

A propósito de la desensibilización rápida al ácido acetilsalicílico de pacientes con cardiopatía isquémica



About Rapid Aspirin Desensitization in Coronary Artery Disease Patients

Sr. Editor:

Hemos leído con suma atención el artículo de Vega Hernández et al.¹ que hace referencia a la desensibilización rápida al ácido acetilsalicílico de pacientes con antecedentes de reacciones a este y que comienzan con un síndrome coronario agudo. Al respecto, quisiéramos hacer varias apreciaciones.

Tal y como indican los autores, caben dudas sobre si realmente hubo una reacción de hipersensibilidad propiamente dicha u otro tipo de reacción adversa en algunos de los 12 individuos estudiados. Esto es especialmente importante en los 7 que, o no recordaban qué les sucedió o tenían una urticaria de origen incierto entre sus antecedentes de hipersensibilidad. En este sentido, el hecho de que además no se incluyera a ningún sujeto que hubiese sufrido una reacción grave (edema de glotis, *shock* anafiláctico) hace que los pacientes estudiados pertenezcan a un grupo con manifestaciones dudosas o, en su defecto, de bajo riesgo. Cabe preguntarse entonces si realmente se produjo la desensibilización en todos los pacientes estudiados y si se puede generalizar los resultados.

El empleo de acetilsalicilato de lisina (C₁₅H₁₂N₂O₆) como precursor del ácido acetilsalicílico (C₉H₈O₄) puede tener sus ventajas en el perfil de antiagregación en el ámbito experimental, como ha demostrado el reciente estudio ECCLIPSE², pero al menos tiene 2 inconvenientes en el contexto descrito. Por una parte, triplica la velocidad de absorción del ácido acetilsalicílico, que puede ser algo peligroso si se produce una reacción alérgica al compuesto durante la exposición. En otro sentido, la estabilidad de su dilución a temperatura ambiente es de aproximadamente 2 h, lo que puede limitar su uso en la práctica.

En otro orden de cosas, exponer a un individuo en la fase aguda de un infarto de miocardio a una posible reacción alérgica es algo que creemos que debe valorarse de manera individualizada³. Posiblemente con sujetos con un perfil como el presentado sea más factible que en otros casos.

Una alternativa para los pacientes agudos podría ser el empleo de inhibidores de la glucoproteína IIb/IIIa de inicio como parte de la doble antiagregación. No obstante, este abordaje tampoco tiene base científica hoy en día.

Por último, pensamos que es necesario un registro lo suficientemente amplio para permitir una actuación basada en mayores evidencias.

Ángel Morales Martínez de Tejada^{a,*}
y María del Pilar Abaurrea-Ortiz^b

^aUnidad Coronaria, Servicio de Cardiología, Hospital Regional Universitario Infanta Cristina, Badajoz, España

^bMédico de Familia, Centro de Salud de San Juan de Aznalfarache, Sevilla, España

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: hispano0@hotmail.com
(Á. Morales Martínez de Tejada).

On-line el 18 de agosto de 2016

BIBLIOGRAFÍA

- Vega Hernández B, Bangueses Quintana R, Samaniego Lampón B, Lozano Martínez-Luengas I, Gala Ortiz G, Segovia Martínez de Salinas E. Desensibilización rápida al ácido acetilsalicílico de pacientes con cardiopatía isquémica: experiencia de un centro. *Rev Esp Cardiol*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.04.015> [Epub ahead of print].
- Vivas D, Martín A, Bernardo E, Ortega-Pozzi MA, Tirado G, Fernández C, et al. Impact of intravenous lysine acetylsalicylate versus oral aspirin on prasugrel-inhibited platelets: results of a prospective, randomized, crossover study (the ECCLIPSE trial). *Circ Cardiovasc Interv*. 2015;8:e002281.
- Cha YS, Kim H, Bang MH, Kim OH, Kim HI, Cha K, et al. Evaluation of myocardial injury through serum troponin I and echocardiography in anaphylaxis. *Am J Emerg Med*. 2016;34:140-4.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.07.012>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.04.015>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.06.011>

A propósito de la desensibilización rápida al ácido acetilsalicílico de pacientes con cardiopatía isquémica. Respuesta



About Rapid Aspirin Desensitization in Coronary Artery Disease Patients. Response

Sr. Editor:

Apreciamos el interés mostrado por Morales Martínez de Tejada et al., y quisiéramos comentar sus valoraciones. Respecto a la duda de si los pacientes tenían hipersensibilidad al ácido acetilsalicílico (AAS), es cierto que no se pudo confirmar, pero es lo que ocurre en la mayoría de las reacciones de hipersensibilidad a fármacos, para lo cual la anamnesis es la principal e incluso la única herramienta diagnóstica. No obstante, con el protocolo realizado en colaboración con el Servicio de Alergología, se seleccionaba a los pacientes con una cuidadosa anamnesis; de hecho, se eliminó a varios pacientes por baja probabilidad de hipersensibilidad. Por otra parte, es cierto que no se incluyó a ningún paciente con reacciones graves al AAS pero, según la bibliografía consultada, no se ha identificado ningún caso convincente de anafilaxia mediada por

inmunoglobulina E¹. En cuanto al protocolo con acetilsalicilato de lisina, sabedores de que los efectos y la farmacocinética no son idénticos a los del AAS y que muchos pacientes presentaban síndrome coronario agudo, la desensibilización se realizó en unidad de pacientes agudos, con monitorización hemodinámica y presencia de personal médico preparado para tratar las posibles complicaciones. Opinamos que son precisamente los pacientes inestables, para quienes el retraso de la angioplastia coronaria puede tener consecuencias adversas, los que mayor beneficio podrían obtener de la desensibilización al AAS. De hecho, otros centros con protocolos similares al nuestro muestran la seguridad del procedimiento e incluyen cada vez a más pacientes con síndrome coronario agudo en los diferentes trabajos publicados². La imposibilidad de confirmar si son realmente pacientes hipersensibles al AAS, la adecuada anamnesis, la cercana colaboración del servicio de alergología y la vigilancia del paciente en unidades de cuidados agudos cardiológicos hacen que el riesgo de la desensibilización al AAS sea mínimo, al tiempo que se puede realizar una angioplastia precoz a pacientes para los que no existen muchas otras opciones de tratamiento. En cualquier caso, compartimos la opinión de Morales Martínez de Tejada et al. sobre la necesidad de un mayor número de estudios acerca de la

desensibilización al AAS para que se pueda incorporar dicho procedimiento a nuestra práctica clínica habitual.

Berta Vega Hernández*, Roi Bangueses Quintana,
Beatriz Samaniego Lampón e Íñigo Lozano Martínez-Luengas

Servicio de Cardiología, Hospital de Cabueñes, Gijón, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: bertavegahernandez@gmail.com
(B. Vega Hernández).

On-line el 9 de septiembre de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Aun MV, Blanca M, Garro LS, Ribeiro MR, Kalil J, Motta AA, et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs are major causes of drug-induced anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2014;2:414-20.
2. Bianco M, Bernardi A, D'Ascenzo F, Cerrato E, Omedè P, Montefusco A, et al. Efficacy and safety of available protocols for aspirin hypersensitivity for patients undergoing percutaneous coronary intervention. *Circ Cardiovasc Interv.* 2016;9:e002896.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.06.011>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.07.012>