

ECMELLA: Uso combinado de dispositivos de asistencia ventricular izquierda en el manejo del shock cardiogénico postinfarto agudo al miocardio

RENÉ HAMEAU D.¹, FRANCESCO SORIANO², JACOPO OREGLIA², RODRIGO MUÑOZ³, JOSÉ LUIS WINTER³, MARTÍN VALDEBENITO³, JORGE QUITRAL¹, DANTE LINDEFJELD^{3,4}, NICOLAS VEAS^{3,4}

Combined use of left ventricular assist devices in cardiogenic shock. Report of one case

We report a 55-year-old woman with a history of hypothyroidism and type 2 diabetes mellitus who consulted at the emergency room because of intermittent oppressive chest discomfort. At admission, electrocardiogram showed a complete atrioventricular block. A transthoracic echocardiogram disclosed severe left ventricular dysfunction. The patient developed cardiogenic shock that required the installation of the Impella system. An emergency coronary angiography showed an ostial occlusion of the anterior descending artery. Despite successful primary angioplasty, she persisted with refractory shock and progressive hypoxemia. A concomitant connection to the extracorporeal membrane oxygenation system (ECMO) was decided. The support of both devices allowed the stabilization of the patient and the improvement of perfusion parameters.

(Rev Med Chile 2020; 148: 409-413)

Key words: Heart-Assist Devices; Shock, Cardiogenic; Ventricular Dysfunction, Left.

Los pacientes que se presentan con un infarto agudo al miocardio (IAM) y shock cardiogénico (SC) constituyen un grupo de muy alta mortalidad y la revascularización precoz es la principal medida de rescate. Aquellos que no logran estabilizarse precozmente, debieran considerarse en un protocolo de asistencia circulatoria antes de que se inicie el espiral de eventos que llevan al shock refractario.

Actualmente, los dispositivos más comúnmente utilizados son el balón de contrapulsación intraaórtica (IABP), Impella™ (Abiomed Inc, Danvers, MA, USA), TandemHeart™ (Cardiac Assist Inc., Pittsburgh, PA, USA) y el sistema

de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO).

Nuestro país no es ajeno a esta realidad, contando con amplia experiencia en el uso del IABP y, recientemente, con una mayor disponibilidad de ECMO en centros de referencia regionales. Presentamos el caso de una paciente con shock cardiogénico tratado con el uso combinado de ECMO y del sistema Impella™ (ECMELLA).

Caso clínico

Paciente de 55 años, sexo femenino, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e hipo-

¹Programa de Cardiología Intervencional. Escuela de Postgrado. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

²Cardiología 1. Dipartimento Cardioracovascolare, Gran Ospedale Metropolitano Niguarda. Milán, Italia.

³Departamento de Cardiología. Unidad de Cardiología Intervencional y Hemodinamia, Hospital Sótero del Río. Santiago, Chile.

⁴Departamento de Cardiología. Clínica Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

Recibido el 3 de noviembre de 2019, aceptado el 11 de marzo de 2020.

Correspondencia a:

Dr. Nicolás Veas P.

Unidad de Cardiología

Intervencional y Hemodinamia

Hospital Sótero del Río

Avenida Concha y Toro N° 3459

Puente Alto. Santiago, Chile.

nicoveas@gmail.com

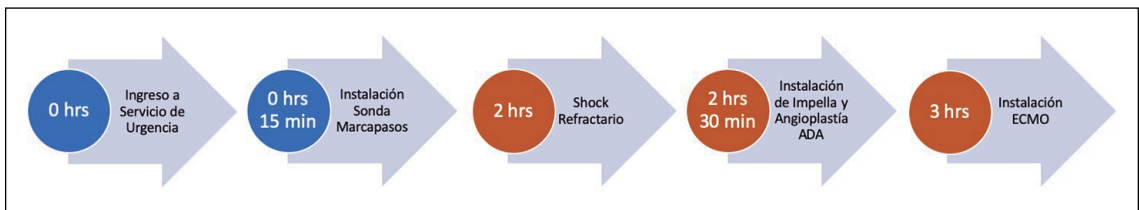


Figura 1. Línea temporal de las intervenciones terapéuticas. ADA: Arteria descendente anterior, ECMO: Oxigenación por membrana extracorpórea.

tiroidismo que consulta por cuadro de 3 h de dolor torácico opresivo subintrante. Al examen físico destacaba una paciente mal perfundida, con compromiso sensorial y ventilatorio progresivo.

