

# Mujer de 65 años, asintomática, panvascular - 2012

Dr. Carlos Rodríguez Artuza

Pregunto al Foro: ¿Qué hacer en una paciente de 65 años, asintomática desde el punto de vista cerebrovascular, que tenga FA, diabetes, HTA y está anticoagulada; se le realizó coronariografía y estudio de carótidas en un solo procedimiento presentando lesiones de 90% en ambos territorios e indicación de revascularización, ¿lesión de 3 vasos?

R1: ¿Cirugía + endarterectomía?

R2: ¿Cirugía + stent?.

R3: ¿Cirugía + tratamiento médico y control de los factores de riesgo?

Carlos Rodriguez

Maracaibo – Venezuela

---

## OPINIONES DE COLEGAS

A mejor estrategia es stent farmacológico nas coronarias os posibles e deixar para um segundo tempo as carótidas.

A chance de dar problema pela obstrucao carotidea es menor que dar AVC por a FA.

¿Porque stent e nao cirurgia? sendo mulher a complcaicoes com a cirurgia sao maiores.

En este momento estoy trabajando com o colega Manuel Cano sin duda la persona de mayor experiencia en tratamiento de carótidas ostruidas e comentamos seu caso en quanto ele inyecta contraste numa coronaria eu estou realizando VCG en tempo real

Andrés R. Pérez Riera

---

A la pregunta del Dr. Carlos Rodríguez

Este es un caso complicado, pero antes hay que establecer bien la anatomía coronaria Cuando uno se refiere a 3 vasos obstruidos, ¿qué significa anatómicamente?

¿Los 3 vasos mayores con obstrucciones severas o un vaso obstruido y en los otros únicamente las ramas secundaris obstruidas? El pronóstico es diferente entre estos 3 vasos obstruidos.

Si tiene los 3 vasos mayores obstruidos, y es asintomática con ECG normal y fracción de eyección por encima de 50 %, entonces debe tener una circulación colateral muy profusa adecuada, y madura. (Madura es cuando estos vasos tienen media (en este caso no tocarla, porque el paciente está bien protegido (yo he seguido este grupo de pacientes con mas de 20 años de supervivencia, y tienen la evolución como pacientes operados)

Al contrario cuando se hace bypass en estos pacientes, se cierra la circulación colateral y se desarrolla lo que denomino *dilatación cardíaca después de CABG*.

Con respecto si es sintomático, y debido que es una paciente polivascular, recomendaría , cirugía out pump, cirugía pequeña transtorácica, que es muy eficiente en estos casos, subclavia a AD únicamente.

Con un abrazo fraternal

Samuel Sclarovsky

---

Se realizaría endarterectomía por etapas, comenzando por la lesión más leve de las carótidas e implantando un stent.

Una vez solucionado este problema de irrigación vascular, se plantearía la cirugía de revascularización (3 by pass ao-co), ya que es una paciente joven, DM + FA crónica + HTA y que probablemente manifieste su clínica coronaria en forma de insuficiencia cardíaca..

Saludos,

Dr. Oswald Londono

Barcelona

---

Estimados colegas.

Valen las otras opciones, pero en lo personal apoyo el punto de vista de Samuel, es decir defendiendo el tratamiento médico óptimo si está asintomática.

Tengo una carta al editor sobre el tema en prensa en la RAC.

¡Hasta la victoria siempre, desde Cuba!

Alberto Morales

---

Yo elegiría la 4

R4: Primero endarterectomía luego cirugía.

Entiendo por lo que comentas que tiene enfermedad severa de ambas carótidas y las lesiones coronarias son proximales, con buenos lechos etc.

Los casos que he visto fueron de sexo masculino, primero se han operado una carótida, al tiempo la otra y tras un tiempo se realizó la revascularización miocárdica.

También se debería tener en cuenta si en tu hospital los cirujanos operan con o sin bomba, qué clínica cardíaca tiene la paciente, etc.

