

Una imagen más completa de la revascularización en el Scacest

Patricia Eguren Escriña

Enlace revista original:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=A+More+COMPLETE+Picture+of+Revascularization+in+STEMI>

Más de la mitad de los pacientes con un síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) tienen afectación de varios vasos. La Asociación Americana del Corazón, el Colegio Americano de Cardiología y la Sociedad Europea de Cardiología tienen en sus guías con una recomendación IIb el tratamiento de las lesiones no causantes del IAM.

Sin embargo, hay 4 trabajos de tamaño medio que muestran que el tratamiento de todas las lesiones es seguro y reduce el riesgo de repetir la revascularización. Hasta ahora la estrategia general de una revascularización completa no se había visto que redujera el riesgo de muerte o reinfarto.

Para aclarar estos términos tenemos el estudio COMPLETE, que compara el tratamiento sólo de las lesiones responsables del evento frente a la revascularización completa en pacientes con SCACEST.

Un total de 4041 pacientes con lesiones no responsables de IAM con al menos un 70% de estenosis del vaso o un *fractional flow reserve* del 80% o menos se randomizaron bien a una revascularización completa o bien a un tratamiento sólo de la arteria responsable del infarto.

El tratamiento de las lesiones no responsables del infarto podía hacerse durante la angioplastia primaria o en un segundo tiempo según decidieran los investigadores antes de la randomización.

El riesgo de muerte como primer objetivo fue un 25% menor en el grupo de la revascularización completa. Siendo la mortalidad total definida como muerte de origen cardiovascular y reinfarto. Este descenso de la mortalidad fue a expensas de la reducción significativa de reinfartos. La de origen cardiovascular fue similar en los dos grupos. En cuanto a los resultados secundarios, como la isquemia durante el procedimiento, fue un 50% menor en el grupo de la revascularización completa.

No hubo diferencias entre los pacientes a los que se revascularizó en un solo tiempo frente a aquellos en los que se hizo posteriormente, por lo que hacer la revascularización de estas otras lesiones puede ser una opción segura para determinados pacientes.

El riesgo de ictus, sangrado mayor o fracaso renal fue similar en los dos grupos.

Este trabajo plantea varias cuestiones:

- ¿Es necesaria la medición de la funcionalidad de las lesiones? En este estudio la mayoría de las lesiones no responsables del evento se trataron en función de los hallazgos angiográficos, pero la mayoría tenían una estenosis del 80% o más y el 38% estaban en la descendente anterior, es decir, lesiones de alto grado. Por eso, sí que es beneficioso el uso del *fractional flow reserve* para las lesiones de riesgo intermedio.
- ¿Deberían cambiarse las indicaciones de las guías clínicas con los resultados del estudio COMPLETE? Los pacientes que participan en estos trabajos son distintos de los más graves que se ven en la práctica clínica y extrapolar estos resultados puede no ser seguro. Los pacientes del estudio COMPLETE tenían una media SYNTAX baja (una escala que mide el riesgo asociado a la revascularización según la complejidad de las lesiones), por eso también los resultados son tan favorables. Pacientes con una escala SYNTAX alta requieren un procedimiento más complejo y puede que sean menos adecuados para el tratamiento rutinario.

También hay que tener en cuenta que estos pacientes más complejos pueden beneficiarse del tratamiento con doble antiagregación con ticagrelor o prasugrel.

Con estos resultados parece adecuado indicar de primera opción la revascularización completa en pacientes con características similares a las de los del estudio COMPLETE cuando presenten un SCACEST. Mientras tanto, para pacientes de más riesgo, es necesario seguir investigando con pacientes más graves y durante más tiempo para ver si en ellos también se reduce la mortalidad revascularizando todas las lesiones.