

# Cartas a la Directora

Señora Directora:

Motiva la presente responder por este medio a las consideraciones efectuadas por mi amigo el Dr. Pedro R. Cossio en el editorial correspondiente al Volumen 63, N° 1, de Enero-Febrero de 1995.

En el citado editorial el colega dice textualmente: "... De todas formas, como opinión personal, creo que frente a estos resultados y en la medida de lo posible, las lesiones de múltiples vasos se deben manejar mediante procedimientos quirúrgicos convencionales y sólo utilizar la angioplastia frente a situaciones puntuales que impiden la cirugía...".

Los editoriales expresan la opinión personal del autor; sin embargo, aquéllos publicados en revistas científicas deben estar *sustentados* en bases científicamente comprobadas. En el caso particular del Dr. Cossio, la responsabilidad de su opinión es mayor, ya que quien la emite lo hace en calidad de miembro de un tribunal que otorga un Premio de la Sociedad Argentina de Cardiología.

En cardiología clínica la única manera de evaluar científicamente distintas modalidades terapéuticas es basándonos en los trabajos randomizados, y que han sido aceptados por la comunidad científica internacional; esto significa que fueron publicados en algunos de los cuatro *journals* mayores de la cardiología, en mi opinión el *J Am Coll Cardiol*, *Circulation*, *Lancet*, *N Engl J Med*, y/o presentados también en algunas de las tres reuniones mayores internacionales (*American College of Cardiology*, *American Heart Association*, *European Congress of Cardiology*).

Y fue justamente en estas revistas y/o reuniones que desde el año 1992-1993 se vienen publicando y/o presentando estos trabajos. (1-5)

Como todos sabemos, *el resultado fue el mismo en términos de mortalidad e infarto*; sólo hubo mayor angina y necesidad de repetir nuevos procedimientos de revascularización dentro de los seis primeros meses en el grupo angioplastia. *A tres años sin embargo la incidencia de angina y de isquemia inducida con el ejercicio fue la misma para ambos grupos de tratamiento*. Con respecto al trabajo argentino (ERACI), su único mérito fue demostrar primero, y con menor número de enfermos, lo que repitieron posteriormente los restantes trabajos.

Por supuesto, hubo entre 19% y 27% en el grupo angioplastia que tuvo un *cross over* a cirugía, pero más del 80% de éste fue dentro del primer año. Hoy, a cinco años de seguimiento, todos estamos viviendo también el *cross over* de cirugía hacia angioplastia.

Decir que un paciente de 39 años con lesiones se-

veras de descendente anterior y coronaria derecha debe ser tratado con cirugía coronaria *d'emblée* sólo para que tenga menos angina dentro de los seis primeros meses y aceptando la realidad de nuevas reoperaciones en el largo curso de vida de este enfermo, negando así la posibilidad de una terapéutica intraluminal primaria es en 1995 *retroceder y negar* diez años de historia en cardiología y cardiopatía isquémica. Distinto sería aquel paciente entre 60 y 70 años con oclusión total crónica de descendente anterior y coronaria derecha, en donde probablemente la cirugía coronaria sea el tratamiento de revascularización de elección.

La angina y necesidad de nuevos procedimientos de revascularización dentro de los seis meses posangioplastia, y que parecen preocupar tanto a algunos cardiólogos y cirujanos cardiovasculares, se han visto felizmente disminuidas en el último año mediante el uso del *stent*, ya sea en lesiones primarias y/o aquéllas que tenían mayor tendencia a la restenosis; esto también fue demostrado de la mejor manera como los clínicos evaluamos terapéuticas: *por trabajos randomizados*. (6-8)

No quiero extenderme más en estas consideraciones que no tuvieron ni tienen otro ánimo que exponer mi punto de vista tratando de aclarar conductas terapéuticas relacionadas con nuestra actividad médico-asistencial de todos los días y que hoy están avaladas por hechos y realidades científicas fruto del esfuerzo de aquéllos que lo hicieron posible.

**Dr. Alfredo Eduardo Rodríguez**

## BIBLIOGRAFIA

1. Rita Trial participants. Coronary angioplasty versus coronary artery by pass surgery: the Randomized Intervention Treatment of Angina Trial (RITA). *Lancet* 1993; 341: 573-580.
2. Rodríguez A, Boullón F, Pérez Baliño N y col. Argentine randomized trial of percutaneous transluminal coronary angioplasty versus coronary artery by pass surgery in multivessel disease (ERACI) in hospital results and 1 year follow-up. *J Am Coll Cardiol* 1993; 22: 1060-1067.
3. Hamm CV, Reimers J, Ischinger T y col. A randomized study of coronary angioplasty compared with by pass surgery in patients with symptomatic vessel coronary disease (GABI). *N Engl J Med* 1994; 331: 1037-1043.
4. King SB III, Lembo NJ, Hall EC, and EAST Investigators. A randomized trial comparing coronary angioplasty with coronary by pass surgery (EAST). *N Engl J Med* 1994; 331: 1044-1050.
5. Rodríguez A, Ahualli P, Pérez Baliño N y col. Argentine randomized trial of percutaneous transluminal coronary angioplasty versus coronary artery by pass surgery in multiple vessel disease (ERACI): Late cost and three years follow-up results. *J Am Coll Cardiol* 1994; 469 A: 829-832.