El electrocardiograma de ingreso mostró un bloqueo AV completo, por lo que se instaló una sonda marcapasos transitoria y el ecocardiograma transtorácico evidenció una disfunción ventricular izquierda (VI) grave (FEVI 20-25%) con hipokinesia difusa.

A pesar del apoyo con ventilación mecánica invasiva y drogas vasoactivas, se constató hipoxemia y acidosis láctica progresivas en el contexto de falla multiorgánica. Los exámenes de laboratorio mostraron: Troponinas 11.000 pg/mL, hematócrito 40%, creatinquinasa total /MB: 5.400/ 235 U/L, creatinemia 2,2 mg/dL y ácido láctico 12 mmol/L.

Se decidió la instalación del sistema Impella CP™ (Abiomed Inc, Danvers, MA, USA) vía arteria femoral (AF) izquierda 14F y estudio coronario vía AF derecha de urgencia. Se evidenció una oclusión de arteria descendente anterior ostial, realizándose angioplastia con *stent* liberador de everolimus guiado por ultrasonido intracoronario (IVUS). A pesar de lo anterior, persistía hipoperfundida con un VI dilatado (diámetro telesistólico [DTS] 45 mm), capilar pulmonar persistentemente alto (PCP > 26 mmHg), *clearance* de lactato < 10% en 2 h, así como hipoxia refractaria. La paciente fue presentada al *shock team*, formado en el Hospital Sótero del Río, siguiendo la tendencia de la Cardiología Intervencional, en que un equipo de especialistas que incluye a cardiólogo intervencionista, cirujano cardíaco, especialista en insuficiencia cardíaca y en cuidados críticos cardiológicos, analizan y definen una conducta, se decidió mantener con Impella e implantar ECMO veno-arterial (ECMO VA) como medida de rescate para mejorar la

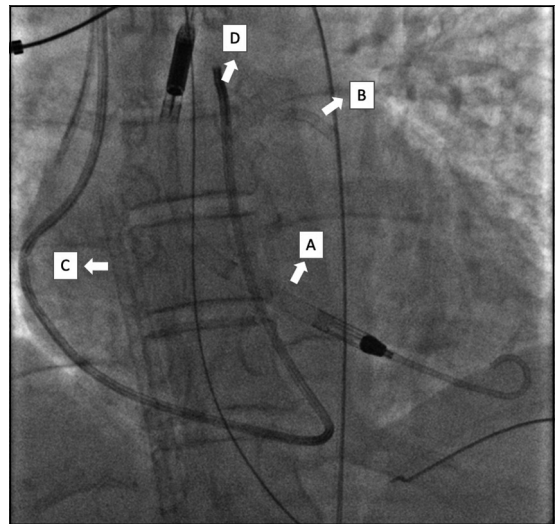


Figura 2. Imagen fluoroscópica postinstalación de asistencia ventricular. **A)** Dispositivo Impella CP; **B)** *Stent* liberador de Everolimus en arteria descendente anterior; **C)** Cánula venosa de ECMO; **D)** Catéter de Swan Ganz.

oxigenación y perfusión sistémicas con una cánula 21F venosa femoral derecha y una cánula 19F AF derecha (ECMELLA). El razonamiento inicial fue mantener el Impella para favorecer la descompresión VI, disminución de la PCP y la recuperación del miocardio atontado.

La paciente evolucionó con recuperación parcial de la función ventricular (FEVI 28-30%), de la dilatación ventricular (DTS 40 mm) y la PCP 20 mmHg. La normalización progresiva de los parámetros perfusionales permitió el retiro de Impella a las 48 h y ECMO VA a las 72 h. Tras 10 días de hospitalización, se indicó el alta en buenas condiciones generales, pero con persistencia de una disfunción VI grave, actualmente se mantiene en estudio de pretrasplante cardíaco.

