



SOCIEDAD
COLOMBIANA
DE CARDIOLOGIA Y
CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Memocardio No. 1

Angina Inestable...en vía de extinción

por Juan Karlo Urrea Zapata, MD. Medicina Interna, Cardiología, Diagnóstico No Invasivo. DIME, Cali, Colombia

Espectro de la enfermedad coronaria

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad isquémica cardíaca incluyen la angina estable (AE) y los síndromes coronarios agudos (SCA). Este último se divide en el espectro del síndrome coronario agudo sin elevación del ST (incluye la angina inestable-AI y infarto de miocardio sin elevación del ST), el síndrome coronario agudo con elevación del ST (incluye el bloqueo nuevo de rama izquierda) y la muerte súbita cardíaca.

Definición de angina inestable

En el 2008, la organización mundial de la salud definió la angina inestable como una aparición o cambio en el patrón de los síntomas de isquemia miocárdica, asociado a cambios isquémicos en el electrocardiograma (infradesnivel del ST > 0,5mm ó T negativas > 2mm en 3 latidos consecutivos en 2 derivaciones que miran una misma pared) y sin elevación de los biomarcadores cardíacos. Si bien distinguir entre una angina estable crónica y una de reciente inicio no es fácil, se considera que la aparición de síntomas anginosos o de isquemia en los últimos 2 meses puede considerarse una angina inestable de reciente inicio. Si el patrón de los síntomas no cambia y se mantiene por más de 6 semanas, se considera una angina estable crónica.

Su incidencia a través del tiempo

A inicios de los 70 se comenzó a emplear el término de AI, pero fue solo a mediados de los 80 cuando se estableció la incidencia de

esta en el espectro del SCA (25% en el estudio TIMI 3). A comienzos del 2000 se caracterizó al SCA en los EEUU con 34% para el infarto de miocardio con elevación del ST y 66% en el SCA sin elevación del ST, en este último 2/3 partes como infarto sin elevación del ST. A finales del 2010 y en los últimos 5 años, con el advenimiento de la troponina de alta sensibilidad, cada vez se diagnostica más IM sin elevación del ST, y como lo dice en un revisión concisa de *Circulation* (2013;127:2452-2457) el Dr Eugene Braunwald "Angina Inestable: es tiempo para una misa de difuntos".

Probablemente en nuestros días la angina inestable solo se reconozca en menos del 10% de los SCA. Y por esto, los estudios en los últimos 10 años, solo establecen a la angina inestable como de moderado a alto riesgo cuando se asocia específicamente a los cambios isquémicos del ST (infradesnivel) o la onda T negativa.

Cómo tratarla hoy

Si bien el marcador de riesgo independiente más importante, y que marca impacto en morbimortalidad es la elevación de los biomarcadores, la presencia del cambio en el patrón de síntomas isquémicos y los cambios dinámicos del ST durante el dolor, también afectan el pronóstico de los pacientes. Es así como en la reciente guía de SCA sin elevación del ST (*J Am Coll Cardiol*. 2014;64(24):e139-e228. doi:10.1016/j.jacc.2014.09.017), en presencia de AI se reserva el estudio angiográfico en fase hospitalaria para aquellos pacientes con cambios dinámicos

del ST, angina refractaria, inestabilidad eléctrica o hemodinámica o a aquellos con un score de TIMI > 3 o GRACE > 140. Aquellos que no cumplen con estos parámetros, se elige la estrategia guiada por isquemia, es decir, si después de una prueba de provocación de isquemia se identifica anomalías de alto riesgo (más de 1 pared o 2 segmentos en ECO estrés ó más del 10% de miocardio en riesgo en medicina nuclear) son llevados a arteriografía en fase hospitalaria.

Cabe recordar que 2/3 partes de los pacientes del estudio CURE (ASA mas clopidogrel en SCA sin elevación del ST) tenían angina inestable, por esto una vez diagnosticada en los servicios de urgencias y si es considerada al menos de moderado a alto riesgo (cambios electrocardiográficos asociados), los pacientes deben ser manejados con antiagregación dual por 12 meses independiente de si son llevados a intervencionismo coronario o no.

Qué podemos concluir

Es definitivo que en la medida que los puntos de corte de los biomarcadores caen, aumenta la presentación del infarto de miocardio. Esto lleva a que se realicen probablemente más intervenciones coronarias en nuestros días. Pero entonces, debemos ajustar mejor los criterios de clasificación y diagnóstico de la angina inestable y reservarlo para los pacientes que tienen el cambio en el patrón de síntomas, aumento de estos y que se asocian a cambios electrocardiográficos de isquemia (infradesnivel del ST u onda T-).