



Editorial

La optimización en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad coronaria: una necesidad actual con impacto pronóstico

Optimisation in the diagnosis and treatment of coronary diseases: A current need with a prognostic impact

En este número, *CARDIOCORE* trata de revisar la actual evidencia en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad coronaria en situaciones complejas, ya sea por la localización anatómica o por la severidad de la lesión. Para ello se analizan la utilidad de diferentes herramientas de diagnóstico intracoronario (guía de presión, ecografía intracoronaria y tomografía de coherencia óptica), así como el tipo de revascularización a utilizar, con el objetivo de obtener la mejor estrategia terapéutica en cada paciente.

Roa et al.¹ identifican las limitaciones de las diferentes herramientas en la valoración de las lesiones de tronco de coronaria izquierda. Si bien la ecografía intravascular (IVUS) proporciona una evaluación anatómica muy detallada, permitiéndonos conocer el diámetro del vaso, la longitud de la lesión, la composición de la placa, la afectación de la bifurcación a nivel distal, la presencia de calcio, etc., y su correlación con la alteración funcional de la lesión ha sido convenientemente estudiada, no lo es tanto para la tomografía de coherencia óptica (OCT), a pesar de la mayor resolución de la luz arterial. Y sí habría una mayor utilidad de la OCT para los pacientes tratados con «*scaffolds* intracoronarios biorreabsorbibles», dada la idiosincrasia de este tipo de stents. Suárez de Lezo et al.² sugieren que estas herramientas son fundamentales para planificar la estrategia, guiarla y perfeccionar el procedimiento, independientemente de la localización de la lesión.

En la enfermedad multivaso, como comunican Sánchez et al.³, el considerar parámetros funcionales (reserva fraccional de flujo) además de la imagen angiográfica convencional puede ser determinante en el éxito del intervencionismo percutáneo. Tras la publicación de los ensayos FAME y FAME-2, en los que la revascularización guiada mediante reserva

fraccional de flujo redujo drásticamente los episodios cardiovasculares mayores, la evaluación funcional de la severidad de las lesiones se ha convertido en el estándar de referencia para decidir la estrategia de revascularización en la enfermedad multivaso.

Una de las limitaciones que supuso el estudio SYNTAX fue la falta de utilización del IVUS. De hecho, el estudio SYNTAX II incluye en su protocolo tanto la realización de análisis funcional de las lesiones coronarias, con vistas a tratar únicamente lesiones coronarias superiores al 50% con repercusión funcional, como el control del implante de los stents con prueba de imagen para evaluar su correcta expansión. Por consiguiente, el abordaje percutáneo de la enfermedad coronaria debe tener en cuenta tanto criterios anatómicos, como parámetros funcionales de las lesiones, y la utilización de estas herramientas es necesaria para optimizar el intervencionismo coronario percutáneo, si queremos mejorar nuestros resultados a largo plazo.

La cirugía de revascularización coronaria ha sido el tratamiento estándar para la enfermedad coronaria de tronco de coronaria izquierda o multivaso, pero el avance del intervencionismo coronario percutáneo, debido al desarrollo de las nuevas generaciones de stents farmacoactivos y la utilización de las herramientas de diagnóstico intracoronario, ha permitido, como comentan Mataró et al.⁴, que podamos hablar de revascularización coronaria híbrida, con mayor número de ventajas que de inconvenientes. Tal vez la falta de aplicabilidad en nuestro entorno, a pesar de la sencillez del procedimiento, sea por la ausencia de consenso entre cirujanos y cardiólogos intervencionistas en la toma de decisiones, siguiendo la ley del todo o nada, y no debemos olvidar que la clave del éxito es la selección adecuada de candidatos

realizada por un equipo multidisciplinar, con el objetivo de obtener una revascularización completa y/o disminuir el riesgo quirúrgico de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Roa J, Gómez AE, Cardenal RM. ¿Debemos utilizar las técnicas de diagnóstico intracoronario en la evaluación y tratamiento de la enfermedad del tronco de la coronaria izquierda? *Cardiocre*. 2016;51:47-51.
2. Suárez de Lezo J, Chavarría J, Ojeda S. ¿Podemos perfeccionar nuestros resultados con OCT? Escenario clínico de la OCT. *Cardiocre*. 2016;51:52-7.
3. Sánchez C, Urbano C, Muñoz LD. Revascularización coronaria en la enfermedad multivaso. ¿Debe guiarse por reserva fraccional de flujo? *Cardiocre*. 2016;51:58-61.
4. Mataró MJ, Melero JM, Muñoz AJ. Revascularización coronaria híbrida: ventajas e indicaciones. *Cardiocre*. 2016;51:62-5.

Antonio J. Muñoz-García^{a,*},
Fernando Cabrera-Bueno^a,
Nieves Romero-Rodríguez^b,
Eduardo Arana-Rueda^b,
Encarnación Gutiérrez-Carretero^c y
Manuel F. Jiménez-Navarro^a

^a Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

^b Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^c Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ajmunozgarcia@secardiologia.es
(A.J. Muñoz-García).

1889-898X/© 2016 SAC. Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.carcor.2016.02.002>