

Editorialización de un Artículo sobre DISFUNCION ENDOTELIAL EN LAS ARTERIAS CORONARIAS NO CULPABLES.

Prevalence of Microvascular and Endothelial Dysfunction in the Nonculprit Territory in Patients With Acute Myocardial Infarction The FISIOIAM Study

Circ Cardiovasc Interv. 2019;12:e007257. DOI: 10.1161/CIRCINTERVENTIONS.118.007257.

Juan Carlos Kaski DSc, MD, DM (Hons), FRCP, FACC, FESC, FAHA

Tradicionalmente se ha visto a la enfermedad aterosclerótica coronaria como una enfermedad epicárdica selectiva, lo cual -obviamente- no es cierto-. La vasculatura -y más concretamente el endotelio- es una estructura ubicua. Aun se toman decisiones terapéuticas y/o de intervencionismo con base en el “*gold-standard*” que es la arteriografía coronaria (el concepto anatómico de la imagen y del flujo)

Pero la importancia de la disfunción microvascular en la patogénesis de la enfermedad isquémica cardíaca ya no es un misterio. Se ha demostrado que enfermos con angina estable (isquemia miocárdica), a pesar de tener arterias coronarias epicárdicas no obstruidas, tienen espasmo distal epicárdico y/o espasmo microvascular, o respuesta dilatadora microvascular anormal. Y demostrar alteraciones en la reserva coronaria es un marcador de mal pronóstico tanto en hombres como en mujeres con angina. Por otro lado, la disfunción microvascular juega un papel muy importante en la patogénesis de eventos isquémicos cardíacos agudos con arterias epicárdicas “sanas” (el nuevo concepto NOCA o isquemia sin enfermedad coronaria obstructiva) como es el caso de infarto del miocardio con arteriografía epicárdica normal (más frecuente en mujeres) y en el síndrome de Takotsubo.

La administración de acetilcolina es una herramienta simple y útil para detectar disfunción endotelial y puede realizarse durante la arteriografía coronaria, ayudando a detectar espasmo epicárdico o microvascular en enfermos con angina.

El estudio FISIOIAM aparecido en la referencia del título es el primero en estudiar la fisiología de las arterias no culpables en enfermos con infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST. Se estudió la respuesta fisiológica tanto el territorio micro como macro-circulatorio, dependiente e independiente del endotelio.

Se reclutaron 84 pacientes. Después de revascularización de la arteria culpable se estudió la respuesta fisiológica de las arterias “no culpables” mediante el test de acetilcolina (función endotelial) y se estudió también la reserva coronaria. Los resultados mostraron disfunción microvascular y disfunción endotelial globalmente en un 93% de los pacientes. Hubo disfunción endotelial epicárdica en un 60% y disfunción microvascular endotelial (reserva de flujo coronario) en el 44% de los pacientes. En el seguimiento a 6 meses no hubo eventos atribuibles a la arteria no culpable. Se hace un importante aporte al demostrar que hay **anormalidades vasomotoras en la**

arteria no culpable, lo cual puede explicar la presencia la angina después de un IAM o de revascularización de la arteria culpable. Esto debe animar a los cardiólogos intervencionistas a hacer test de fisiología endotelial en enfermos sometidos a cateterismo por angina estable y en pacientes con síndrome coronario agudo en casos en que los síntomas o la clínica no sean claros. Y la mayor conclusión debe ser que **revascularizar no es igual a curar**. Hay una serie de procesos, mecanismos fisiopatológicos, funcionales, hemodinámicos e incluso inmunológicos que explican el por qué hasta un 40% de los revascularizados continúan con angina y/o isquemia y que requieren continuar mediación para su manejo.

Enrique Melgarejo R.,MD,FESC,FACC.

Coordinador Grupo de Trabajo Medicina Vasculat, Sociedad Colombiana de Cardiología.