

SINDROME CORONARIO CRÓNICO

Leonardo Velásquez-Zapata^{1*}, Ysmenia Diez-Perez², Paola Varleta³, Mónica Acevedo Blanco¹

¹División de Enfermedades Cardiovasculares, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. ²Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC), MCA Centro Policlínico Cardiovascular, Santo Domingo, República Dominicana. ³Unidad de Prevención Cardiovascular y Rehabilitación Cardíaca, Centro Cardiovascular, Hospital DIPRECA, Santiago, Chile. *Residente Postgrado Cardiología.

Traducción fiel al español del Capítulo 11: Chronic coronary síndrome. Chapter 11: Vol. 33 Supplement 5: October-December 2022. Cardiovascular and Metabolic Science – doi: 10.35366/108054.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/cardiovascular/cms-2022/cmss225l.pdf>

Cómo citar: Velásquez-Zapata L, Díaz-Pérez Y, Varleta P, Acevedo M. Chronic coronary syndrome. Cardiovasc Metab Sci. 2022; 33 (s5): s458-s460. <https://dx.doi.org/10.35366/108052>

Introducción

La enfermedad coronaria (EC) es un proceso patológico con acumulación de placa aterosclerótica en las arterias coronarias epicárdicas. Es una condición crónica, progresiva, que puede permanecer asintomática hasta la ocurrencia de un accidente de placa (Síndrome Coronario Agudo, SCA).

El síndrome coronario crónico (SCC) engloba condiciones patológicas producidas por discordancia crónica o repetitiva entre oferta y demanda en el consumo de oxígeno miocárdico. La causa más frecuente de isquemia se debe a obstrucción aterosclerótica de las arterias coronarias. Menos frecuentes son la disfunción microvascular, vasoespasmo, anomalías congénitas o injurias miocárdicas no ateroscleróticas^{1, 2}. La principal manifestación clínica del SCC es la angina. La reproducción y el tiempo de duración del dolor con ejercicio o estrés, permiten diferenciar este cuadro de los SCA.

Formas de presentación:

Se distinguen 6 formas de presentación¹:

1. Pacientes con angina crónica estable y/o disnea con sospecha de EC obstructiva. El estudio de estos incluye evaluación de síntomas, examen físico, comorbilidades y calidad de vida. Fundamental es evaluar la probabilidad pretest para elegir método diagnóstico apropiado, y establecer pronóstico de eventos cardiovasculares (CV) futuros².
2. Pacientes con episodio de insuficiencia cardiaca de reciente aparición o disfunción ventricular izquierda (VI). La EC es la principal causa de insuficiencia cardiaca.
3. Pacientes con síntomas estables < 1 año después de un SCA y/o revascularización. Se deben seguir durante el primer año después del evento, y evaluar la función ventricular 8 a 12 semanas después.
4. Pacientes después de 1 año del SCA o revascularización. Se recomienda una evaluación clínica anual con énfasis en adherencia a la terapia médica óptima, ECG, y evaluación de función ventricular y isquemia silente cada 3 a 5 años^{1, 2}.
5. Pacientes con angina y sospecha de disfunción microvascular o vasoespasmo, con EC no obstructiva. Se asocian a pronóstico desfavorable. Los cuadros microvasculares se presentan con angina sin lesiones obstructivas significativas. Los cuadros vasoespásticos ocurren en reposo y suelen seguir un ritmo circadiano, con cambios del ST transitorios.
6. Pacientes asintomáticos con detección de EC por chequeo: en ellos se sugiere una cuidadosa evaluación del riesgo CV.

Diagnóstico del síndrome coronario crónico.

Existen 6 pasos esenciales^{1, 2}:

1. Realizar una historia clínica detallada para el diagnóstico clínico de angina y su clasificación (angina típica, atípica, dolor torácico no anginoso). Luego, valorar los síntomas y signos, utilizando la clasificación de la Sociedad Canadiense de Cardiología¹.
2. Registrar las enfermedades concomitantes, calidad de vida del paciente, determinar existencia de anemia, hipertensión arterial, enfermedad valvular, miocardiopatía hipertrófica, alteraciones del ritmo cardíaco, enfermedad vascular periférica, enfermedad tiroidea, renal y diabetes.

3. Realizar ECG de reposo, pruebas de laboratorio (hemograma, función renal, tamizaje para diabetes, perfil lipídico, perfil tiroideo), ecocardiografía transtorácico y radiografía de tórax¹.
4. Valorar la probabilidad pretest (PTP) y la probabilidad clínica de cardiopatía isquémica. Cuando la PPT es < 15% no realizar más estudios; entre 15-65% se recomienda tomografía computada coronaria (AngioTAC), entre 65-85% ponderar AngioTAC u otra prueba de isquemia, y si PTP > 85% realizar coronariografía^{2, 3}.
5. La prueba diagnóstica adecuada dependerá de la PTP, las comorbilidades del paciente y disponibilidad. En pacientes sintomáticos, en los que no puede descartarse la EC obstructiva, se debe realizar una prueba de imagen funcional no invasiva, o bien AngioTAC coronario. La prueba de esfuerzo se recomienda sólo en algunos sujetos para valorar la tolerancia al esfuerzo, la aparición de síntomas, arritmias, respuesta presora y el riesgo de eventos CV. Puede considerarse también, cuando no se dispone de imágenes no invasivas y en pacientes ya tratados para objetivar síntomas y/o isquemia al ECG. El AngioTAC es una alternativa a la coronariografía si otras pruebas no invasivas no son diagnósticas. La coronariografía se recomienda en pacientes con alta probabilidad clínica, síntomas resistentes a terapia o con angina de pequeño esfuerzo. Debe disponerse de valoración funcional invasiva en los casos que exista duda de la severidad de la estenosis³.
6. Evaluación de riesgo de eventos CV basado en la evaluación clínica y los estudios realizados para el diagnóstico.

