

# Dr. Luis de la Fuente: legado científico de un pionero de la Cardiología Intervencionista

## Dr. Luis de la Fuente: scientific legacy of a pioneer of Interventional Cardiology

*Revista Argentina de Cardioangiología Intervencionista 2024;15(4):164-165. <https://doi.org/10.30567/RACI/202404/0164-0165>*

La cardiología intervencionista argentina ha sido forjada por mentes visionarias que han marcado hitos en la evolución de nuestra especialidad. Entre ellas, el Dr. Luis de la Fuente se erige como un verdadero pionero, un profesional cuya trayectoria ha trascendido fronteras y con grandes aportes científicos en el desarrollo del intervencionismo cardiovascular.

Recientemente, el Colegio Argentino de Cardioangiólogos Intervencionistas le rindió un merecido homenaje en el CONICET, reconociendo su invaluable contribución a la medicina cardiovascular. Su legado se extiende a lo largo de décadas de innovación, investigación y excelencia clínica, participando en algunos de los hitos más relevantes a nivel mundial. Asimismo, en ese acto fue la presentación oficial del libro *Cardiología Intervencionista*, cuyos autores son el Dr. David Vetcher y el mismo Dr. Luis de la Fuente. El propio Dr. Vetcher ha sido verdaderamente el motor para esta reunión y de la redacción de este libro sobre la historia de nuestra Cardiología.

El Dr. de la Fuente es, además de ser visionario, protagonista de la primera experiencia con el *stent* coronario liberador de droga *Quanam*<sup>1</sup>, un avance revolucionario que transformó el tratamiento de la enfermedad arterial coronaria. En tiempos en los que la reestenosis limitaba los beneficios de la angioplastia, su participación en el desarrollo y aplicación de esta tecnología demostró su espíritu innovador y su compromiso con la evolución de la especialidad.

Además, su trabajo en el área de la terapia celular<sup>2</sup> aplicada a la cardiología lo llevó a colaborar con el Dr. Simon Stertzler, uno de los pioneros de la angioplastia coronaria, en la inyección de células madre en el miocardio. Este enfoque experimental buscaba explorar nuevas fronteras en la regeneración miocárdica, aportando conocimientos que hoy continúan en desarrollo en el campo de la medicina regenerativa cardiovascular.

Su contribución no se limitó al ámbito coronario, sino que también participó activamente en el desarrollo de innovaciones con gran impacto en la nefrología y la cardiología estructural. Entre sus desarrollos más destacados, se encuentra el concepto de “neo-arteria”<sup>3</sup>, un avance crucial para la creación de fistulas arteriovenosas para diálisis. Esta innovación representa un paso adelante en la optimización del acceso vascular para pacientes en tratamiento de hemodiálisis, mejorando la funcionalidad y longevidad de las fistulas.

Otro de sus aportes científicos más significativos con el Dr. Adrián Barceló es la revalorización del seno venoso como la “quinta cavidad importante del corazón”<sup>4</sup>, un concepto que amplía la comprensión anatómica y funcional de la circulación venosa en la hemodinámica cardíaca. Este planteo abre nuevas perspectivas en la evaluación de la insuficiencia cardíaca y el flujo venoso coronario, reafirmando la importancia del seno coronario en la fisiopatología cardiovascular.

El Dr. de la Fuente, formado en Portland, Oregon, EE.UU., desarrolló una parte fundamental de su carrera en el Sanatorio Güemes, donde fue nuestro privilegio trabajar junto al Dr. René Favalaro, el padre de la cirugía de revascularización miocárdica y Dr. Carlos Bertolasi maestro de la Cardiología Clínica. Su vínculo con Favalaro simboliza la convergencia entre la cirugía cardiovascular y la cardiología intervencionista, dos disciplinas que, lejos de competir hoy, han evolucionado en sinergia para ofrecer las mejores opciones terapéuticas a los pacientes.

Este aspecto de su carrera subraya su versatilidad y su capacidad de integrar el conocimiento clínico con el deseo de liderar la innovación tecnológica. Su mirada siempre estuvo puesta en la búsqueda de soluciones para mejorar la calidad de vida de sus pacientes, un principio que lo ha guiado a lo largo de toda su trayectoria.

A nivel personal, tuve la oportunidad de trabajar y compartir momentos iniciales de formación con el Dr. de la Fuente en el Sanatorio Güemes a finales de los años 80, donde las intervenciones en el IAM o las angioplastias femorales eran las primeras de aquella época. Esa fue una etapa clave en mi desarrollo como cardiólogo. Su enfoque clínico y su visión de la cardiología intervencionista dejaron una profunda impresión en el aprendizaje, siendo un ejemplo de rigor y disciplina en la especialidad.

El reconocimiento del CACI en el CONICET es un testimonio del impacto que el Dr. Luis de la Fuente ha tenido en los cardiólogos intervencionistas en Argentina. Su legado no solo está en los avances técnicos que ayudó a implementar, sino también en la impronta que deja en las nuevas generaciones de cardiólogos intervencionistas.

### Consenso de Reemplazo Valvular Aórtico Percutáneo – Un paso adelante en la formación de los cardiólogos intervencionistas en Argentina

El desarrollo del Consenso de Reemplazo Valvular Aórtico Percutáneo<sup>5</sup> representa un hito en la consolidación de la formación de los cardiólogos intervencionistas en Argentina. Este documento no solo sistematiza la evidencia actual sobre el TAVI, sino que también proporciona una guía práctica y adaptada a las particularidades de nuestra región. En

un contexto donde la cardiología estructural ha experimentado un crecimiento exponencial en la última década, contar con recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible es esencial para garantizar calidad, seguridad y equidad en el acceso a esta terapia.

