



# ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at  
www.elsevier.es/ad



## CARTA AL DIRECTOR

### Acerca de los pacientes con doble antiagregación

#### Comment about patients with dual antiplatelet therapy

*Sr. Director:*

Hemos leído con gran interés el artículo del Dr. Bassas et al acerca del uso de antiagregantes y anticoagulantes en cirugía dermatológica. En primer lugar deseamos felicitar a los autores por su excelente y exhaustivo trabajo de revisión<sup>1</sup>.

Estamos de acuerdo en su conclusión, es decir, en que no existe evidencia científica de que sea necesario retirar la antiagregación en casos de cirugía dermatológica, y que es preferible asumir la incomodidad que supone mantenerlos que el riesgo trombótico grave que puede conllevar su retirada<sup>2,3</sup>. Sin embargo, lo cierto es que no existe una guía consensuada al respecto; la literatura en este campo es amplia y controvertida, a menudo resulta difícil cambiar los hábitos y en ocasiones se siguen retirando 7–10 días antes de la intervención. En un trabajo americano publicado en 2007, en el que se enviaron cuestionarios anónimos a 720 cirujanos dermatólogos (respondieron el 38%) para conocer cuál era la realidad de su práctica diaria, se afirma que la antiagregación primaria se suspende en un 87% de los casos y la secundaria en un 37%<sup>4</sup>. Si se comparan estos resultados con los obtenidos en otro estudio similar del año 2002<sup>5</sup>, sí parece que existe una clara tendencia a retirarlos cada vez con menos frecuencia.

A la hora de decidir si retirar o no la antiagregación es importante valorar, por un lado, el riesgo hemorrágico del proceso, que ya sabemos que se considera bajo en cirugía dermatológica, aunque depende de la región anatómica y del tipo de intervención; y por otro, conocer el riesgo trombótico del paciente y por qué causa se le ha indicado la antiagregación. Es importante diferenciar entre aquellos que toman antiagregantes de forma profiláctica (prevención primaria, en pacientes de alto riesgo por edad avanzada, en hipertensión arterial, tabaquismo, insuficiencia renal,

dislipemia, diabetes mellitus y obesidad), o tras haber sufrido un episodio isquémico o tromboembólico (prevención secundaria)<sup>2,4</sup>.

Queremos llamar la atención sobre la existencia de un subgrupo de pacientes en los que en la actualidad se considera de vital importancia el mantenimiento de la antiagregación. Se trata de aquellos con doble antiagregación con ácido acetilsalicílico y clopidogrel después de una intervención de revascularización coronaria<sup>6,7</sup>. Las Sociedades de Cardiología y otras Sociedades Médicas recomiendan mantener la antiagregación al menos un año después de la inserción de una endoprótesis liberadora de fármacos antiproliferativos (paclitaxel o sirolimus), pues su retirada prematura podría provocar un bloqueo de la endoprótesis y tener desastrosas consecuencias. En estos pacientes con doble antiagregación se calcula que aumenta el riesgo relativo de sangrado un 50%, por lo que algunos autores han propuesto intentar posponer la cirugía, si fuera posible, hasta que se haya completado el tratamiento con clopidogrel<sup>4,6,7</sup>. En aquellos casos en que la intervención no pueda retardarse, es aconsejable entrar en contacto con los Servicios de Cardiología y Anestesia para consensuar la actitud a seguir.

## Bibliografía

1. Bassas P, Bartralot R, García-Patos V. Anticoagulación y antiagregación en dermatología. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:7–16.
2. Alan M, Goldberg H. Serious adverse vascular events associated with perioperative interruption of antiplatelet and anticoagulant therapy. *Dermatol Surg.* 2002;28:992–8.
3. Bertrand ME. When and how to discontinue antiplatelet therapy. *Eur Heart J Suppl.* 2008;10(Suppl A):A35–41.
4. Kirkorian AY, Moore BL, Siskind J, Marmur ES. Perioperative management of anticoagulant therapy during cutaneous surgery: 2005 survey of Mohs surgeons. *Dermatol Surg.* 2007;33:1189–97.
5. Kovich O, Otlej CC. Perioperative management of anticoagulants and platelet inhibitors for cutaneous surgery: a survey of current practice. *Dermatol Surg.* 2002;28:513–7.
6. Thachil J, Gatt A, Martlew V. Management of surgical patients receiving anticoagulation and antiplatelet agents. *Br J Surg.* 2008;95:1437–48.

7. Grines CL, Bonow RO, Casey DE, Gardner TJ, Lockhart PB, Moliterno DJ, et al. Prevention of premature discontinuation of dual antiplatelet therapy in patients with coronary artery stents. A science advisory from the American Heart Association, American College of Cardiology, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, American College of Surgeons, and American Dental Association, with representation from the American College of Physicians. *Circulation*. 2007;115: 813-8.

B. García-Bracamonte\* y F. Vanaclocha

*Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España*

\*Autor para correspondencia.

*Correo electrónico:* beagarcia50@hotmail.com  
(B. García-Bracamonte).