Un saludo

Diego Fernández

---

Respondiendo a Andrés, no da para implantar stent en coronarias, por eso es quirúrgico aquí, en Brasil, Alemania, Japón, Italia, etc; conocemos a Manuel Cano, yo trabajé en el Hospital del Corazón hace años en San Pablo con el Dr Pachon y en el Dante sabemos mucho de su habilidad,

Les cuento que colocaron 3 puentes coronarios, mamaria a DA, AO Coronaria derecha y AO MARGINAL, luego la sacaron a sala de hemodinamia y le implantaron un stent en carótida; la paciente está extubada, buenas condiciones, estable hemodinámicamente, sin déficit neurológico, aún sigue en FA con bloqueo de rama izquierda, me pareció una conducta rara ya que nunca vi eso.

Saludos.

Carlos Rodríguez Artuza

---

Estimado Dr. Carlos, a mí me parece que un paciente polivascular asintomático con 3 vasos epicardiales con obstrucciones críticas, es un problema que hay que pensarlo mucho. Usted no dijo si había o no circulación colateral profusa.

Justamente en Heart Journal del 5 de Marzo 2012 donde aparece este artículo *The impact of collateral circulation on mortality; meta analysis Pascal-Meier et al EHJ 33, 534, 2012*, donde está de acuerdo con mi análisis sobre este problema.

La aparición de bloqueo de rama izquierda, después de cambio de válvula aórtica es bastante frecuente, pero no en CABG.

Pero si el bloqueo es periférico, entonces es muy problemático este fenómeno.

Es importante seguir este caso con ecocardiograma porque a las 2 o 3 semanas puede aparecer *DILATATION AFTER CABG*.

Lo más característico de este cuadro es que el paciente es asintomático, pero los estudios de ergometría y eco de esfuerzo, o isotópicos de esfuerzo son desastrosos, y esto es por la isquemia subendocárdica, por la desaparición de la circulación colateral, que siempre es subendocárdica. Esta operación irriga muy bien el área epicárdica, pero no la subendocárdica.

Ud, no se si tiene razón que en Brasil, Japón es el mismo tratamiento; yo como jefe que fui en el Servicio de Cardiología del Centro Médico Rabin no mandaba a operar o hacerle angioplastia, pero estos pacientes yo mismo hacia el control, después de haber visto la evolución post CABG en pacientes previos.

No me tome por contraria, pero es mi propia experiencia de trabajar con miles de pacientes coronarios

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

La discusión está abierta

---

Prezado amigo Carlos, poderia fundamentar essa sua frase "No dá para implantar stent em coronárias"? ¿Em que elementos da medicina baseada em evidências você se apoia para suportar dito comentário?

Usted conhece as últimas evidências em pacientes triarteriais, (multivessel CAD) assintomáticas, do sexo feminino com concomitante obstrução de carótidas?

¿Que me diz das últimas evidências empregando os stents farmacológicos de nova geração tipo Everolimus-elutingstents (EES; Xience V)?

Lea Carlos estes trials e a seguir discutimos mas. Principalmente o último trial

SPIRIT IIA Clinical Evaluation of the XIENCE V Everolimus Eluting Coronary Stent System in the Treatment of Patients With de Novo Native Coronary Artery Lesions [1]; NCT00180310;

SPIRIT III: A Clinical Evaluation of the Investigational Device XIENCE V Everolimus Eluting Coronary Stent System [EECSS] in the Treatment of Subjects With de Novo Native Coronary Artery Lesions [SPIRIT III]; NCT00180479;

SPIRIT IV Clinical Trial: Clinical Evaluation of the XIENCE V Everolimus Eluting Coronary Stent System in the Treatment of Subjects With de Novo Native Coronary Artery Lesions [SPIRIT IV]; NCT00307047;

A Trial of Everolimus-Eluting Stents and Paclitaxel-Eluting Stents for Coronary Revascularization in Daily Practice: the COMPARE Trial [COMPARE]; NCT01016041

Kaul S, Diamond GA. Should everolimus-eluting stents be preferred in patients with acute and stable coronary syndromes?

JACC Cardiovasc Interv. 2011 Oct;4(10):1116-8.

Kim YG, Park DW, Lee WS, et al. Influence of Diabetes Mellitus on Long-Term (Five-Year) Outcomes of Drug-Eluting Stent and Coronary Artery Bypass Grafting for Multivessel Coronary Revascularization. Am J Cardiol. 2012 Mar 15. [Epub ahead of print]

Andrés

---

Hola Carlos. Buenos días.