De la lectura pormenorizada del escrito se desprende que uno de los pilares fundamentales es la reafirmación del *Heart Team* como eje central en la toma de decisiones para pacientes con estenosis aórtica severa. La evaluación multidisciplinaria ha demostrado mejorar los resultados clínicos al integrar la experiencia de cardiólogos clínicos, cardiólogos intervencionistas, cirujanos cardiovasculares, especialistas en imágenes y geriatras. La recomendación de que cada hospital que realice TAVI cuente con un *Heart Team* entrenado refuerza la necesidad de un enfoque colaborativo, alejado de decisiones aisladas y sustentado en el análisis integral del paciente.

Otro punto clave que comparto es la evaluación de la fragilidad en los pacientes añosos, una dimensión frecuentemente subestimada por los colegas pero de gran impacto en la selección del tratamiento y en la predicción de resultados post-TAVI. El reconocimiento de escalas objetivas como la de Fried, Rockwood o la Batería de Desempeño Físico es una contribución relevante para evitar intervenciones en pacientes con escasas probabilidades de beneficio clínico. En este sentido, la mención explícita de la futilidad como una contraindicación para TAVI enfatiza la importancia de una selección adecuada, especialmente en países emergentes donde los recursos en salud son ciertamente limitados y la accesibilidad a prótesis valvulares sigue siendo un desafío.

El consenso también aborda de manera clara las indicaciones y contraindicaciones del TAVI, incorporando las más recientes recomendaciones internacionales y estableciendo criterios adaptados a nuestro contexto latinoamericano. Se refuerza el concepto de que TAVI y cirugía de reemplazo valvular aórtico (RVAo) no son tratamientos excluyentes, sino complementarios, con indicaciones diferenciadas en función del riesgo quirúrgico y la anatomía del paciente.

Desde el punto de vista técnico, destaca la importancia de la angiotomografía como herramienta clave en la planificación del procedimiento. La selección del tamaño de la prótesis y el acceso vascular adecuado son pasos determinantes para reducir complicaciones, mejorar la implantación y optimizar los resultados hemodinámicos. Subraya la necesidad de considerar no solo el anillo aórtico, sino también el tracto de salida del ventrículo izquierdo, la altura de los ostiums coronarios, los senos de Valsalva y la unión sinotubular, factores que impactan directamente en el éxito del procedimiento. En cuanto a los tipos de prótesis, brinda una descripción detallada de las diferentes plataformas disponibles, tanto balón expandibles como autoexpandibles, resaltando sus características, ventajas y limitaciones. Esto resulta de gran valor para los intervencionistas en formación, ya que permite un enfoque más racional en la selección de la prótesis más adecuada para cada paciente y anatomía específica.

También se aborda con claridad los posibles accesos vasculares, estableciendo la vía transfemoral como la preferida, pero reconociendo la importancia de las alternativas como el acceso subclavio, carotídeo o transcavo en pacientes con anatomías desfavorables. Se enfatiza la necesidad de una evaluación exhaustiva del árbol vascular mediante imágenes y el uso de dispositivos de cierre vascular adecuados para reducir complicaciones.

Otro aspecto es el abordaje de las complicaciones asociadas al TAVI, incluyendo el reflujo paravalvular, trastornos de conducción, complicaciones vasculares y accidente cerebrovascular. La identificación de predictores y el establecimiento de estrategias de manejo basadas en la evidencia contribuyen a mejorar los resultados y reducir la variabilidad en la práctica clínica.

Por último, el consenso introduce recomendaciones actualizadas sobre la terapia antitrombótica post-TAVI, un área de constante evolución. Se destaca la preferencia por monoterapia antiplaquetaria en la mayoría de los casos, evitando esquemas más agresivos que aumenten el riesgo de sangrado sin un beneficio claro en la prevención de eventos tromboticos. En esta síntesis, podemos decir que este consenso es de lectura fundamental para nuestra comunidad de cardiólogos intervencionistas. Su desarrollo demuestra el compromiso del CACI y el RACI con la formación continua y la estandarización de las mejores prácticas en cardiopatía estructural.

**Dr. PhD Carlos Fernández Pereira FACC, FESC, FSCAI**

Editor en Jefe de la Revista Argentina de Cardioangiología Intervencionista (RACI)

cfernandezpereira@centroceci.com.ar

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fuente L, Miano J, Mrad J, et al. Initial results of the quanam drug eluting stent (quads-qp-2) registry (bardds) in human subjects. *Catheterization and Cardiovascular Interventions* 2001;53(4):480-488.
2. Fuente L, Stertzer S, Argenti J, et al. Transendocardial autologous bone marrow in myocardial infarction induced heart failure, two-year follow-up in an open-label phase I safety study (the tabmmi study). *EuroIntervention* 2011;7(7):805-812.
3. Wystrychowski W, Garrido S, Marini A, et al. Long-term results of autologous scaffold-free tissue-engineered vascular graft for hemodialysis access. *The Journal of Vascular Access* 2022;25(1):254-264.
4. Barceló A, Fuente L, Stertzer S. Anatomic and histologic review of the coronary sinus. *International Journal of Morphology* 2004;22(4):331-338.
5. Damonte JJ, Garmendia CM, Cal M, et al. Actualización 2024 del Consenso sobre Implante Valvular Aórtico Percutáneo del Colegio Argentino de Cardioangiología Intervencionistas. *Revista Argentina de Cardioangiología Intervencionista* 2024;15(4):166-187.