



EDITOR INVITADO

LOS PROCESOS DECISORIOS EN LA ENFERMEDAD ATEROSCLERÓTICA

DECISIVE PROCESSES IN ARTERIOSCLEROTIC DISEASE

Después de tres décadas de enfrentar el tratamiento de la enfermedad aterosclerótica coronaria, cerebral y periférica, es evidente para mí que el proceso decisorio sobre cuál es el mejor tratamiento para un paciente, sigue siendo difícil. Afortunadamente, la evolución del conocimiento médico ha progresado desde el reporte de casos pasando a series institucionales individuales que no comparaban nada, hasta los estudios multicéntricos, aleatorizados y los meta-análisis que sí han arrojado luz en diferentes temas. La enfermedad aterosclerótica es extremadamente compleja por su variedad en el compromiso anatómico como histológico, en el riesgo de eventos adversos, en las comorbilidades y, en fin, en las asociaciones que hacen tan diferente a un paciente de otro.

Definitivamente, hoy es claro que la severidad de una lesión no está correlacionada con la posibilidad de sufrir un evento adverso (infarto, accidente cerebro-vascular, amputación o muerte), son quizás más importantes las características de inestabilidad de la placa o los síntomas del paciente.

Bajo este contexto y teniendo en cuenta que las guías definidas para los diferentes síndromes característicos de la enfermedad aterosclerótica son sólo eso, «guías», y que cada paciente debe ser individualizado, trataré de hacer un análisis de cómo veo el momento actual de cada grupo.

Enfermedad coronaria

En el síndrome coronario agudo con evidencia de necrosis hay poca duda del beneficio del intervencionismo bien sea farmacológico o percutáneo, si bien este último es aún mejor. Los estudios muestran una reducción definitiva en la mortalidad del infarto agudo del miocardio, en especial si este es de la cara anterior.

Los síndromes coronarios crónicos son un problema decisorio muy importante porque los subgrupos de pacientes son variadísimos y durante muchos años se fijó la atención en definirlos como enfermos de 1, 2 y 3 vasos para analizarlos, aleatorizarlos y, de esta manera, tomar las conductas. Hoy es claro que agrupar los pacientes bajo este criterio no es correcto y que deben analizarse las características de la angina, la función ventricular, las comorbilidades, la edad y un tema aún en desarrollo como sería las características de la placa ofensora. Para acabar de confundir el panorama, las modalidades de tratamiento han cambiado: el tratamiento médico moderno óptimo, es muy diferente al que se tenía en los años setenta y ochenta; los objetivos de metas en los niveles de lípidos, los nuevos antiplaquetarios, los beta-bloqueadores, los anticálcicos y la rehabilitación cardíaca son mejores. La angioplastia coronaria y los stents han evolucionado a mejores tecnologías, por tanto siempre hay uno mejor para evaluar. La cirugía también evolucionó en el cuidado anestésico, las técnicas de circulación extracorpórea, el monitoreo, el uso de conductos arteriales, la cirugía mínimamente invasiva y sin bomba, los aparatos de soporte circulatorio y los enormes avances en el cuidado intensivo post-operatorio. Todas estas circunstancias han hecho que la evaluación de los tratamientos sea muy difícil y hoy sin la ayuda de los grandes meta-análisis sea casi imposible. Un ejemplo interesante es el abandono al que fue relegado el brazo de tratamiento médico, en los diferentes estudios, situación que fue reivindicada recientemente en el estudio COURAGE publicado en el New England Journal of Medicine, de abril 14 de 2007, en el cual se demuestra que la estrategia inicial del tratamiento intervencionista en enfermos con enfermedad coronaria estable no reduce los riesgos de muerte, infarto u otros eventos cardiovasculares.

