

DEBATE ABIERTO
CASO CLÍNICO N° 2 | AÑO 2013

TRATAMIENTO DEL IAM CON ENFERMEDAD DE MÚLTIPLES VASOS

Entrevista al Dr. Roberto Colque
Jefe del Servicio de Cardiología de la Clínica Privada Vélez Sársfield
Vicepresidente de la Sociedad de Cardiología de Córdoba

1) ¿Qué opina sobre la vía de acceso utilizada en este caso?

R: El acceso radial resulta muy promisorio, en particular observado en la recuperación del procedimiento por el paciente y que los clínicos en Unidad Coronaria advertimos de modo inicial. Me considero un entusiasta aunque coincido que depende de la experiencia y comodidad del equipo operador.

2) ¿Qué nos diría sobre la utilización de Tirofiban en este tipo de paciente?

R: El uso de Glicoproteínas IIb IIIa en el contexto de un infarto agudo de miocardio, tiene aplicación o demostración discutida en el terreno clínico del infarto. Sin embargo, estos fueron en planteos sin conocer angiografía previa, situación que sí se advierte en este caso, y por lo que encuentro racional, y en ello aplico más allá de los consensos a los hallazgos angiográficos in situ. Por otro lado, si uno decide realizar angioplastia en un paciente que tiene otros vasos con lesiones severas (como en este caso), es mayor la obligación y responsabilidad de conseguir una tasa de éxito en el vaso a tratar, por lo que el uso de estos antiagregantes podría ayudar aun más a lo hora de lograr un flujo TIMI 3, disminuyendo de manera considerable el temido fenómeno de no reflow.

3) ¿Qué opina de la revascularización de otros vasos no relacionados con el infarto?

R: Resulta muy atractivo como concepto teórico, pero también se advierte que un cuadro clínico de infarto es una emergencia clínica, por lo que salvo que el paciente no mostrara buena respuesta o la recanalización mostrara un bajo grado de TIMI, ofrecería al paciente la revascularización ÚNICAMENTE del vaso culpable y difiriendo la ATC de los otros para un segundo tiempo

Entrevista al Dr. Carlos R. Leonardi
Staff del Servicio de Cardiología Intervencionista Hospital Privado de Córdoba

1) ¿Qué opina sobre la vía de acceso utilizada en este caso?

R: Dicho acceso se ha transformado de rutina en nuestro servicio desde el año 2011, tanto en procedimientos diagnósticos como terapéuticos, siendo utilizado en el último año, en el 68% de los pacientes con IAM con supradesnivel del ST. Sin duda la ventaja de dicho abordaje son las bajas tasas de complicaciones vasculares (sitio de punción) en los pacientes con SCACEST y como inconveniente, un

DEBATE ABIERTO

CASO CLÍNICO N° 2 | AÑO 2013

TRATAMIENTO DEL IAM CON ENFERMEDAD DE MÚLTIPLES VASOS

porcentaje de alrededor del 4% de tasa de conversión a vía femoral, lo cual implica una demora en el tiempo de reperfusión, el cual no es un tema menor en el contexto de un IAM.

2) ¿Qué nos diría sobre la utilización de Tirofiban en este tipo de paciente?

R: Los inhibidores de GP IIb IIIa han incrementado evidencia para su uso en el infarto, siendo incorporados a las guías como indicación IIa en la angioplastia primaria como medicación de rescate. Nosotros utilizamos tirofiban o eptifibatid sólo en bolos intracoronarios aunque la vía de administración standard sigue siendo la endovenosa. Lo usamos especialmente si hay trombo angiográficamente visible con alteración del flujo TIMI o cuando hay una complicación trombótica fundamentados en el conocimiento de su acción antiagregante inmediata independiente del tratamiento antiagregante plaquetario previamente administrado.

3) ¿Qué opina de la revascularización de otros vasos no relacionados con el infarto?

R: Cuando encontramos enfermedad de múltiples vasos en el contexto de un IAM sólo nos dedicamos a revascularizar el vaso culpable, por cuanto no hay evidencia que apoye una intervención urgente en las lesiones no relacionadas con el infarto. Exceptuamos los pacientes en shock persistente luego de revascularizar el vaso culpable, con lesiones críticas o altamente inestables en los otros vasos, en donde sí revascularizamos de manera completa.

Entrevista al Dr. Néstor Medeat: Jefe del Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Córdoba

1) ¿Qué opina sobre la vía de acceso utilizada en este caso?

R: La vía radial es la que más confort y menor tasa de sangrado le produce a los pacientes. Al usar un inhibidor IIb IIIa, mencionado acceso es una buena elección. En este caso se logró repermeabilizar la arteria incluida la tromboaspiración con buen resultado pero sería interesante conocer qué grado de dificultad se afrontó dado el cuadro del paciente.

2) ¿Qué nos diría sobre la utilización de Tirofiban en este tipo de paciente?

R: En las últimas evidencias no se ha demostrado mayor permeabilidad ni mejor TIMI con el uso de inhibidores IIb IIIa, pero parece razonable su uso cuando hay mucho componente trombótico como en este paciente.

DEBATE ABIERTO
CASO CLÍNICO N° 2 | AÑO 2013

TRATAMIENTO DEL IAM CON ENFERMEDAD DE MÚLTIPLES VASOS

3) ¿Qué opina de la revascularización de otros vasos no relacionados con el infarto?

R: Está demostrado que en el procedimiento inicial sólo se debe tratar la arteria culpable del evento ya que tratar múltiples vasos en la angioplastia primaria aumenta la mortalidad. Lo mejor es hacerlo en dos tiempos excepto en el entorno de un paciente en Shock cardiogénico que no mejora al tratar el vaso culpable. En cuanto a la revascularización posterior con un Score de Syntax intermedio con lesión proximal, en bifurcación y arteria con múltiples estenosis hubiera considerado la cirugía coronaria teniendo en cuenta el futuro a mediano y largo plazo.