Discusión

Presentamos un caso del uso combinado de 2 dispositivos de asistencia VI en el contexto de un shock cardiogénico post IAM. El shock cardiogénico (SC) constituye un estado crítico de hipoperfusión de órgano blanco por disfunción cardíaca primaria¹ con una incidencia de 8% a 12% en el IAM con supradesnivel de ST (SDST), 5% en el IAM sin SDST y una mortalidad entre 40% y 50%². En el registro SHOCK, la causa predominante fue la falla izquierda (78,5%), seguido de la insuficiencia mitral severa (6,9%), rotura del septum IV (3,9%), falla derecha (2,8%) y taponamiento cardíaco (1,4%)³.

Sepúlveda et cols.⁴ analizaron los datos nacionales del registro GEMI entre los años 2001 y 2009 e incluyó a 7.548 pacientes ingresados en Killip IV secundario a un IAM. La incidencia de SC fue de 3,7% y la mortalidad global de 55%. Aquellos centros con angioplastia de urgencia tuvieron una mortalidad significativamente menor (49,0% vs 62,2%; $p = 0,028$).

Por su parte, los dispositivos de asistencia circulatoria surgen como una línea terapéutica prometedor y actualmente cuentan con una recomendación IIb para uso en shock refractario⁵.

Shah et cols. analizaron un registro con 144.254 casos de SC entre 2005 y 2014, de los cuales, 55,4% eran asociados a un IAM. Se observó una disminución del uso de IABP (29,8 → 17,7%) y un incremento discreto en la utilización tanto de Impella (0,1 → 2,6%) como de ECMO (0,3 → 1,3%). El grupo etáreo en que más se utilizó la asistencia circulatoria fue entre 51 y 65 años (32,3%).

ImpellaTM es un dispositivo de flujo axial no-pulsátil, con un rotor de aproximadamente 50.000 rpm, que provee de flujo anterógrado, además de permitir una descarga del VI, disminuir la PCP y del consumo de O₂ miocárdico. En Estados Unidos de Norteamérica fue aprobado en 2008 y cuenta con 3 versiones: Impella 2.5TM, que provee un flujo máximo de 2,5 L/min para un soporte hemodinámico parcial; Impella CPTM que aporta entre 3 y 4 L/min y el Impella 5.0TM con un flujo de hasta 5,0 L/min.

Dentro de sus ventajas están la necesidad únicamente de acceso arterial, reduciendo el tiempo de inserción hasta cerca de 10 minutos en centros con experiencia.

El ISAR-SHOCK fue un estudio aleatorizado

que evaluó Impella 2.5TM (n = 12) en pacientes con SC vs un IABP (n = 13). El objetivo primario fue el cambio en el índice cardíaco 30 min después del implante del dispositivo. Todos los pacientes recibieron el Impella posterior a la angioplastia. El incremento fue de 0,49 l/min/m² con ImpellaTM vs 0,11 l/min/m² con IABP ($p = 0,02$), observándose también mejorías significativas respecto de la PAm y una mayor reducción en los niveles de lactato. La mortalidad a 30 días fue de 46% en ambos grupos⁶.

El estudio IMPRESS comparó Impella CP (n = 24) vs IABP (n = 24) en pacientes con SC como complicación de un IAM (años 2012-2015). El ImpellaTM fue insertado previo a la angioplastia en 21% de los pacientes. La mortalidad por cualquier causa con IABP o ImpellaTM fue similar tanto a 30 días (50% y 46%, respectivamente; $p = 0,92$) como a los 6 meses (50% en ambos grupos; $p = 0,923$)⁷.

El subanálisis del estudio PROTECT II sugiere que los beneficios de ImpellaTM pudieran provenir del hecho de permitir una revascularización más completa, así como de una reducción en las tasas de falla renal a 30 y 90 días⁸.

Al proveer tanto soporte respiratorio como cardíaco, el ECMO VA constituye otro de los dispositivos de primera línea. Sus potenciales ventajas son una rápida instalación por vía periférica, aplicabilidad en casos de arritmias malignas y mejoría rápida de la oxigenación⁹. ECMO puede proveer un soporte completo con flujos hasta 3-4 L/min en aquellos de inserción periférica y 5 L/min en aquellos centrales.

