

TRABAJOS SELECCIONADOS PUBLICADOS EN OTRAS REVISTAS DE CARDIOLOGÍA

Presentamos comentarios sobre una selección de trabajos recientes publicados en revistas de prestigio internacional, que merecen atención por la calidad de los datos o la importancia de sus conclusiones. El objetivo es tener una mirada sobre nuevos aspectos de la investigación o trabajos de revisión que actualicen temas de nuestra especialidad.

El Comité Editorial considerará sugerencias sobre trabajos recientes que a criterio de los lectores merezcan ser comentados en esta sección (raccv@caccv.org.ar).

MAMARIA INTERNA UNILATERAL O BILATERAL: RESULTADOS A LARGO PLAZO

BILATERAL VERSUS SINGLE INTERNAL-THORACIC-ARTERY

GRAFTS AT 10 YEARS N ENGL J MED 2019;380:437-46. DOI: 10.1056/NEJMOA1808783

En los pacientes con indicación de revascularización miocárdica (*coronary artery bypass grafting*, CABG) está establecido el beneficio del uso de la arteria mamaria interna izquierda, que se atribuye a su mayor tiempo de permeabilidad comparada con los injertos de vena. Existen estudios observacionales que informan menor mortalidad a largo plazo cuando se usan ambas arterias mamarias, en comparación con los resultados obtenidos con la mamaria izquierda solamente, por lo que se ha planteado el posible beneficio del uso rutinario de ambas arterias mamarias en la CABG. Para poner a prueba esta hipótesis, Taggart DP y col. llevaron a cabo el estudio Arterial Revascularization Trial (ART), en el que asignaron en forma aleatoria a más de 3000 pacientes para recibir CABG con arteria mamaria interna bilateral (n= 1548) y únicamente mamaria izquierda (n= 1554). Fueron elegibles los pacientes con enfermedad de múltiples vasos programados para CABG, y excluidos los pacientes en los que se programaba realizar un solo injerto o era necesario un procedimiento valvular simultáneo, así como los que tenían CABG previa. Se incluyeron casos urgentes, pero no aquellos con infarto en curso. Los pacientes del grupo bilateral recibieron los injertos de mamaria izquierda y derecha a las dos ramas coronarias más importantes del lado izquierdo, más injertos venosos o de arteria radial a otras coronarias, según decisión del cirujano en cada caso. No fue aceptado el injerto de arteria mamaria a coronaria derecha, por existir dudas sobre su permeabilidad a largo plazo. En el grupo unilateral, la mamaria izquierda fue utilizada para revascularizar la descendente anterior, y las venas o arteria radial necesarias para revascularizar otras ramas coronarias quedaron a criterio del cirujano. El estudio multicéntrico, de asignación aleatoria, no ciego, se llevó a cabo en 28 hospitales de 7 países, y ya fue publicado un análisis interino de resultados a los 5 años, que no demostró diferencias significativas entre ambos grupos. Los autores presentan los resultados a 10 años de seguimiento. Se registró un total de 644 fallecidos a los 10 años (20,8% del total) de los cuales 315 correspondieron al grupo bilateral (20,3%) y 329 al grupo unilateral (21,2%). Estas diferencias no significativas se mantuvieron después de realizar los ajustes por edad, sexo, presencia de diabetes y fracción de eyección.

Aproximadamente la mitad de las muertes fueron clasificadas como de causas no cardiovasculares. El análisis compuesto de muerte de cualquier causa, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular reveló que 385 pacientes (24,9%) sufrió uno de estos eventos en el grupo bilateral, frente a 425 pacientes (27,3%) en el grupo unilateral, sin diferencias significativas. Los autores tampoco hallaron diferencias de significación en otros puntos de análisis, como necesidad de nueva revascularización (10,3% vs. 10,0%), complicaciones hemorrágicas o de la herida esternal en los primeros 6 meses. Tampoco se hallaron diferencias entre el análisis por intención de tratar con los resultados de los pacientes operados según protocolo.

