

---

La continuación del ACC.26 trajo una agenda dominada por la cardiología intervencionista y la miocardiopatía hipertrófica. Hoy las preguntas giraron a cuándo y cómo intervenir — en las coronarias, en la válvula aórtica y en el corazón de un adolescente. Varios estudios negativos nos obligan a repensar prácticas arraigadas. Este es el resumen.

---

### **CHIP-BCIS3 — El Impella no mejora los desenlaces en la PCI de alto riesgo electiva**

CHIP-BCIS3 es un ensayo multicéntrico, abierto, que aleatorizó pacientes sometidos a ICP de alto riesgo electiva a recibir descarga ventricular izquierda con Impella CP vs cuidado estándar sin soporte mecánico planificado. Incluyeron pacientes con disfunción ventricular significativa y EAC extensa definida por un puntaje BCIS  $\geq 8$ . El desenlace primario jerárquico incluyó muerte, ECV, infarto, hospitalización cardiovascular e infarto periprocedimiento con un seguimiento mínimo de 12 meses. Los resultados, publicados simultáneamente en el *NEJM* demostraron que no hubo beneficio con el soporte mecánico. De hecho, en el análisis secundario, el riesgo de muerte cardiovascular fue casi el doble en el grupo de Impella comparado con el cuidado estándar.

**¿Qué nos dice esto?** Este es el segundo golpe al Impella en el ACC.26 — ayer STEMI-DTU nos mostró que la descarga ventricular no reduce el tamaño del infarto en STEMI anterior estable. Ahora, CHIP-BCIS3 demuestra que, en PCI electiva de alto riesgo, el uso rutinario del Impella tampoco aporta beneficio y puede causar daño. Con esto no se invalida su uso en el choque cardiogénico, pero sí nos obliga a ser mucho más selectivos.

---

### **ORBITA-CTO — La ICP de oclusiones totales crónicas sí mejora la angina, y ahora contra placebo**

Para quienes han debatido sobre la utilidad de abrir oclusiones totales crónicas en pacientes estables, ORBITA-CTO trae la respuesta más rigurosa hasta la fecha. Este ensayo doble ciego, aleatorizó 50 pacientes (25 por grupo) con OCT de un solo vaso sin otra enfermedad coronaria significativa a PCI o procedimiento placebo. Los resultados, publicados simultáneamente en *JACC*, mostraron que la ICP mejoró significativamente el puntaje de síntomas anginosos y redujo la frecuencia de angina frente al placebo a 6 meses.

**¿Por qué es importante?** El estudio logra separar el efecto placebo del efecto terapéutico real. Esto prueba que la PCI de OCT mejora los síntomas de forma inmediata, sostenida y consistente. Sin embargo, hay limitaciones importantes: el estudio fue pequeño, pacientes tratados en centros por operadores expertos, y se excluyeron las OCT más complejas. Para nuestra práctica, el mensaje es que la apertura de OCT tiene un beneficio real sobre la angina cuando se selecciona bien al paciente, pero debe reservarse para centros y operadores con alta experiencia, que estoy seguro los hay en los maestros colegas de esta asociación.

---

**ALL-RISE — La fisiología coronaria derivada de angiografía es no inferior a la guiada con guía de presión invasiva.**

Sabemos que la evaluación funcional con FFR mejora los resultados de la PCI frente a la decisión basada solo en angiografía. El problema es la disponibilidad siendo menor al 20% en los procedimientos los cuales utilizan esta evaluación fisiológica, en gran parte por la necesidad de usar guías de presión invasivas y estimulación farmacológica. ALL-RISE aleatorizó más de mil novecientos pacientes con estenosis coronarias de significancia intermedia en centros globales a evaluación con FFRangio (un sistema que usa inteligencia artificial para derivar la fisiología coronaria a partir de angiogramas convencionales) versus guía invasiva con alambre de presión. Los resultados, publicados en *NEJM*, demostraron no inferioridad: el desenlace compuesto de muerte, infarto y revascularización no planificada al año fue 6.9% con FFRangio vs. 7.1% con la guía de presión convencional. Además, el grupo FFRangio tuvo menor tiempo de procedimiento, menos radiación y menor uso de contraste.

