

Indicación de desfibrilador automático implantable después de angioplastia coronaria transluminal percutánea primaria

Ángel Arenal Maíz

Servicio de Cardiología. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. España.

La identificación de los predictores de muerte súbita después de un infarto agudo de miocardio y la posterior demostración de que la implantación de un desfibrilador automático implantable (DAI) reduce la mortalidad total en dicha población de riesgo¹⁻³ han vuelto a despertar el interés por la prevención primaria de la muerte súbita y por el impacto asistencial y económico que la identificación de estos pacientes podría tener. Por ello, el estudio de González et al⁴ cobra mayor interés. Si la angioplastia primaria en el infarto agudo de miocardio reduce o influye en la incidencia de predictores de muerte súbita y en el número de implantes de DAI es un interrogante con implicaciones clínicas de gran magnitud.

Aunque se sabe que la angioplastia primaria, en comparación con otros tratamientos, implica un menor deterioro de la función ventricular izquierda y una mayor supervivencia a corto y medio plazo, se desconoce el efecto que podría tener esta reperfusión precoz en la aparición de sustratos arritmogénicos relacionados con taquicardias ventriculares. La reperfusión, al favorecer la viabilidad de algunas fibras musculares en el interior de la cicatriz, podría facilitar la aparición de circuitos de reentrada^{5,6}, y cuantas más fibras viables, más elevada es la probabilidad de aparición de circuitos; sin embargo, al preservar la función ventricular se podría evitar la aparición de fibrosis y se disminuiría la tensión de la pared ventricular y el remodelado ventricular. Por tanto, se puede presumir tanto que la reperfusión precoz podría favorecer la aparición de sustrato arritmogénico como lo contrario. ¿Responden los autores a esta pregunta? La

respuesta es no, ni de una forma directa (que hubiera requerido la realización de un estudio electrofisiológico a todos los pacientes para valorar la inducibilidad de taquicardias sostenidas) ni de una forma indirecta (mediante el análisis de la incidencia de potenciales tardíos a través de la promediación de señales). Esta técnica no invasiva habría proporcionado una valiosa información sobre la presencia de zonas de conducción lenta relacionadas con el infarto de miocardio. De los datos que ofrecen los autores tampoco se obtienen evidencias que aclaren el efecto de la angioplastia sobre el sustrato arritmogénico: *a)* la incidencia de taquicardias ventriculares no sostenidas no es significativamente inferior a la encontrada en controles históricos referidos en la bibliografía, y *b)* los datos basados en la inducibilidad de taquicardias ventriculares sostenidas no son significativos, debido principalmente al reducido número de pacientes sometidos a estimulación ventricular. Por tanto, podemos inferir que el efecto en la tasa de implantes de DAI de la angioplastia primaria en pacientes con infarto agudo de miocardio se debe a su impacto en la función ventricular más que a posibles efectos en el sustrato arritmogénico.

El estudio de González et al⁴ concluye que el desfibrilador sólo está indicado en el 5% de los pacientes sometidos a una angioplastia primaria. Sin embargo, aunque esta tasa de implantes es aparentemente inferior a la referida en la bibliografía en pacientes similares, la ausencia de comparación con un grupo control de pacientes sometidos a reperfusión mediante fibrinólisis o no reperfundidos impide la obtención de conclusiones incontestables. A pesar de estas limitaciones, González et al⁴ han proporcionado una información sumamente valiosa: el porcentaje de pacientes con un infarto agudo de miocardio tratado mediante angioplastia primaria que requiere un desfibrilador implantable es sensiblemente inferior a lo esperado y perfectamente asumible por nuestro sistema sanitario. La identificación de estos pacientes debería ser un objetivo de la evaluación sistemática después de un infarto de miocardio.

VÉASE ARTÍCULO EN PÁGS. 1182-6

Correspondencia: Dr. A. Arenal Maíz.
Servicio de Cardiología. Hospital Gregorio Marañón.
Dr. Esquerdo, 46. 28007 Madrid. España.
Correo electrónico: arenal@doyma.net.es

Full English text available at: www.revespcardiol.org

BIBLIOGRAFÍA

1. Moss A, Hall J, Cannom D, Daubert J, Higgins S, Klein H, et al. Improved survival with an implanted defibrillator in patients with coronary disease at high risk for ventricular tachycardia. *N Engl J Med* 1996;335:1933-40.
2. Buxton A, Lee K, Fisher J, Josephson M, Prystowsky E, Hafley G. A randomized study of the prevention of sudden death in patients with coronary artery disease. *N Engl J Med* 1999;341:1882-90.
3. Moss A, Zareba W, Hall W, Klein H, Wilber D, Cannom D, et al. Prophylactic implantation of a defibrillator in patients with myocardial infarction and reduced ejection fraction. *N Engl J Med* 2002;346:877-83.
4. González J, García A, Saura D, Carrillo P, López R, Sánchez JJ, et al. Impacto de la angioplastia primaria en la indicación de desfibrilador implantable en pacientes con infarto de miocardio. *Rev Esp Cardiol* 2003;56:1182-6.
5. De Bakker JM, Van Capelle FJ, Janse MJ. Reentry as a cause of VT in patients with chronic ischemic heart disease: electrophysiologic and anatomic correlation. *Circulation* 1988;77:589-606.
6. De Bakker JM, Van Capelle FJ, Janse MJ, Tasseron S, Vermeulen JT, De Jonge N, et al. Slow conduction in the infarcted human heart: «zigzag» course of activation. *Circulation* 1993;88:915-26.