
Juan Karlo Urrea Zapata, MD*

“Hacia la estandarización de los criterios de isquemia por las diferentes modalidades de imagen: un esfuerzo para definir el beneficio potencial del manejo farmacoinvasivo”

COMPARATIVE DEFINITIONS FOR MODERATE-SEVERE ISCHEMIA IN STRESS NUCLEAR, ECHOCARDIOGRAPHY, AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING

Shaw L, Berman D, Picard M, Friedrich M et al, for the National Institutes of Health/National Heart, Lung, and Blood Institute–Sponsored ISCHEMIA Trial Investigators. *J Am Coll Cardiol Img* 2014;7:593–604

En este “estado del arte” publicado en JACC Imaging de junio de 2014, el grupo del estudio ISCHEMIA ((International Study of Comparative Health Effectiveness With Medical and Invasive Approaches) nos invita a tener en cuenta de una manera unificada, la interpretación de los criterios de isquemia moderada a severa entre las modalidades diagnósticas de imagen más utilizadas, el ecocardiograma de estrés, la perfusión miocárdica y la RMN de corazón con protocolo de isquemia. Esta revisión narrativa muestra una selección de artículos relevantes que contienen los desenlaces de muerte por enfermedad coronaria o infarto de miocardio en presencia de isquemia moderada a severa. El punto importante es que representa una opinión de expertos participantes en este estudio, incluye pacientes con fracción de eyección preservada y sirve como punto de partida para tratar de llevar futuros registros de desenlaces con la clasificación aquí propuesta. Los *PUNTOS CLAVE* de la publicación están resumidos a continuación:

1. No está establecido claramente un algoritmo de evaluación óptima y tratamiento después de un resultado de anormalidad en imágenes cardíacas.
2. Antes de una procedimiento coronario percutáneo (ICP), menos de la mitad de los pacientes tiene un test de provocación de isquemia en los 90 días previos y en los que traen un test previo, casi dos terceras partes de ellos no se les encuentra enfermedad coronaria obstructiva significativa.
3. En evaluaciones de calidad de atención en salud y reportes de Joint Commission, se considera que los resultados positivos de documentación y severidad de isquemia de las pruebas de provocación contribuyen al “abuso” del uso de la ICP diagnóstica.
4. La tasa anual de eventos de enfermedad coronaria generalmente va desde ~ 1% en los resultados normales de los test hasta 10% en los estudios severamente anormales.
5. De la misma forma, la cascada isquémica puede facilitar diferencias en los resultados entre los diferentes test, sabiendo que las anormalidades de perfusión tienen mayor extensión, ocurren más temprano y se asocian más a lesiones intermedias, por otro lado,

las anomalías en las paredes ocurren más tarde en la cascada isquémica y están asociadas con estenosis más severas.

6. El punto de partida original se basa en los resultados de medicina nuclear que identifica la isquemia $\geq 10\%$ como un estado de alto riesgo y representa la probabilidad de muerte por enfermedad coronaria o infarto de miocardio en 5% (comparado con 1% en sujetos con pruebas normales).
7. En la ecocardiografía de estrés sin importar si es con ejercicio o fármacos, $\geq 3/16$ segmentos que desarrollan trastornos de contractilidad (hipocinesia o acinesia), representa la probabilidad de muerte por enfermedad coronaria o infarto de miocardio en 5% (comparado con 1% en sujetos con pruebas normales).
8. En la RMN de corazón con protocolo de isquemia, encontrar $\geq 4/32$ segmentos disfuncionales o $\geq 3/16$ que desarrollan trastornos de contractilidad, representa la probabilidad de muerte por enfermedad coronaria o infarto de miocardio en 5% (comparado con 1% en sujetos con pruebas normales).
9. Como punto final, el grupo de revisión recomienda que estos criterios de isquemia moderada a severa deben incluir marcadores de riesgo como función ventricular, volúmenes, strain, edema y dilatación isquémica transitoria del ventrículo izquierdo.

Esperaremos el complemento al COURAGE que es el estudio ISCHEMIA, programado para finales de 2017 y esto podría ayudar a la cuantificación isquémica como la verdadera herramienta para definir un cambio en el pronóstico con el manejo farmacoinvasivo.

Referencia:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcmg.2013.10.021>

© 2014 by the American College of Cardiology Foundation
