

Intervencionismo coronario percutáneo guiado por la reserva de flujo fraccional

Elena Sufrate Sorzano. Cardiología. Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja.

PALABRAS CLAVE: Reserva de flujo fraccional, intervencionismo coronario percutáneo (ICP), enfermedad coronaria arterial estable, tratamiento médico.

KEYWORDS: *Fractional Flow Reserve (FFR), Percutaneous Coronary Intervention (PCI), Stable Coronary Artery Disease, medical therapy.*

Especialidades: Cardiovascular

Enlace revista original: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29785878>

ABSTRACT

En los pacientes con angina estable, la estrategia terapéutica inicial de intervencionismo coronario percutáneo guiado por el resultado de la reserva de flujo fraccional se asocia con mejoría pronóstica a 5 años comparado con el tratamiento médico exclusivo.

Patients with stable angina, an initial FFR-guided PCI strategy was associated with a significantly lower rate of the prespecified primary composite end point of death, myocardial infarction, or urgent revascularization at 5-year follow-up than medical therapy alone.

RESUMEN

Estudio multicéntrico, prospectivo y randomizado en el que se aleatorizaron 888 pacientes con angina estable, arterias coronarias con lesiones angiográficamente significativas (estenosis luminal >50%) y al menos una de las lesiones con reserva de flujo fraccional (FFR) <0.80 (lesión hemodinámicamente significativa), a recibir tratamiento médico óptimo vs intervencionismo coronario percutáneo (ICP) además de tratamiento médico. Los enfermos con lesiones no hemodinámicamente significativas (FFR >0,80) sólo recibieron tratamiento médico y pasaron a formar parte de un registro. El objetivo primario era un compuesto de muerte, infarto de miocardio o necesidad de revascularización coronaria urgente, esta última definida como cualquier angioplastia realizada durante un ingreso inesperado por empeoramiento de la angina, cambios electrocardiográficos o infarto agudo. En el seguimiento a 5 años, el objetivo primario fue significativamente menor en el grupo asignado a ICP que en el de tratamiento médico exclusivo (13.9% vs 27%, p<0.001) a expensas únicamente de la menor tasa de necesidad de revascularización urgente en el grupo de ICP.

Al comparar el subgrupo de pacientes sin lesiones hemodinámicamente significativas del registro con los pacientes sometidos a angioplastia, no se encontraron diferencias en el endpoint primario (13,9% frente al 15,7%; HR 0,88; IC 95%: 0,55-1,39).

COMENTARIO

Los autores concluyen que, en pacientes con enfermedad coronaria estable, la estrategia invasiva inicial guiada por FFR se asocia de forma significativa a una menor tasa del endpoint combinado de muerte, infarto de miocardio o revascularización urgente a expensas de éste último parámetro a los 5 años de seguimiento. Sin embargo, los pacientes sin lesiones hemodinámicamente significativas tuvieron buena evolución a largo plazo con tratamiento médico, lo que apoya también el valor pronóstico negativo de la guía de presión.

En el estudio pivotal FAME 2¹ publicado en 2012, se mostraron los efectos a corto plazo del ensayo y, con la esperanza de mejorar los resultados obtenidos en otros endpoints más duros como la mortalidad y la tasa de infarto, se prolongó el seguimiento durante años. Pero estas aspiraciones, como hemos visto en el artículo desarrollado previamente, no se han alcanzado, manteniéndose sólo significativo tanto a corto como medio plazo la disminución de la revascularización urgente.

Los puntos débiles del estudio fueron la alta tasa de cross-over entre grupos, sobre todo el paso de hasta el 51% de los pacientes asignados inicialmente a tratamiento médico a realización de ICP. En segundo lugar, la finalización prematura del estudio, que tiende a magnificar los resultados, y la ausencia de valoración por FFR de lesiones angiográficas <50% que pudieran haber resultado significativas.

Como resumen, el estudio aporta algunas luces al siempre controvertido tratamiento de la cardiopatía isquémica estable^{2,3}, confirma los resultados obtenidos por los mismos autores en 2012 en el estudio FAME 2¹ y valida los resultados obtenidos con la guía de presión a la hora de decidir la revascularización, al confirmar el buen pronóstico a largo plazo de lesiones sin repercusión hemodinámica y la necesidad de revascularizar aquellas con RFF $\leq 0,80$.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fractional Flow Reserve–Guided PCI versus Medical Therapy in Stable Coronary Disease (FAME 2). N Engl J Med 2012; 367:991-1001. De Bruyne B, Pijls N, Kalesan B.
2. Optimal Medical Therapy with or without PCI for Stable Coronary Disease (COURAGE) N Engl J Med 2007; 356:1503-1516. Boden WE, O'Rourke RA, Koon K.
3. Percutaneous coronary intervention instable angina (ORBITA): a double-blind, randomised controlled trial. Lancet 2018; 391:31- 40. Al-Lamee R, Thompson D, Dehbi HM.