

El trasplante de mioblastos autólogos demuestra ser factible y seguro

JOSÉ LUIS BARISANI

En las recientes Sesiones Científicas del American College of Cardiology, realizadas en marzo de este año, se presentaron dos interesantes experiencias clínicas en fase 1 que hallaron a los procedimientos de trasplante de mioblastos autólogos como posibles de ser realizados con relativa seguridad. En el estudio POZNAN de Siminiak y colaboradores, que incluyó 10 pacientes, se utilizó para el implante un novedoso catéter guiado por ultrasonido intravascular por el cual se realizaron las inyecciones intramiocárdicas de las células desde la luz de las venas coronarias. El procedimiento pudo realizarse exitosamente sin presentar complicaciones y en el seguimiento, los enfermos que cumplieron los 6 meses mostraron mejoría de la capacidad funcional y de la fracción de eyección del VI. Deberían demostrarse cambios más específicos en la función y vitalidad segmentaria de las áreas tratadas para asegurar que corresponden al crecimiento celular.

En otra investigación multicéntrica presentada por Dib, del Arizona Heart Institute, sobre 22 pacientes que requirieron revascularización miocárdica, se utilizó la vía

quirúrgica para implantar entre 10 y 300 millones de mioblastos en las escaras necróticas, con expansión celular adecuada y sin complicaciones de significación relacionadas con el procedimiento. Además, durante el seguimiento los tejidos necróticos trasplantados se tornaron viables al detectar actividad metabólica por tomografía por emisión de positrones (PET), encontrando así “nueva vida” celular donde antes no existía.

Estos resultados, coincidentes con los de la Argentina (Hospital Presidente Perón), avalan la factibilidad y seguridad del cardioimplante de mioblastos en el tratamiento de la disfunción ventricular postinfarto. Sin embargo, la principal limitante es la reducida población estudiada y la ausencia de un grupo control. Se necesitan estudios clínicos aleatorizados más amplios y con mayor seguimiento para evaluar la eficacia real y develar cuál es la mejor vía de administración, el número adecuado de células y los pacientes que más podrían beneficiarse con este tipo de terapia, dada la enorme población que se beneficiaría de lograrse la regeneración y la recuperación funcional del tejido dañado por el infarto.

¿Enoxaparina mejor que heparina no fraccionada en síndromes coronarios agudos?

EDUARDO SZWARCER

A pesar de que dos estudios han demostrado que la Enoxaparina (**E**) es superior a la Heparina No Fraccionada (**HNF**) en la prevención de muerte o isquemia cardíaca en pacientes con Síndromes Coronarios Agudos (SCA), han persistido dudas acerca del uso de **E**, en particular cuando deben efectuarse procedimientos invasivos, o hay que utilizar anti- GPIIb/IIIa.

El estudio **SYNERGY** (Superior Yield of the New Strategy of Enoxaparin, Revascularization and Glycoprotein IIb/IIIa Inhibitors Trial), analizó la eficacia comparativa de **E** versus **HNF** en pacientes con SCA de alto riesgo que fueron tratados tempranamente con métodos invasivos. Se incluyeron 10.027 pacientes, aleatorizados para recibir **E** (1mg/kg/SC, c/12hs), o **HNF** (60 U/Kg en bolo, y luego 12U/kg/h, ajustando el KPTT a 50"-70"). Recibieron además aspirina, betablo-queantes, IECA, clopidogrel, o anti GPIIb/IIIa. No hubo diferencias en el punto final primario muerte/IAM a los 30 días (**E** 14%, **HNF** 14.5%); ni en muertes (3,2% versus 3.1%), IM (11.7% vs 12.7%) o ACV. Hubo aumento en la tasa de hemorragias mayores y en las caídas del hematocrito (más del 15%) y la hemoglobina en el grupo **E** (15.2% vs 12.5%), p=0.001, sin aumento en las transfusiones, o hemorra-

gias intracerebrales. No hubo diferencias en hemorragias cuando se utilizó además clopidogrel o anti GPIIb-IIIa.

Hubo muchos entrecruzamientos con cambios de droga al aleatorizar los pacientes y en la sala de hemodinamia. Analizando el grupo más “puro” (pacientes que no habían recibido otra droga antes de ser aleatorizados), la **E** mostró una tendencia mayor a reducir el punto final muerte/IM, y aumentó significativamente la tasa de hemorragias, acorde a los criterios del estudio GUSTO (3,1% versus 2,2%), y TIMI. En el grupo “puro” que recibió una sola de las drogas a lo largo del estudio, la **E** disminuyó significativamente la tasa de muerte/IM (13,3% versus 15,9%). Se interpretó que en esta población la **E** no fue superior, pero resultó al menos tan eficaz como la **HNF**. Esta interpretación no fue compartida por todos los invitados a la discusión.

El metaanálisis del Dr R. Califf sobre 8.000 pacientes con SCA tratados con **E** o **HNF** que no recibieron terapia antitrombótica antes de ser aleatorizados mostró un punto final combinado muerte/IM de 8,1% versus 9,5% (significativo), y hemorragias mayores según criterio TIMI de 3,5% versus 2,7% (significativo), pero se discute aún si la **E** es la droga de elección.