

Enfermedad arterial coronaria ¿"estable" o crónica?

Coronary artery disease, "stable" or chronic?

Doença arterial coronariana, "estável" ou crônica?

Juan Santiago Serna-Trejos^{I*} , Juan Pablo Lenis-González^{II} , Stefanya Geraldine Bermudez-Moyano^{III} 

^I Universidad Libre. Hospital Universitario del Valle. Colombia.

^{II} Universidad Libre. Red de Salud del Oriente E.S.E. Colombia.

^{III} Hospital Universitario del Valle. Colombia.

*Autor para la correspondencia: juansantiagosernatrejos@gmail.com

Recibido: 13-01-2023 Aprobado: 23-02-2023 Publicado: 19-04-2023

Cómo citar este artículo:

Serna-Trejos JS, Lenis-González JP, Bermudez-Moyano SG. Enfermedad arterial coronaria ¿"estable" o crónica? Rev Inf Cient. 2023; 102:4108. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7844108>

Señor Editor:

Es necesario realizar indagaciones y anotaciones respecto a la medicina cardiovascular en lo que respecta a las diferentes clasificaciones de enfermedad cardiovascular, dado que supone un tópico de alto interés global, mediante la realización de una mirada más profunda con respecto a su presentación habitual.

En lo que respecta al evento coronario agudo existen diversas guías para la clasificación de la enfermedad coronaria, en la cual se listan una serie de recomendaciones elaboradas por diferentes colegios y sociedades internacionales con alto reconocimiento mundial como la *American Heart Association* y la *European Society of Cardiology*.

En esta ocasión es conveniente abordar dicho tema y resaltar la importancia de reconocer la enfermedad arterial coronaria (CAD, por sus siglas en inglés) "estable", como una entidad a la cual se le debe atribuir más protagonismo dada las repercusiones crónicas en el pronóstico que implican desarrollar esta condición como también el seguimiento con la finalidad de lograr un impacto positivo en el riesgo vascular residual de los pacientes, al disminuir los desenlaces fatales y la alta comorbilidad asociada a la enfermedad.

Fox, *et al.*⁽¹⁾ exponen y diversifican el panorama actual con relación a la enfermedad arterial coronaria como los factores relacionados con: angina estable, historial de eventos cardiovasculares, enfermedad de varios lechos vasculares, revascularizaciones, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica y falla cardíaca, los cuales son de vital importancia para entender cómo esta cronicidad de factores de riesgo propician desenlaces desfavorables para los pacientes.

Mediante el ensayo clínico PROSPECT 1, se demostró que en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) que se sometieron a angiografía y ultrasonografía intravascular, después de una intervención coronaria percutánea, se observó que la placa aterosclerótica típica modificó sus características por intervenciones clínicas y aun con la presencia de estilos de vida saludable, aumentó la presencia de trombos inducidos por la erosión y generó cambios en la presentación de los infartos agudos de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) a infartos agudos de miocardio sin elevación del ST (IAMSEST). Esto nos lleva a reconocer que la CAD requiere una intensificación en su abordaje farmacológico y no farmacológico con el fin de reducir el evento adverso cardiovascular mayor (MACE, por sus siglas en inglés) residual al que están expuestos los pacientes. Por lo que se supone entender que el riesgo cardiovascular crónico es modificable en los pacientes más vulnerables, es decir, si se pretende obtener una caracterización más objetiva e individualizada del mismo, se pueden disminuir desenlaces desfavorables.⁽²⁾

Con respecto a la CAD, otro ensayo como el IMPROVE-IT 2, evaluó el uso de ezetimiba posterior al egreso por SCA. Este incluyó una población de 18 144 pacientes en los cuales se evaluó el riesgo de muerte o eventos cardiovasculares. Se obtuvo que dichos desenlaces asociados a muerte o eventos cardiovasculares se presentaron en el 35 % de los pacientes, incluso a pesar de que en el 72 % de los pacientes se usaron estrategias de prevención secundarias. Es importante reconocer que el riesgo de eventos es heterogéneo y que está supeditado, además, a la presencia de comorbilidades tales como: diabetes, hipertensión, enfermedad renal crónica, dislipidemia, entre otras.⁽³⁾

Por otro lado, es importante también resaltar que en pacientes que no responden al tratamiento médico se establece la posibilidad de revascularización para mejorar los síntomas en aquellos con cualquier estenosis coronaria mayor del 50 %. En algunas bibliografías, como la de Katritsis, *et al.*⁽⁴⁾, se pudo evidenciar que este abordaje de la CAD estable es fragmentario y que la recomendación es siempre realizar el abordaje multidisciplinario para la toma de decisiones de revascularización.