¿Qué le parece sólo el tratamiento médico óptimo en este paciente?

Sabemos que no hay ensayos clínicos para todos los casos que enfrentamos en la práctica, no obstante hay que analizar las evidencias más aproximadas.

Según la guía europea de revascularización en las **Indicaciones para la revascularización en la angina estable o la isquemia silente:**

**\*de 2 o 3 vasos** con la función del VI afectada tiene una indicación **I B**, pero también señala que **Sin síntomas limitantes con TMO**, sería una indicación III C.

Por otra parte la enfermedad carótida aumenta el riesgo de AVE sobre todo con bomba.

Mientras que en el ensayo clínico BARI 2D, en el estrato quirúrgico, la supervivencia libre de MACCE fue significativamente más alta con CABG (77,6%) que con tratamiento médico aislado (69,5%;  $p = 0,01$ ); aunque no se encontraron diferencias significativas en la supervivencia total (el 86,4 frente al 83,6%;  $p = 0,33$ ).

Por último en este año se deben publicar los resultados del estudio FREEDOM, en el que los pacientes han sido tratados muy agresivamente desde el punto de vista médico, con un enfoque multidisciplinario dirigido a modificar de forma drástica los factores de riesgo.

Abrazo cordial desde Cuba

Alberto

Nota: en las indicaciones mencionadas no se señala nada sobre la enfermedad multivaso con FE conservada.

---

Gracias Alberto por tu respuesta

Andrés, cuando digo que no da para implantar stent, es porque la paciente tiene múltiples lesiones entres vasos, Descendente Anterior, Derecha y Marginal, la DA tiene lesión ostial, tercio medio y distal, no está ocluída, lesiones de 80 a 90% con IVUS, los otros ramos tienen lesiones difusas, ¿Ud. le implantaría 8 a 9 stents a un paciente, -le regreso la pregunta-?,

Confieso que no he leído esos trabajos, por curiosidad los leeré aún cuando no es mi ramo, la paciente estaba asintomática desde el punto de vista cerebrovascular, no ha tenido nunca ACV, fuè referida a mis cuidados luego de un edema agudo de pulmón con una crisis hipertensiva para evaluar el implante de TRC, en vista de que es mayor de 65 años, diabética, hipertensa con Bloqueo de rama izquierda, FA, fracción de eyección por

eco de 45% y ex fumadora decidí solicitar un cateterismo, el hemodinamista de nuestro grupo decidió durante el mismo procedimiento evaluar las carótidas, razón que no le puedo responder si es conducta del equipo en ese tipo de paciente que ellos deciden enviar a cirugía, yo realmente no soy experto en el tema de hemodinamia y carótidas, por eso trabajo en equipo y quise consultar con Uds. que son expertos, además confío en el grupo de trabajo, en la realidad lo que me pareció extraño fue el hecho de implantar stent y cirugía cardíaca casi en el mismo procedimiento, no obstante ya se que hay literatura el respecto.

Un abrazo y gracias por responder además de facilitarme esa literatura que con mucha honra leeré

Carlos Rodríguez Artuza.

---

No he leído los originales de esos trabajos referidos por el profesor Perez Riera. Pero hasta ahora la evidencia no favorecía al stent liberador de fármacos vs cirugía (Sinthax Trial Nejm 2009) y menos en diabéticos (estudios Bari I y II).

Un saludo

Diego Fernández

---

En resumen, lo que estos últimos trabajos concluyeron es que no existen diferencias en la evolución a largo plazo entre el abordaje con stents farmacológicos de última generación (Drug-Eluting Stents (DES) y la cirugía de revascularización CABG (coronary artery bypass graft surgery) en circunstancias como las presentadas: mujer, diabética asintomática com lesión de múltiples vasos.

No habiendo diferencias la tendencia lógica es optar por el abordaje menos invasivo.

**“In conclusion, there was no significant prognostic influence of diabetes on long-term treatment with DES or CABG in patients with multivessel CAD”.**

¿Comprende?

Andrés

---