En la discusión los autores señalan que estos resultados no coinciden con investigaciones previas, no aleatorizadas, en las que se describe reducción de la mortalidad y fuertes evidencias de mayor permeabilidad a largo plazo de ambas arterias mamarias. Entre las posibles causas de esta ausencia de diferencias entre los grupos señalan que al diseñarse este estudio en 2001 se desconocía que el injerto de la arteria radial podía tener un beneficio comparado con el de la vena safena, y en el curso de este estudio, el 22% de los pacientes asignados al grupo unilateral recibieron un injerto de arteria radial, lo que se puede interpretar como un importante factor de confusión en los resultados. Un análisis fuera de protocolo reveló que el uso de dos injertos arteriales (grupo bilateral o pacientes del grupo unilateral en los que también se utilizó arteria radial) comparado con los pacientes en los que solo se usó un injerto arterial (grupo unilateral en los que no se usó arteria radial) reveló una diferencia significativa (menor mortalidad en el grupo de dos injertos arteriales), pero dado que este análisis no está basado en una asignación aleatoria se esperan los resultados del ensayo Randomized Comparison of the Clinical Outcome of Single versus Multiple Arterial Grafts (ROMA), actualmente en curso.

En las conclusiones, los autores señalan que en este estudio no se hallaron diferencias significativas en los resultados entre los dos grupos en mortalidad, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular.

PLACAS CAROTÍDEAS VULNERABLES Y SU ASOCIACIÓN CON COLESTEROL NO-HDL
ASSOCIATION BETWEEN NON-HDL CHOLESTEROL LEVELS AND ASYMPTOMATIC VULNERABLE
CAROTID ATHEROSCLEROTIC PLAQUES EUR J NEUROL. 2019 APR 19. DOI: 10.1111/ENE.13973

Los estudios histológicos sobre la morfología de las placas carotídeas han propuesto el concepto de “placa vulnerable”, que representa las lesiones inestables y propensas a la ruptura. Estas han sido definidas como placas anecogénicas o heterogéneas, o placas cuya superficie es irregular o ulcerada. Dado que se estima que la ruptura de estas placas con el consiguiente tromboembolismo es una de las principales causas de accidente cerebrovascular isquémico, su hallazgo temprano y la intervención sobre sus factores de riesgo deberían ser uno de los principales objetivos de la prevención de estos eventos. El colesterol no-HDL (N-HDL-C) es la suma de las partículas aterogénicas en el plasma, y se considera un mejor estimador de riesgo que el LDL-C, particularmente en diabéticos, pacientes con valores elevados de triglicéridos y con síndrome metabólico. Jianwei W y colaboradores, del Departamento de Neurología del Beijing Tiantan Hospital, China, investigaron la relación entre N-HDL-C y el riesgo de placas carotídeas asintomáticas vulnerables. El estudio Asymptomatic Polyvascular Abnormalities in Community (APAC) tuvo como objetivo la investigación epidemiológica de los trastornos polivasculares asintomáticos en la población china, y forma parte del estudio Kailuan; los autores seleccionaron una muestra aleatoria de 7000 personas de la cohorte del estudio Kailuan, mayores de 40 años, sin antecedentes de accidente cerebrovascular o enfermedad coronaria, y sin déficit neurológicos, a quienes se les realizó cuestionario, examen clínico y de laboratorio

y ecodoppler carotídeo. Una vez excluidos los sujetos con datos incompletos, sin placas carotídeas en el ecodoppler o que estaban tomando medicación hipocolesterolemizante, un total de 2888 personas participaron del estudio. Los resultados del análisis indicaron que los valores elevados de N-HDL-C (mayor o igual a 4,1 mmol/L) se asociaron con la presencia de placas carotídeas vulnerables y que esta asociación significativa se mantuvo después de efectuadas las correcciones estadísticas por edad, sexo, tabaquismo, hipertensión, diabetes, índice de masa corporal, valores de colesterol HDL y triglicéridos. No se encontraron otras interacciones significativas entre los grupos, por lo que se deduce que el N-HDL-C es un factor de riesgo independiente para la existencia de placas carotídeas asintomáticas vulnerables.

El N-HDL-C incluye al colesterol LDL y a los triglicéridos ricos en lipoproteínas (VLDL, IDL), que se encuentran en los macrófagos marcadores de placa inestable. Esto puede explicar el mecanismo de formación de la placa inestable a partir de los valores elevados de N-HDL-C.

Si bien se requiere confirmación a partir de estudios más amplios y que incluyan otros grupos poblacionales, los resultados de este estudio sugieren la necesidad de controlar el colesterol no-HDL como indicador independiente de elevado riesgo de presencia de placas vulnerables carotídeas.
