pacientes con adecuada función ventricular tenían mejor pronóstico: en aquéllos con FE > 40% la sobrevida hospitalaria fue de 98% y la sobrevida a nueve meses sin eventos coronarios (angina, necesidad de re-revascularización, infarto o muerte) de $86 \pm 5\%$ cuando en los que tuvieron FE < 40% la sobrevida hospitalaria fue de 67% y la libertad de eventos a nueve meses de $22 \pm 12\%$. Otro aspecto importante fue que se identificó a la lesión ostial de tronco como otra variable predictiva de riesgo incrementado para complicaciones y reestenosis. También, se identificó una tendencia para menor reestenosis en los pacientes a los cuales se efectuó remoción de placa con aterectomía direccional (realizada en sólo 24% de los pacientes).

El estado actual de la angioplastia en lesión de tronco

Quizás el trabajo más revelador sobre el estado actual de angioplastia en tronco es el de Park, quien

Jefe del Departamento de Hemodinámica. Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez". (INCICH. Juan Badiano No. 1, Col. Sección XVI, 14080, México, D.F.).

Aceptado: 9 de diciembre de 1999.

publicó los resultados en 42 pacientes con fracción de expulsión > 40% y tratados todos con balón y stent.⁷ En este grupo seleccionado, el éxito angiográfico fue de 100%, con 0% de mortalidad hospitalaria. En el seguimiento clínico (en el 100% de los pacientes) hubo recurrencia clínica de angina en 17% en tanto que en el seguimiento angiográfico (94% del total) la reestenosis fue del 22%, la mayoría presente a los dos meses. Hubo una muerte en el postoperatorio de un paciente con reestenosis que fue sometido a revascularización coronaria.

¿DEBE CAMBIAR NUESTRA CONDUCTA TERAPÉUTICA EN LA LESIÓN DE TRONCO?

Las publicaciones de la experiencia de angioplastia en lesión de tronco por parte de diferentes centros como la de Farell y colaboradores en este número, confirman por un lado el índice alto de éxito técnico y la progresiva mejoría en la evolución post procedimiento en estos enfermos. Sin duda en esto ha influido el advenimiento del stent y el concepto de su empleo óptimo (ausencia de obstrucción residual y empleo de presión alta o confirmación por ultrasonido intracoronario de la aposición correcta del metal a la pared del vaso). Los resultados obtenidos por Park sitúan a la angioplastia en el umbral de constituirse en una alternativa viable, éticamente correcta, a la opción quirúrgica. Esto es, que dejará de estar limitada únicamente a los pacientes en quienes actualmente tienen indicación aceptada: el enfermo con contraindicación para cirugía, el

que rechaza cirugía a pesar de haber sido correctamente informado de la preferencia por este procedimiento y cuando es la lesión culpable de infarto agudo del miocardio en donde la ACTP sirve para rescate agudo como puente a la solución quirúrgica definitiva. Sin embargo, para cruzar este umbral con responsabilidad se debe destacar que por el momento se debe limitar a su realización por operadores experimentados y en el paciente con buena función ventricular y con lesión técnicamente no compleja. Además, se deberá ser estricto en obtener un resultado óptimo, con empleo obligado de stent y como *sine qua non* se debe contemplar en el manejo la realización de angiografía control a las 6-8 semanas post angioplastia.

La extensión de la indicación de ACTP en pacientes fuera de este grupo cuidadosamente seleccionado deberá ser explorado por estudios con protocolos precisos para definir, a) el efecto de la remoción de placa o el empleo de balón-navaja ("cutting balloon") sobre la tasa de reestenosis, b) la influencia en los resultados de la presentación angiográfica de situaciones más complejas a la lesión en el cuerpo del tronco (bifurcación del tronco y localización ostial), c) el efecto de lesiones en otros vasos sobre la evolución clínica, d) el efecto aún no reportado en estos pacientes del empleo de inhibidores IIb/IIIa en la morbilidad y sobrevida intrahospitalaria. Mientras no se cuente con esta información el tratamiento electivo de la lesión de tronco salvo la excepción de casos altamente seleccionados, sigue siendo territorio de la revascularización quirúrgica.⁸

REFERENCIAS

1. TAKARO T, HULTGREN HN, LIPTON MJ, DETRE KM, FOR PARTICIPANTS IN THE STUDY GROUP: *The VA cooperative randomized study of surgery for coronary arterial occlusive disease, II: subgroup with significant left main lesions.* Circulation 1976; 54:III-107-III-117.
2. GRUENTZIG AR: *Transluminal dilatation of coronary artery stenosis.* Lancet 1978; 1:263.
3. GRUENTZIG AR, SENNING A, SIEGENTHALER WE: *Nonoperative dilatation of coronary-artery stenosis.* N Engl J Med 1979; 30:61-67.
4. JAMES H, O'KEEFE, GEOFFREY O HARTZLER, BARRY D RUTHERFORD, DAVID R MCCONAHAY, WARREN L JOHNSON, LEE V GIORGI, ROBERT W LIGON: *Left main coronary angioplasty: early and late results of 127 acute and elective procedures.* Am J Cardiol 1989; 64:144-147.
5. MACAYA C, ALFONSO F, INIGUEZ A, GOICOLEA J, HERNÁNDEZ R, ZARCO P: *Stenting for elastic recoil during coronary angioplasty of the left main coronary artery.* Am J Cardiol 1992; 70:105-107.
6. STEPHEN G ELLIS, HIDEO TAMAI, MASAKIYO NOBUYOSHI, KUNHIKO KOSUGA, ANTONIO COLOMBO, DAVID R HOLMES, ET AL: *Contemporary percutaneous treatment of unprotected left main coronary stenoses.* Circulation 1997; 96:3867-3872.
7. SEUNG-JUNG PARK, SEONG-WOOK PARK, MYEONG-KI HONG, SANG-SIG CHEONG, CHEOL WHAN LEE, JAE-JOONG KIM, ET AL: *Stenting of unprotected left main coronary artery stenoses: immediate and late outcomes.* J Am Coll Cardiol 1998; 31:37-42.
8. EAGLE KA, GUYTON RA, DAVIDOFF R, EWY GA, FONGER J, GARDNER TJ, ET AL: *ACC/AHA Guidelines for Coronary Artery Bypass Graft Surgery: Executive Summary and Recommendations.* Circulation 1999; 100:1464-1480.