

Síndrome Intermedio 1976

Es por todos bien conocido que la Cardiopatía Isquémica ocupa en la actualidad el primer lugar entre las principales causas de muerte; de ahí el interés creciente de diferentes grupos de trabajo en reconocer y tratar adecuadamente los pacientes portadores de esta afección.

Esta inquietud se ha visto favorecida por el rápido avance tecnológico que se ha producido en los últimos años y que ha contribuido en forma decisiva al mejor conocimiento de su fisiopatología, poniendo además a disposición del médico métodos de diagnóstico y tratamiento de indudable valor.

Sin embargo, a pesar de todo el esfuerzo realizado, existen aun criterios divergentes en lo que hace a la metodología de estudio y conductas terapéuticas, y que provienen, básicamente, de la falta de una clasificación de esta patología, que emplee definiciones adecuadas y que sea aceptada y usada en los diferentes centros especializados.

Uno de los cuadros que ha provocado mayores polémicas es el conocido como "Angina Pre-infarto" o "Angina Inestable", ya que bajo este común denominador se han incluido diversos cuadros clínicos de muy distinta evolución, que justifican la disparidad de hallazgos obtenidos cuando se analizan los resultados de grupos de trabajo.

Todas estas razones nos motivaron en 1970 a llevar a la práctica un plan destinado a conocer la evolución natural de estos enfermos, y su posible modificación mediante cirugía de revascularización. Para ello elaboramos una división de la Cardiopatía Isquémica, que surgió de la observación clínica directa en el manejo de estos pacientes y de los elementos de juicio proporcionados por la literatura médica.

Así fue que dentro de la Angina Inestable reconocimos dos entidades a las cuales denominamos Angina Progresiva y Síndrome Intermedio, y en base a estos dos cuadros clínicos realizamos un estudio prospectivo y al azar, cuya metodología ya ha sido publicada.

Consideramos que un enfermo presenta una Angina Progresiva cuando en los últimos tres meses se ha producido un cambio en su ritmo anginoso caracterizado por aumento en el número y/o intensidad de sus crisis anginosas, con disminución de la tolerancia al esfuerzo, pero sin llegar a reunir las condiciones del Síndrome Intermedio. Este último cuadro lo caracterizamos por: 1) angor prolongado, intenso, **recurrente** y de reposo; 2) pobre o ninguna respuesta a los nitritos de acción rápida, lo que obliga al uso de opiáceos; 3) arritmias y/o cambios transitorios en la repolarización ventricular; 4) curva enzimática normal o con una elevación no superior al 50 % del normal o su basal; 5) ausencia de factores extra-cardíacos determinantes (hipertiroidismo, anemia, etc.); 6) evolución menor de un mes.

De los 146 pacientes que inicialmente se incorporaron al plan por reunir los criterios arriba mencionados, 33 fueron excluidos por diferentes razones, quedando el grupo definitivo integrado por 113 pacientes.

El análisis de los resultados vamos a separarlo en dos partes; en una se comentará la evolución natural y en la otra se compararán los resultados entre los tratamientos médicos y quirúrgicos. En la actualidad llevamos 48 meses de seguimiento, habiéndose logrado conocer la evolución del 100 % de los casos incluidos.

Evolución natural: Hemos podido comprobar que la Angina Progresiva y el Síndrome Intermedio tienen un comportamiento diferente en lo que respecta a mortalidad e incidencia de Infarto Agudo de Miocardio en su evolución. Mientras que para el Síndrome Intermedio la mortalidad hasta el presente es del 50 %, la de la Angina Progresiva es del 11,1 % ($p < 0.005$). A su vez la incidencia de Infarto Agudo de Miocardio es del 37.5 % contra el 7.4 % respectivamente ($p \leq 0.01$). Sin embargo no se encuentran aún aclaradas las causas que motivan esta forma de evolucionar diferente ya que el análisis angiográfico realizado en la primera etapa del estudio no mostró diferencias significativas entre ambos cuadros (habiéndose tomado en cuenta el número de vasos afectados, el ventriculograma y la circulación colateral).

A pesar de ello, es de hacer notar que en un trabajo presentado hace poco por el Dr. Pujadas y col. concluyen que el síndrome Intermedio tendría una patente propia, caracterizada por lesiones coronarias suboclusivas. Por otra parte, desde el punto de vista anatomopatológico los trabajos de Caufield y col. establecen diferencias entre los pacientes portadores de Angina de Pecho Estable e Inestable, ya que en esta última observaron una mayor incidencia de hemorragias múltiples en las placas de ateroma de 2 o más arterias. Si bien todos estos hallazgos son de indudable valor no nos encontramos aun en condiciones de dar una explicación clara y precisa del fundamento anatómico de ambas entidades.

Nuestros resultados, en lo que respecta a la evolución clínica de estos pacientes coinciden con los de otros autores tales como Gazes y col., que los dividen en grupos de alto y bajo riesgo (o sea Síndrome Intermedio y Angina Progresiva). Matloff y col., Fischl y col., quienes hacen también hincapié en la alta mortalidad del Síndrome Intermedio.

Comparación de tratamientos: si efectuamos el estudio comparativo entre ambas entidades puede observarse que en el Síndrome Intermedio la mortalidad del grupo con TM es del 50 % contra un 10,7 % del grupo con TQ, con lo que resulta una diferencia altamente significativa ($p \leq 0.005$), mientras que para la Angina Progresiva la mortalidad es del 11.1 % y del 11.7 %, respectivamente, es decir, que son similares.

La incidencia de Infarto Agudo de Miocardio, en el Síndrome Intermedio con TM es del 37,5 % y con TQ 14,2 % dando, por lo tanto, una diferencia significativa; en la Angina Progresiva, en cambio, la incidencia es del 7,4 % con TM y el 11,7 % con TQ.

Si analizamos la condición clínica de los enfermos tomando en consideración el síntoma angor y los dividimos en asintomáticos y anginosos observamos una mejor evolución en los pacientes operados.

De acuerdo a los resultados obtenidos hasta el presente creemos que ya no se justifica hablar en forma genérica de Angina Inestable y que este término debe ser reemplazado por el de las dos entidades que lo componen, designándose cada una de ellas por la denominación que prefiera cada grupo de trabajo (en nuestro caso Síndrome Intermedio y Angina Progresiva), ya que ambas poseen características diferentes que obligan a encararlas con un criterio específico.

Así, mientras el Síndrome Intermedio debe ser considerado como una real emergencia médica que requiere terapéutica agresiva y precoz, la Angina Progresiva admite una actitud más contemplativa, dando tiempo a evaluar la conducta a seguir.

En conclusión, creemos haber abundado en argumentos que avalan la división de la Angina Inestable en Síndrome Intermedio y Angina Progresiva ya que ambos poseen una fisonomía propia que permite identificarlos con precisión.

Dr. Jorge Enrique Tronge