Tratamiento

Los objetivos principales son la mejoría de síntomas/calidad de vida y mejorar la sobrevida libre eventos cardíacos. Los pilares del tratamiento se resumen en la Figura 1^{1, 2}.

- b) Rehabilitación CV: consiste en un programa supervisado de ejercicio. Sus beneficios son múltiples. Se ha demostrado en metaanálisis que puede reducir la mortalidad CV y las hospitalizaciones CV. Sin embargo, < 25% de los pacientes se derivan a estos programas^{4,5}.



Figura 1 Pilares del tratamiento en Síndrome Coronario Crónico (SCC)

a) Estilo de vida y comportamiento saludable: Tabla 1.

Tabla 1 Recomendaciones de estilo de vida en Síndrome Coronario Crónico

Intervención	Recomendación ESC 2019	RRR (%)
Actividad física	30'-60' de intensidad moderada casi todos los días	27% mortalidad
Cese tabaquismo	Uso del modelo de las 5 A	36% mortalidad
Dieta saludable	Alta en vegetales, frutas y granos. Grasas saturadas < 10% de la ingesta total Reducir consumo de alcohol a < 100 grs a la semana	31% MACE ¹⁰
Baja de peso	Conseguir y/o mantener IMC ≤ 25kg/m ²	33% MACE ¹

ESC = European Society of Cardiology. RRR = Reducción de Riesgo Relativo. IMC: Índice de masa corporal. MACE: Mayor Cardiovascular Events (Eventos Cardiovasculares Mayores)

- c) Terapia anti isquémica: el β -bloqueo y los bloqueadores de canales del calcio son la primera línea para reducir la angina, pero no han demostrado efecto en la sobrevida. El uso de nitratos de acción corta se reserva como medicación de rescate, mientras que los de larga acción, como segunda línea. La ranolazina podría ser usada en pacientes con síntomas refractarios a pesar de la terapia^{1, 2}.
- d) Terapia antitrombótica: el ácido acetilsalicílico (AAS) es el pilar de la terapia cuando existe EC obstructiva. La doble antiagregación se mantiene \pm 12 meses después de un SCA. El uso después del año de doble terapia ha demostrado una reducción del riesgo de eventos CV \approx 25% - 28%. La adición del anticoagulante rivaroxaban en dosis de 2.5 mg BID más AAS redujo el riesgo relativo de eventos 24%⁶.
- e) Hipolipemiantes: la meta de LDL es de < 55 o <70 mg/dl, Europa y USA, respectivamente. El manejo incluye cambios en estilo de vida y terapia farmacológica intensiva aditiva con estatinas, ezetimiba e inhibidores de PCSK9, en ese orden^{1,2,7}.
- f) Revascularización: el estudio ISCHEMIA⁸, y recientemente, el REVIVE⁹ demostraron igual sobrevida en los pacientes con tratamiento médico óptimo versus revascularización coronaria. Esta última estrategia, sin embargo, logra mejor control de síntomas.

Referencias Bibliográficas

1. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2020;41:407-477.
2. Gulati M, Levy PD, Mukherjee D, Amsterdam E, Bhatt DL, Birtcher KK et al. AHA/ACC/AASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2021;144:e368-e454.

3. Juarez-Orozco LE, Saraste A, Capodanno D, Prescott E, Ballo H, Bax JJ et al. Impact of a decreasing pre-test probability on the performance of diagnostic tests for coronary artery disease. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging*. 2019;20:1198-1207.
4. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thompson D, Oldridge N and Ebrahim S. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001:CD001800.
5. Benzer W, Rauch B, Schmid JP, Zwisler AD, Dendale P, Davos CH et al. Exercise-based cardiac rehabilitation in twelve European countries results of the European cardiac rehabilitation registry. *Int J Cardiol*. 2017;228:58-67.
6. Parker WA and Storey RF. Antithrombotic therapy for patients with chronic coronary syndromes. *Heart*. 2021;107:925-933.
7. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2020;41:111-188.
8. Maron DJ, Hochman JS, Reynolds HR, Bangalore S, O'Brien SM, Boden WE, Chaitman BR et al. Initial Invasive or Conservative Strategy for Stable Coronary Disease. *N Engl J Med*. 2020;382:1395-1407.
9. Perera D, Clayton T, O'Kane PD, Greenwood JP, Weerackody R, Ryan M et al. Percutaneous Revascularization for Ischemic Left Ventricular Dysfunction. *N Engl J Med*. 2022; 387: 1351-1360.
10. Critchley JA and Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA*. 2003;290:86-97.

Correspondence:

Mónica Acevedo

E-mail: macevedo@med.puc.cl