

A los Pacientes con Coronariopatía Aguda, ¿Apenas el Dosaje Inicial de Troponina es lo Mejor que Tenemos para Ofrecerles?

José Carlos Nicolau y Remo Holanda M. Furtado

Unidade de Coronariopatía Aguda do Instituto do Coração (InCor) - HC/FMUSP, São Paulo, SP - Brasil

Hace décadas, se sabe que existe buena correlación entre los niveles de determinadas enzimas y el tamaño del infarto de miocardio evaluado por necropsia.

Como sería de esperar, diversas publicaciones encontraron correlaciones altamente significativas entre los niveles de esos marcadores e incidencia de eventos, fundamentalmente óbitos - cuanto mayor fue el valor, mayor la mortalidad.

Por otro lado, con el surgimiento de nuevos marcadores, básicamente troponinas y CKMB masa ("biomarcadores de necrosis miocárdica"), nuevas evidencias comenzaron a surgir. Por ejemplo, muchos pacientes que serían catalogados como portadores de angina inestable comenzaron a recibir el diagnóstico de infarto agudo de miocardio sin supradesnivel del segmento ST, ya que estos biomarcadores son más sensibles que las enzimas previamente utilizadas. Por otro lado, también se demostró que aproximadamente 30% de los pacientes con aumento de troponina presentan niveles de CKMB actividad normal, y que estos pacientes presentan peor pronóstico en relación a aquellos con troponina también normal.

El importante trabajo de Santos et al¹ viene a contribuir a un mejor entendimiento del tema, al analizar el papel de la troponina y de la CKMB masa en una población no seleccionada de pacientes con cuadro clínico compatible con coronariopatía aguda (de cierta forma con sorprendentes 2/3 portadores de angina inestable y apenas 1/3 con IAM sin supradesnivel de ST).

Teniendo en consideración apenas el dosaje realizado en las primeras 24 horas de evolución, y tratando los marcadores de necrosis miocárdica como variables dicotómicas, concluyen (correctamente) que, dosando la troponina, el dosaje adicional de CKMB masa sería dispensable. Entre tanto, algunos cuestionamientos permanecen sin respuesta, lo que podría colocar en duda una conclusión tan contundente:

1. En el caso de que los biomarcadores analizados fuesen tratados como variables continuas, en vez de categóricas, ¿Los resultados serían los mismos?
2. Aparentemente, las curvas ROC son similares cuando se incluye troponina o CKMB-masa aisladamente, lo que podría sugerir que a CKMB masa sería tan eficaz como la troponina como predictora de eventos clínicos.
3. En vez de un dosaje inicial, si fuesen construidas curvas de CKMB masa y se analizase el valor pronóstico de este marcador, teniendo en cuenta el pico del mismo (que generalmente ocurre después de las primeras 24 horas de evolución), o aun el área bajo la curva obtenida, metodología utilizada por la gran mayoría de los estudios sobre el asunto, ¿Los resultados no serían diferentes?
4. En estudio de necropsia, se demuestra que el pico de CKMB masa muestra mejor correlación con el tamaño del IAM que la troponina obtenida en las primeras horas de internación del paciente². En la misma dirección, analizando la incidencia de necrosis post angioplastia por resonancia magnética, Lim et al³ concluyen que la CKMB es superior a la troponina en el diagnóstico de este tipo de infarto.

En conclusión, nos parece algo precoz proponer la erradicación de la realización de curva de CKMB masa de nuestras rutinas. Entre tanto, si la opción fuese la de realizar apenas dosajes de biomarcadores en las primeras 24 horas de evolución, ciertamente los resultados aquí demostrados (y la consecuente conclusión) deben ser tenidos en consideración al momento de la implementación de rutinas institucionales. Finalmente, es bueno recordar que los nuevos biomarcadores ultrasensibles, que comienzan a llegar a los mercados, tal vez modifiquen substancialmente el entendimiento que tenemos hoy sobre el asunto.

Palabras clave

Infarto de miocardio, enfermedad de las coronarias, troponina, marcadores biológicos/sangre.

Correspondencia: José Carlos Nicolau •

Rua Aureliano Coutinho, 355/1401 - Higienópolis - 01224-020 - São Paulo, SP - Brasil

E-mail: nicolau@cardiol.br, corjnicolau@incor.usp.br

Artículo recibido el 11/04/11, revisado recibido el 15/04/11, aceptado el 15/04/11.

Referencias

1. Santos ES, Baltar VT, Pereira MP, Menuzzo L, Timerman A, Avezum A. Comparison between cardiac-troponin I and CK-MB mass in acute coronary syndrome without ST elevation. *Arq Bras Cardiol.* 2011;96(3):179-87.
2. Costa TN, Cassaro Strunz CM, Nicolau JC, Gutierrez PS. Comparison of MB fraction of creatine kinase mass and troponin I serum levels with necropsy findings in acute myocardial infarction. *Am J Cardiol.* 2008;101(3):311-4.
3. Lim CC, van Gaal WJ, Testa L, Cuculi F, Arnold JR, Karamitsos T, et al. With the "universal definition," measurement of creatine kinase-myocardial band rather than troponin allows more accurate diagnosis of periprocedural necrosis and infarction after coronary intervention. *J Am Coll Cardiol.* 2011;57(6):653-61.