**Implicaciones prácticas.** El estudio cambia el panorama porque elimina la barrera principal para adoptar la fisiología coronaria: la necesidad de instrumentar la arteria. Si podemos obtener información fisiológica confiable a partir de las imágenes que ya estamos adquiriendo durante la angiografía, la excusa para no evaluar fisiología desaparece. Es notable que los resultados fueron concordantes con FAST-III (otro ensayo presentado hoy con una tecnología diferente, vFFR), lo cual refuerza la validez de toda esta categoría de evaluación fisiológica no invasiva. Para nuestros laboratorios de hemodinamia en Guatemala, esto podría ser transformador: acceso a fisiología coronaria sin necesidad de guías de presión adicionales ni adenosina.

---

## SCOUT-HCM — Mavacamten demuestra eficacia en adolescentes con MCHO

Este me pareció un estudio muy esperanzador. Es el primer ensayo de un inhibidor de miosina cardíaca en adolescentes (12 a 17 años) con miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCHO). Publicado de manera simultánea en el NEJM, el ensayo aleatorizó 44 pacientes en centros de USA, Europa y Australia. A las 28 semanas, mavacamten redujo el gradiente del tracto de salida del ventrículo izquierdo en Valsalva de manera clínicamente significativa, con diferencia media de  $-48.0$  mmHg comparado con placebo. Más allá del desenlace primario, mostró mejoras en la obstrucción en reposo y post-ejercicio, función diastólica, grosor máximo de pared ventricular, clase funcional NYHA y la disfunción de la válvula mitral. Los biomarcadores de daño miocárdico disminuyeron en el grupo tratado y aumentaron en el grupo placebo, una señal de que el fármaco podría estar promoviendo remodelado favorable. Ningún paciente presentó FEVI menor al 50%, y con seguridad similar entre ambos grupos.

**Importante:** MCH de inicio pediátrico conlleva peor pronóstico que la del adulto, y hasta ahora las opciones eran betabloqueadores o miectomía quirúrgica. Esto pareciera entonces tratar el problema de fondo, pudiendo llegar a ser la primera terapia farmacológica dirigida para MCHO en adolescentes.

---

## PRO-TAVI — Diferir la PCI en pacientes que van a TAVI es seguro y reduce el sangrado

Una pregunta frecuente es: ¿debemos tratar la enfermedad coronaria subyacente antes del TAVI? Este estudio publicado simultáneamente en *Lancet*, aleatorizó 466 pacientes de alto riesgo (mediana 81 años) con estenosis aórtica severa y enfermedad coronaria significativa a recibir PCI antes del TAVI o diferirla (con PCI posterior solo si persistían sintomáticos). El puntaje SYNTAX promedio fue de 10, lo que indica enfermedad coronaria de complejidad baja/intermedia.

El desenlace primario a un año (muerte, infarto, ECV o sangrado moderado a severo) ocurrió en 24% del grupo que se difirió vs. 26% del grupo al cual se realizó PCI primero, cumpliendo la no inferioridad.

Solo 11% de los pacientes en el brazo de diferidos eventualmente requirieron PCI post-TAVI. El hallazgo más relevante fue la reducción significativa de sangrado mayor en el grupo diferido (6% vs. 15%), atribuible a evitar la DAPT posterior PCI.

**Para la práctica.** En una población con mediana de edad mayor a 80 años, reducir sangrado mayor tiene un impacto clínico enorme. El estudio nos da la confianza para diferir la PCI en pacientes con enfermedad coronaria de baja a intermedia complejidad que van a TAVI, especialmente cuando el riesgo de sangrado es alto. No obstante, esto no significa que la PCI sea innecesaria en todos los pacientes que van a TAVI — en enfermedad coronaria compleja o de alto riesgo anatómico, la pregunta sigue abierta.

---

## **Comentario final**

El segundo día del ACC fue, en buena medida, un día de humildad terapéutica. CHIP-BCIS3 nos recuerda que más tecnología no siempre es mejor y que la evidencia pesa antes de adoptar medidas sistemáticas. ORBITA-CTO, valida que abrir oclusiones crónicas alivia síntomas — pero en manos expertas y pacientes bien seleccionados. ALL-RISE nos abre una puerta enorme: fisiología coronaria derivada de IA que podría generalizar el acceso a evaluaciones funcionales en laboratorios de hemodinamia, incluyendo los nuestros. SCOUT-HCM es una historia de esperanza para población joven con una enfermedad devastadora, y finalmente PRO-TAVI simplifica una decisión clínica a la que nos enfrentamos cada vez que discutimos un caso de TAVI con enfermedad coronaria concomitante.

Asociación Guatemalteca de Cardiología · Blog de Cardiología · 29 de marzo de 2026

*Pendiente de publicación en página web.*