Bajo esta muy rápida mirada, puede hoy decirse que en el paciente crónico estable, con buena función ventricular, así como la iniciación de un tratamiento médico óptimo y moderno es tan seguro como practicarle intervenciones, sin ninguna diferencia con lo establecido en los años 70 (CASS, ECSS, VA). Claro está que estas conductas implican una educación supervisada del enfermo para cambiar de planes en el momento que así lo requiera e igualmente un gran compromiso del cardiólogo clínico para no dejar pasar el momento crítico en el cual esté indicado el intervencionismo. En el paciente con síntomas no controlables o en el que se establezca un alto riesgo bien por métodos no invasivos o de medicina nuclear, está indicado algún tipo de intervención. Existe suficiente evidencia que demuestra dos hechos: primero, que no existe nada mejor que una arteria mamaria en la descendente anterior y segundo, que con los dispositivos actuales los enfermos con enfermedad multivazo están mejor servidos con cirugía. Todas las demás variaciones en el tratamiento (cirugía sin bomba, todo arterial, stents en enfermedad de la derecha o la circunfleja) no han probado superioridad y por tanto cualquier variación en la escogencia del tratamiento es apropiada.

Enfermedad cerebrovascular extracraneana

Después de 50 años de experiencia en cirugía carotídea aún hay interrogantes por resolver y éstos ocurren precisamente en los pacientes asintomáticos. En esta enfermedad los estudios europeos, ECTS, y el americano, NASCET, establecieron claramente en 1991 el beneficio de la cirugía de endarterectomía carotídea para los pacientes sintomáticos con estenosis mayor del 50% de la carótida interna o el bulbo carotídeo, y dejaron la duda de su utilidad en algunos sub-grupos de pacientes asintomáticos. Igual que con la enfermedad coronaria, aparecieron los tratamientos endovasculares después de varios estudios y de progresos técnicos importantes tanto en los stents como en los dispositivos de protección embólica. Estos tratamientos han sido adoptados de manera indiscriminada por muchas instituciones. Los últimos estudios aleatorizados multi-institucionales, ambos europeos (EVA-3S y SPACE) muestran una superioridad del tratamiento con cirugía. Existen dos nuevos estudios en progreso (ICSS y CREST) que con los dos anteriores se espera que recluten unos 7.000 pacientes. La recomendación de los investigadores de los dos estudios europeos terminados y publicados a finales del año 2006, es que el uso generalizado de stents no está recomendado y que debe advertirse a los pacientes de esta diferencia. El uso de stents en enfermedad carotídea está indicado solamente en los pacientes de alto riesgo quirúrgico por sus comorbilidades. En los octogenarios el tratamiento endovascular es de alto riesgo por las dificultades que ofrece el arco aórtico y la alta incidencia de embolia cerebral y por tanto a pesar de la edad es mejor la cirugía.

Enfermedad vascular periférica

El paciente con enfermedad obstructiva periférica puede dividirse en tres grupos: la isquemia crítica aguda, la isquemia crítica crónica y la isquemia crónica. Las dos primeras, no cabe duda, deben ser sometidas a estudio y tratamiento (situación similar a la de la enfermedad coronaria). Es en la isquemia crónica donde probablemente se comete la mayoría de errores.

Si el paciente con claudicación intermitente controla los factores de riesgo y se pone en rehabilitación, sólo empeorará su enfermedad en un 10% de los casos, momento en el cual se hace candidato a algún tipo de intervención. La mayoría tendrá un evento adverso, muerte, infarto o accidente cerebrovascular, en los siguientes años, por tanto sus estudios y tratamiento deben estar más orientados a su posible enfermedad coronaria. La investigación inicial fuera del examen físico normal, debe incluir un índice de presión brazo-tobillo y no un estudio de dúplex arterial cuya información está dada en la mayoría de las veces por palpación y auscultación de las arterias. Una vez establecido el tratamiento, se debe seguir al paciente seguido en su evolución y si va hacia un empeoramiento de sus síntomas, existiría autonomía para el inicio de estudios invasivos y no invasivos y así decidir su conducta.

Sería interesante analizar cuantos tratamientos y estudios innecesarios se hacen en enfermedad aterosclerótica, y cuáles el costo médico. Probablemente, sería importantísimo un mayor compromiso por parte de los cardiólogos clínicos y neurólogos en la decisión del tipo de tratamiento que aceptarán para su paciente. Otra sugerencia sería la importancia de las decisiones conjuntas con especialistas de las diferentes disciplinas.

Para finalizar, remito al lector a las guías de manejo de estas enfermedades, en vista de que me he limitado a mencionar aquellas áreas en las que creo, no se aplica con mayor frecuencia el conocimiento actual.

Victor Caicedo, MD.