6. Serruys PW, De Jaegere P, Kiemeneis F and BENESTENT Study Group. A comparison of balloon expandable. Stent implantation with balloon angioplasty in patients with coronary artery disease. *N Engl J Med* 1994; 331: 489-495.
7. Fischman DL, Leon MB, Baim D and Stent Restenosis Study Investigators. A randomized comparison of coronary stent placement and balloon angioplasty in the treatment of coronary artery disease. *N Engl J Med* 1994; 331: 496-501.
8. Rodríguez A, Santaera O, Larribau M y col. Coronary stenting decreases restenosis in lesions with early loss in minimal luminal diameter 24 hours after successful PTCA. *Circulation* 1995; 1397: 1402.

Señora Directora:

Por la presente me dirijo a usted con todo respeto en referencia a la carta enviada el 18 de abril de 1995 por el Dr. Alfredo Rodríguez, donde cuestiona una opinión emitida por mí, en el Editorial del Volumen 63, Nº 1, de Enero-Febrero de 1995, respecto de la indicación de angioplastia o cirugía en la enfermedad de "múltiples" vasos de la cardiopatía isquémica.

Las apreciaciones del Dr. Rodríguez no son justas y por ello deseo expresar lo siguiente:

a) La angioplastia coronaria va ganando terreno en el manejo de la cardiopatía isquémica que requiere revascularización miocárdica, aún más ahora, con el desarrollo del *stent* y el *rotablator*, pero debe ser realizada sobre lesiones vasculares apropiadas, y preferentemente con lesiones de uno o dos vasos.

b) En lesiones de tres vasos, si las circunstancias y el tipo de lesiones vasculares lo permiten, también puede ser realizada.

c) El Dr. Rodríguez acepta que ambos métodos tienen similares resultados a largo plazo en términos de mortalidad e infarto, (1) por estudios randomizados que todos conocemos. También acepta que la diferencia es que con la angioplastia los pacientes tenían "más frecuentemente" angina de pecho residual (40,3%) respecto de los tratados con cirugía de revascularización miocárdica (19,6%). (1) También que con angioplastia "estaban expuestos a nuevas

reintervenciones en los primeros 6 meses", (1) cosa que no ocurre en esa proporción con la cirugía. (1) Y que "entre el 19% y el 27% requieren *cross over* a cirugía", la mayoría dentro del primer año.

d) Lo que debe comprender el Dr. Rodríguez es que los métodos no son uno *versus* el otro, sino que ambos se complementan en bien del resultado terapéutico futuro del paciente, y que cada paciente es un individuo.

e) Decir que aconsejar primariamente cirugía en las lesiones de "múltiples" vasos es "retroceder y negar diez años de historia en cardiología y cardiopatía isquémica" no es correcto. Actuar así es ser responsable y conocer las virtudes y limitaciones de cada método.

f) Presentar, como el Dr. Rodríguez lo ha hecho, ejemplos clínicos con lesiones de dos vasos, no corresponde a este tema, pues está hablando de lesiones de "múltiples" vasos.

g) El futuro de la angioplastia es promisorio, pero en la medida que ella se desarrolle como lo está haciendo hasta ahora.

h) Como cada paciente es un individuo, también se debe pensar la implicancia y el impacto psíquico que provoca una enfermedad como la cardiopatía isquémica, máxime cuando se requieren repetidas intervenciones médicas para controlar su situación, y ese aspecto estos trabajos no lo consideran.

Por estas razones, y sabiendo que estoy en 1995, es que reitero mi opinión personal sobre que, frente a estos resultados y en la medida de lo posible, las "lesiones de múltiples vasos" se deben manejar mediante procedimientos quirúrgicos convencionales, y sólo utilizar la angioplastia frente a situaciones puntuales que impidan la cirugía.

**Dr. Pedro Ramón Cossio**

#### BIBLIOGRAFIA

1. Rodríguez A, Sosa Liprandi MI, Pérez Baliño N, Mele E, Peyregne E, Ahualli P, Palacios I. Estudio randomizado argentino de angioplastia coronaria versus cirugía de revascularización: resultados de costos tardíos y seguimiento a 3 años. Trabajo presentado en el XXI Congreso Argentino de Cardiología.