El registro REACH 3 nos ilustra de manera clara cómo el riesgo persiste en la CAD crónica, donde los MACE al año fueron de 4,5 % en la población incluida en este registro. Otros estudios nacionales de Suecia mostraron que este riesgo de presentar MACE persiste a través de los meses, incluso 12 meses después de la presentación de un primer infarto agudo de miocardio.

Los diversos agentes antidiabéticos cobran protagonismo en la disminución del riesgo cardiovascular, al demostrar un impacto favorable en la reducción del MACE, que a pesar de que fueron creados como respuesta al manejo de la diabetes mellitus, ha sido un hallazgo su relación con la disminución del riesgo de MACE. Tal como se mostró en el EMPA-REG OUTCOME donde se comparó el uso de empagliflozina vs. placebo en el paciente con enfermedad coronaria, y se obtuvo una reducción del 10,5 % de los casos de enfermedad coronaria frente al uso de placebo en el 12,1 %.⁽⁶⁾



Otro estudio nombrado LEADER, con la molécula liraglutida, disminuyó en un 13 % los eventos cardiovasculares frente a un 14,9 % por placebo y, finalmente, con el uso de la semaglutida en el ensayo SUSTAIN-6 se obtuvo una reducción del 6,6 % de los eventos de interés coronarios frente a un 8,9 % generado por el uso de placebo.^(5,6,7)

Dicho todo lo anterior, la enfermedad coronaria estable debería renombrar su concepto a crónica dado que persiste en el tiempo, dado que la connotación de emplear el término estable, tiene pocos elementos que lo respalde, cuando por el contrario la existencia de múltiples comorbilidades asociadas a eventos coronarios previos y estilos de vida, podrían reagudizar dicha entidad. Por lo tanto, se refuerza la importancia de impactar en la CAD mediante la intervención multidisciplinaria de todos los factores de riesgo mencionados anteriormente.⁽⁸⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fox KAA, Metra M, Morais J, Atar D. The myth of 'stable' coronary artery disease. *Nat Rev Cardiol* [Internet]. 2020 [citado 20 Dic 2022]; 17(1):9-21. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41569-019-0233-y>
2. Stone GW, Maehara A, Lansky AJ, de Bruyne B, Cristea E, Mintz GS, *et al.* A Prospective Natural-History Study of Coronary Atherosclerosis. *N Engl J Med* [Internet]. 2011 [citado 20 Dic 2022]; 364(3):226-35. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmoa1002358>
3. Cannon CP, Blazing MA, Giugliano RP, McCagg A, White JA, Theroux P, *et al.* Ezetimibe Added to Statin Therapy after Acute Coronary Syndromes. *N Engl J Med* [Internet]. 2015 [citado 20 Dic 2022]; 372(25):2387-97. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmoa1410489>
4. Katritsis DG, *et al.* Guía ESC 2019 sobre el tratamiento de pacientes con taquicardia supraventricular. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2020 Jun [citado 20 Dic 2022]; 73(6):496.e1-496.e60. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.12.029>
5. Eisen A, Bhatt DL, Steg PG, Eagle KA, Goto S, Guo J, *et al.* Angina and future cardiovascular events in stable patients with coronary artery disease: Insights from the Reduction of Atherothrombosis for Continued Health (REACH) Registry. *J Am Heart Assoc* [Internet]. 2016 [citado 20 Dic 2022]; 5(10). DOI: <https://doi.org/10.1161/JAHA.116.004080>
6. Zinman B, Wanner C, Lachin JM, Fitchett D, Bluhmki E, Hantel S, *et al.* Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* [Internet]. 2015 [citado 20 Dic 2022]; 373(22):17-28. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmoa1504720>
7. Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K, Kristensen P, Mann JFE, Nauck MA, *et al.* Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* [Internet]. 2016 [citado 20 Dic 2022]; 375(4):311-22. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmoa1603827>
8. Marso SP, Bain SC, Consoli A, Eliaschewitz FG, Jódar E, Leiter LA, *et al.* Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* [Internet]. 2016 [citado 20 Dic 2022]; 375(19):1834-1844. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmoa1607141>



Declaración de conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Financiación:

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de este artículo.

