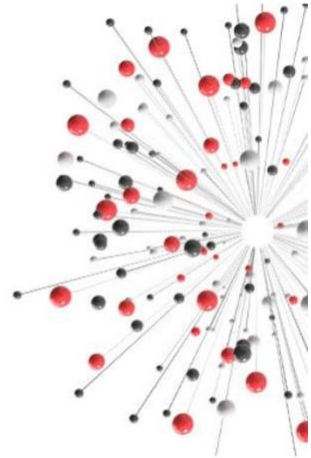




ESC Congress
The Digital Experience
#ESCCongress



Congreso Europeo de Cardiología

Colchicina en pacientes con enfermedad coronaria crónica

Low Doses Colchicine 2 (LoDoCo2) Trial

Población de estudio: 5.552 pacientes entre 35 y 82 años con enfermedad arterial coronaria (diagnosticada por coronariografía o Angiotac coronaria) y que haya permanecido estable por 6 meses.

Intervención: Luego de un período de 30 días de uso abierto de colchicina 0,5 mg una vez al día para probar tolerancia, se aleatorizaron los pacientes en forma doble ciego en una relación 1:1 a recibir colchicina a la misma dosis Vs placebo.

Racional: La inflamación vascular es causa significativa de riesgo residual, el estudio CANTOS (1) demostró que el uso de canakinumab (anticuerpo mono clonal anti IL1B) redujo el riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad coronaria de alto riesgo en pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica conocida pero con proteína C reactiva (PCR) us elevada (≥ 2) como marcador de inflamación, Canakinumab logró una reducción significativa de 25% del riesgo de eventos cardiovasculares (CV) mayores, y 31% de muerte CV y mortalidad total. En pacientes que permanecieron con PCR us elevada no se evidenció reducción de muerte.

Uno de los problemas más importantes de esta estrategia es el elevado costo del Canakinumab, lo que hace que la relación costo beneficio sea demasiado alta.

Por su parte, el estudio COLCOT (2) probó el uso de colchicina (droga con efecto anti inflamatorio de amplio espectro que inhibe la formación de túbulos y la liberación de citocinas, así como interfiere en la formación de inflamosomas) en pacientes posterior a un infarto al miocardio (IM). Otra ventaja es su bajo costo. La colchicina demostró una significativa reducción de eventos isquémicos de 23%.

Evidencias del efecto de colchicina en pacientes con enfermedad arterial coronaria estable eran necesarias.

Criterios de inclusión: pacientes entre 35 y 82 años con diagnóstico por angiografía coronaria o medición de calcio coronario (>400 unidades Agastston) de enfermedad arterial coronaria (EAC) y que estén clínicamente estables

Criterios de exclusión: Enfermedad renal crónica moderada o severa (clase 2-5), insuficiencia cardíaca severa, enfermedad valvular severa, o antecedentes conocidos de efectos adversos a la colchicina

Puntos finales: primario, el compuesto de muerte cardiovascular (MCV), IM, enfermedad cerebro vascular isquémica (ACV) y necesidad de revascularización por causa isquémica (el primero que ocurriera).

Resultados: Fueron aleatorizados y seguidos por más de 30 meses 2.762 pacientes en el grupo colchicina y 2.760 en el grupo placebo, promedio etario 66.8 años, mas del 80% varones, 81% habían tenido un SCA previo 68,2% hacía > 24 meses , el 94% utilizaban una estatina, > 90% terapia antiplaquetaria, >70% IECA/ BRA, >61% beta bloqueantes (BB) .

El punto primario ocurrió en 187 pacientes (6.8%) en el grupo colchicina y en 264 pacientes (9.6%) en el grupo control. 2.5 Vs 3.5 por cada 100 personas por año respectivamente (HR, 0.69; 95% IC 0.57 - 0.83; P<0.001), es decir una reducción relativa del 31%, beneficio que se obtuvo precozmente. En el grupo que recibió colchicina se demostró una disminución significativa y consistente en el número eventos isquémicos cardíacos, IM y necesidad de revascularización, no así en ACV de origen isquémico donde la disminución fue no significativa a favor de colchicina. La magnitud de Los beneficios fue similares a los vistos en el estudio piloto LoDoCo1 y en el estudio COLCOT post IM agudo.

Colchicina no demostró reducción de muerte no cardiovascular 73 Vs 60 muertes (0.9 Vs 0.8 muertes por 100 personas por año (HR:1.21 95% IC 0,86-1.71) y se vió un aumento no significativo de muerte por cualquier causa 0.7 y 0.5 eventos, por 100 personas / año (HR, 1.51; 95% IC, 0.99 - 2.31)

Implicaciones: En una población con enfermedad coronaria comprobada y clínicamente estable, tratada óptimamente con estatinas, antiplaquetarios, IECA/BRA y BB , el uso de colchicina, una droga económica, con efecto antiinflamatorio de amplio espectro fue bien tolerada y redujo el punto combinado de IM, MCV, ACV y necesidad de revascularización, lo cual ratifica la importancia de controlar la inflamación como una vía de reducir el riesgo residual.

El aumento no significativo de muerte no cardiovascular es una situación que hay que aclarar antes de una recomendación absoluta de esta estrategia en prevención secundaria.

Link: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2021372?query=featured_home



Dr. Carlos I. Ponte N.

Cardiologo

Coordinador programa unidades de prevención cardiometabólica SIAC

Referencias:

- 1- <http://www.siacardio.com/editoriales/prevencion-cardiovascular/terapia-antiinflamatoria-en-aterosclerosis-coronaria-con-canakinumab/>
- 2- <http://www.siacardio.com/editoriales/prevencion-cardiovascular/congreso-aha19-eficacia-y-seguridad-de-baja-dosis-de-colchicina-luego-de-un-infarto-de-miocardio/>