En un metaanálisis de 13 estudios incluyendo a pacientes con paro cardíaco refractario (n = 3.098) o SC postinfarto (n = 235), Ouweneel et cols.¹⁰ describen que el uso de ECMO VA obtuvo una sobrevida a 30 días que fue 33% superior a la observada con IABP (IC 95% 14%-52%; $p < 0,001$; NNT 13), pero sin diferencias al compararse con TandemHeartTM o ImpellaTM (IC 95% -21 a 14%; $p = 0,70$; NNH 33).

Dentro de las limitaciones se encuentra el riesgo de isquemia de extremidades y eventos tromboembólicos, así como el aumento de la postcarga VI, que podría dificultar la recuperación cardíaca o favorecer el edema pulmonar¹¹. También en ventrículos previamente dilatados pudiera favorecer la formación de trombos apicales¹².

Por esto, muchos autores han planteado el

uso concomitante de dispositivos, especialmente para ayudar a descargar el VI, disminuyendo la PCP y desplazando la curva presión-volumen del VI hacia valores más bajos¹³. La asociación también tendría utilidad en situaciones con marcada hipoxemia o estados de hipoperfusión y falla multisistémica establecida en quienes la simple mantención del flujo anterógrado no basta para revertir este proceso.

Si bien no existen estudios aleatorizados, existe evidencia preliminar que sugiere un beneficio. Un metaanálisis de 29 estudios, realizado por Li et cols, sugirió que la combinación de ECMO VA + IABP logró reducir en 10% la mortalidad intrahospitalaria, sin aumentar la incidencia de complicaciones neurológicas ni vasculares¹⁴.

Respecto a la estrategia "ECMELLA", Schrage et al.¹⁵ reportan una serie de 106 pacientes cursando con SC (60% por síndrome coronario agudo) y tratados con esta estrategia. A 30 días, la sobrevivencia fue de 35,8%, siendo significativamente superior a la calculada por los *score* SAVE (20%) y SAPS II (6,9%). En otra serie de 157 pacientes, Pappalardo et cols. reportaron una reducción significativa de la mortalidad de la combinación ECMO + Impella vs solo ECMO (47% vs 80%, $p < 0,001$)¹⁶.

Russo et cols.¹⁷ analizaron 17 estudios observacionales con 3.997 pacientes con SC (40,9% de causa isquémica) y compararon aquellos que recibieron un dispositivo de asistencia (Impella, IABP, etc.) adicional al ECMO VA ($n = 1.696$; 42%) vs aquellos que no lo hicieron. La mortalidad fue significativamente menor en aquellos que recibieron algún dispositivo de descarga (RR 0,79; IC 95% 0,72-0,87; $p < 0,00001$). Este grupo presentó mayor incidencia de hemólisis (RR 2,15; 95% CI: 1,49 a 3,11; $p < 0,0001$), sin otras diferencias en los objetivos secundarios.

En conclusión, la alta mortalidad del shock cardiogénico nos obliga a continuar explorando nuevas estrategias y el uso combinado de dispositivos de asistencia VI pudiera ser una alternativa que contribuya a mejorar estos resultados clínicos.

