

Restenosis postangioplastia de miembro inferior y terapia antiagregante

Dr. I Hernández-Lahoz

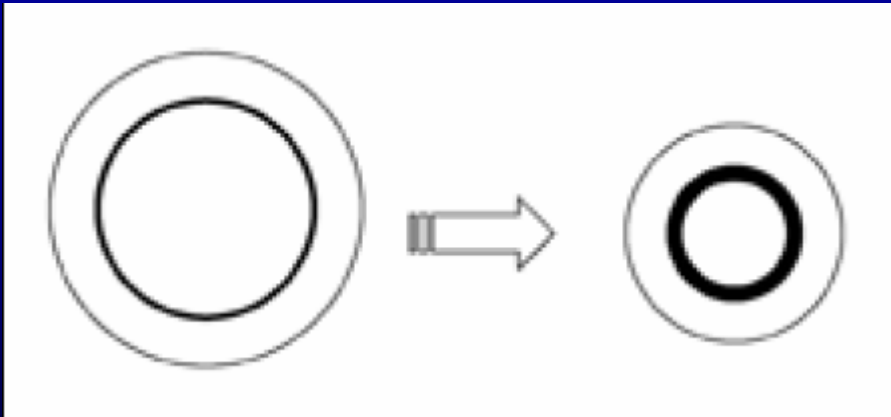
*Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Montecelo
Pontevedra*

Introducción

- ✓ *Problema más frecuente de terapia endoluminal*
- ✓ *Avances importantes en detección y tratamiento*
- ✓ *Desventaja respecto a cirugía*

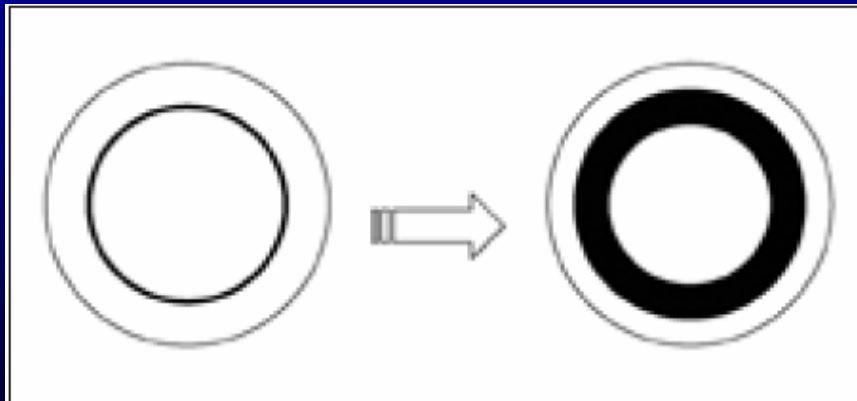
Patogenia de restenosis: remodelación del vaso (cicatriz)

- ✓ *constricción del vaso (50%) 2ª a reorganización de células y matriz extracelular*



Patogenia de restenosis: hiperplasia intimal

- *Adherencia plaquetaria*
- *Migración células musculares*
- *Infiltrado inflamatorio*
- *Síntesis de matriz extracelular*



Factores que favorecen restenosis

- ✓ *Femoropopliteo vs iliacas*
- ✓ *Oclusiones vs estenosis*
- ✓ *Lesiones largas vs cortas*
- ✓ *Afectación varios sectores*
- ✓ *Runoff*
- ✓ *Disección y estenosis residual*
- ✓ *ATP vs Stent*

1. Johnson KW. Radiology 1993; 186: 207-212

2. Capek P. Circulation 1991; 83: 70-80

3. Norgren L. Eur J Vasc Endovasc Surg 2007; 33: S1-S75

Factores que favorecen restenosis

- ✓ *CLI vs CI*
- ✓ *Mujeres*
- ✓ *Diabetes*
- ✓ *Estatina*
- ✓ *Marcadores inflamatorios*

1. Criqui MH. N Engl J Med 1992; 325: 556-562

2. Treiman GS. J Vasc Surg 1994; 20: 104-112

3. Samson RH. Semin Vasc Surg 2008; 21: 160-164

Criterios de restenosis

- ✓ *Clínicos:*
Empeoramiento escala Rutherford(-3+3)
No mejoría clínica
Disminución ITB > 0,15
- ✓ *Ecográficos: VPS > 300; Ratio > 2,5-3*
- ✓ *Angiográficos:*
Restenosis binaria

Tratamiento de restenosis

- ✓ *Angioplastia*
- ✓ *Stent intrastent*
- ✓ *Cutting balloon*
- ✓ *Aterectomía*
- ✓ *Crioplastia*
- ✓ *Braquiterapia*
- ✓ *Fibrinolisis*
- ✓ *Cirugía convencional*

American College of Chest Physicians

- *Stent coronario: AAS 100 mg + clopidogrel (1 año si después de evento coronario) 1A*
- *Stent liberador de fármacos: AAS 100 mg + clopidogrel durante 1 año. 1A-B*
- *Angioplastia-stent MMII: AAS 100 mg indefinida (protección coronaria)*

Búsqueda bibliográfica

- *“Lower limb angioplasty”*
- *“Restenosis”*
- *“Aspirin”*
- *“Clopidogrel”*
- *“Stent”*
- *“Antiaggregation”*

Estudios seleccionados

- *Randomizados*
- *Doble ciego*
- *Literatura inglesa*
- *Ultimos 20 años*

Estudios seleccionados

- *Ranke C. Clin Investig 1994; 72: 673-680*
- *Cassar K. Br J Surg 2005; 92: 159-165*
- *Study Group on Pharmacological Treatment after PTA. Eur J Vasc Surg 1994; 8: 83-88*
- *Heiss HW. Angiology 1990; 41: 263-269*
- *Doo DD. Radiology 1994; 193: 567-571*
- *Koppensteiner R. J Vasc Surg 2006; 44: 1247-1255*

Resultados

Autor	Estudio	Clín	Sector	Trat
Ranke	175 AAS ↑ 184 AAS	90%CL	N/A	atp
Cassar	67 AAS+clon 65 AAS	100%CL	60%fempop 40%iliaco	30%stent 70%atp
SGPT	110 AAS+dip 110 placebo	N/A	60%iliaca 40%fempop	atp
Heiss	100 AAS ↑ +dip 100 AAS+dypiridamol	N/A	fempop	atp
Doo	80 AAS+dip 80 HBPM	N/A	Fempop	atp
Koppensteiner	137 AAS+dalteparina 138 AAS	70%CL 30%CLI	100% fempop	atp

Resultados

Autor	Restenosis	p	Seguim	Coment
Ranke	10%	ns	1 año	> Problemas gástricos
Cassar	N/A	<0,001	1 mes	< función plaquetaria
SGPT	N/A	ns	1 año	No beneficio
Heiss	40%	ns	6 mes	No beneficio
Doo	30-47%	ns	1 año	>sangrado HBPM
Koppensteiner	43%	ns	1 año	<0,01 en CLI

Comentarios

- *Gran variabilidad en los estudios: sector tratado, atp-stent, criterios ecográficos y seguimiento*
- *No beneficio de AAS a dosis altas (>problemas gastrointestinales)*
- *< actividad de función plaquetaria AAS+clop (1 mes), sin observarse diferencias en restenosis*
- *> sangrado HBPM vs AAS+dipiridamol*
- *< restenosis AAS+HBPM vs AAS en isquemia crítica*

Comentarios

- *No estudios biterapia vs monoterapia que demuestren diferencias en restenosis*
- *No estudios que demuestren beneficio de la antiagregación en restenosis*
- *Antiagregación prevención eventos cardiovasculares*