Referencias

1. Van Diepen S, Katz JN, Albert NM, Henry TD, Jacobs AK, Kapur NK. Contemporary Management of Cardiogenic Shock: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation* 2017; 136 (16): 232-68.
2. Kolte D, Khera S, Aronow WS, Mujib M, Palaniswamy C, Sule S. Trends in incidence, management, and outcomes of cardiogenic shock complicating ST-elevation myocardial infarction in the United States. *J Am Coll Cardiol* 2016; 117 (1): 1-9.
3. Hochman JS, Sleeper LA, Godfrey E, McKinlay SM, Sanborn T, Jacques C. Should we emergently revascularize occluded coronaries for cardiogenic shock: An international randomized trial of emergency PTCA/CABG-trial design. *Am Hear J* 1999; 137 (2): 313-21.
4. Sepúlveda P, Nazzari C, Soto G, Prieto JC, Sanhueza P, Campos P, et al. Características clínicas y tratamiento de pacientes con infarto agudo del miocardio con supradesnivel ST y shock cardiogénico: 9 años del Registro GEMI. *Rev Med Chile* 2012; 31: 194-201.
5. Ibáñez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2017; 39 (2): 119-77.
6. Seyfarth M, Sibbing D, Bauer I, Fröhlich G, Bott-Flügel L, Byrne R, et al. A Randomized Clinical Trial to Evaluate the Safety and Efficacy of a Percutaneous Left Ventricular Assist Device Versus Intra-Aortic Balloon Pumping for Treatment of Cardiogenic Shock Caused by Myocardial Infarction. *J Am Coll Cardiol* 2008; 52 (19): 1584-8.
7. Ouweneel DM, Eriksen E, Sjaauw KD, van Dongen IM, Hirsch A, Packer E, et al. Percutaneous Mechanical Circulatory Support Versus Intra-Aortic Balloon Pump in Cardiogenic Shock After Acute Myocardial Infarction: IMPRESS trial. *J Am Coll Cardiol* 2017; 69 (3): 278-87.
8. O'Neill WW, Kleiman NS, Moses J, Henriques JPS, Dixon S, Massaro J, et al. A prospective, randomized clinical trial of hemodynamic support with impella 2.5 versus intra-aortic balloon pump in patients undergoing high-risk percutaneous coronary intervention: The PROTECT II study. *Circulation* 2012; 126 (14): 1717-27.
9. Abrams D, Garan AR, Abdelbary A, Bacchetta M, Bartlett RH, Beck J, et al. Position paper for the organization of ECMO programs for cardiac failure in adults. *Intensive Care Med* 2018; 44 (6): 717-29.
10. Ouweneel DM, Schotborgh JV, Limpens J, Sjaauw KD, Engström AE, Lagrand W, et al. Extracorporeal life support during cardiac arrest and cardiogenic shock: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med* 2016; 42 (12): 1922-34.
11. Aissaoui N, Caudron J, Leprince P, Fagon JY, Lebreton G, Combes A, et al. Right-left ventricular interdepen-

- dence: a promising predictor of successful extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) weaning after assistance for refractory cardiogenic shock. *Intensive Care Med* 2017; 43 (4): 592-4.
12. Hireche-Chikaoui H, Grüber MR, Bloch A, Windecker S, Bloechlinger S, Hunziker L. Nonejecting hearts on femoral veno-arterial extracorporeal membrane oxygenation: Aortic root blood stasis and thrombus formation-A case series and review of the literature. *Crit Care Med* 2018; 46 (5): e459-e464.
 13. Li Y, Yan S, Cai L, Qiaoni Z. Does VA-ECMO Plus Impella Work in Refractory Cardiogenic Shock? *JACC Hear Fail*. 2019; 7 (4): 364.
 14. Li Y, Yan S, Gao S, Liu M, Lou S, Liu G, et al. Effect of an intra-aortic balloon pump with venoarterial extracorporeal membrane oxygenation on mortality of patients with cardiogenic shock: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiothorac Surg* 2019; 55 (3): 395-404.
 15. Schrage B, Burkhoff D, RübSamen N, Becher PM, Schwarzl M, Bernhardt A, et al. Unloading of the Left Ventricle During Venarterial Extracorporeal Membrane Oxygenation Therapy in Cardiogenic Shock. *JACC Hear Fail* 2018; 6 (12): 1035-43.
 16. Pappalardo F, Schulte C, Pieri M, Schrage B, Contri R, Soeffker G, et al. Concomitant implantation of Impella® on top of veno-arterial extracorporeal membrane oxygenation may improve survival of patients with cardiogenic shock. *Eur J Heart Fail* 2017; 19 (3): 404-12.
 17. Russo J, Aleksova N, Pitcher I, Couture E. Left Ventricular Unloading During Extracorporeal Membrane Oxygenation in Patients With Cardiogenic Shock. *J Am Coll Cardiol* 2019; 73 (6): 654-62.