

Cirugía coronaria. Evolución en la última década. Indicaciones y resultados actuales

Jesús Herreros

Servicio de Cirugía Cardiovascular. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra. Pamplona. España.

La cirugía coronaria está avalada por unos excelentes resultados, bien documentados a largo plazo como consecuencia de la revascularización completa y la utilización de una o 2 arterias mamarias. En este artículo se revisan los resultados y las indicaciones de la cirugía y se valoran los nuevos retos y las oportunidades que incluyen la cirugía más segura, menos agresiva y asociada a otros procedimientos quirúrgicos. El objetivo es desarrollar estrategias ligadas a un ciclo innovador que adapte la cirugía a las necesidades de la población, las nuevas tecnologías y a las actividades pioneras.

Palabras clave: *Cirugía coronaria. Cirugía coronaria sin bomba. Mamaria interna. Insuficiencia mitral isquémica. Anuloplastia mitral restrictiva. Reconstrucción ventricular.*

Coronary Surgery. Developments in the Last Decade. Indications and Results

Coronary artery bypass surgery is endorsed by the excellent, well-documented, long-term results that follow complete revascularization and the use of 1 or 2 mammary artery grafts. This article contains a review of the current indications for and the results of such surgery and an evaluation of new challenges and opportunities, including the implementation of safer and less aggressive surgery, and surgery associated with other operative procedures. The aim was to develop a strategy linked to a cycle of innovation that could be used to adapt surgery to the needs of the population, to new technologies, and to pioneering developments.

Key words: *Coronary artery bypass surgery. Off-pump coronary artery bypass surgery. Internal mammary artery. Ischemic mitral regurgitation. Mitral restrictive annuloplasty. Surgical ventricular reconstruction.*

Full English text available at: www.revespcardiol.org

INTRODUCCIÓN

La cirugía coronaria tiene un origen incierto, en función de la localización geográfica y las preferencias del autor: Senning en Europa (1966), Garrett (1996) y Favaloro (1997) en Estados Unidos, o incluso mucho antes si consideramos los trabajos experimentales de Alexis Carrel. A los intentos realizados a partir de 1951 por Vineberg en Montreal, introduciendo la arteria mamaria interna (AMI) dentro del

miocardio, siguieron otras propuestas de revascularización directa mediante endarterectomía, interposición de vena safena o AMI, sin que estas técnicas fueran aceptadas ni su aplicación potencial valorada¹. En 1964, Kolesov en Leningrado, anastomosó la AMI a la arteria descendente anterior (DA)². Sin conocimiento de esta contribución, Garrett, del equipo de DeBakey en Houston, utilizó la vena safena para revascularizar la DA en 1966, con permeabilidad del injerto a los 7 años³ y Favaloro introdujo en la Cleveland Clinic el *bypass* aortocoronario en 1967⁴, con una experiencia en 1971 de 741 casos⁵. En 1968, en Nueva York, Green anastomosó la AMI a la DA⁶; en 1971, Flemma, Johnson y Lepley en Milwaukee describieron las ventajas de los injertos secuenciales⁷; se tiene constancia del uso de las 2 AMI en 1972, aunque probablemente se había utilizado ya en 1968⁸. Durante un período de 6 años, la cirugía coronaria estableció sus fundamentos y alcanzó el reconoci-

Sección patrocinada por el Laboratorio Dr. Esteve

Correspondencia: Dr. J. Herreros.
Servicio de Cirugía Cardiovascular. Clínica Universitaria Navarra.
Av. Pío XII, 36. 31008 Pamplona. España.
Correo electrónico: jherreros@unav.es

miento de terapéutica válida universalmente aceptada.

La cirugía coronaria es una de las mejores terapias, extensamente documentada a corto, medio y largo plazo; situándose a la cabeza del conocimiento científico⁹. En Estados Unidos, el número de intervenciones quirúrgicas tuvo un incremento significativo hasta 1996 y un descenso progresivo desde el año 2000, con una reducción de 100.000 casos/año¹⁰. Esta evolución se atribuye a la introducción en 1996 de los *stents* que superaron al número de intervenciones quirúrgicas en 1998. En Europa también se ha detectado esta disminución significativa, a razón del 7-10% anual, y en España el número de intervenciones se ha reducido un 16% durante el período 2000-2002¹¹. Este descenso contrasta con el incremento del número de intervenciones coronarias percutáneas (ICP), en torno al 15% anual^{12,13}. Los avances de las ICP, incluidos los *stents* recubiertos con fármacos antiproliferativos, han repercutido en la reducción global de la cirugía^{14,15}. Sin embargo, aunque en determinados grupos de pacientes los *stents* recubiertos han demostrado ser más efectivos, falta evidencia científica sobre resultados a largo plazo, así como en otro tipo de enfermos o de lesiones¹⁶. Esta evolución exige adaptar la cirugía de la cardiopatía isquémica al futuro. Así en este artículo se revisan los resultados y las indicaciones y se valoran las nuevas oportunidades que incluyen la cirugía más segura, menos agresiva y asociada a otros procedimientos quirúrgicos.

RESULTADOS. INDICACIONES

Resultados

Mortalidad

La cirugía coronaria es probablemente la técnica quirúrgica con resultados mejor documentados a corto, medio y largo plazo. La mortalidad hospitalaria en Estados Unidos y Europa es inferior al 2,5%¹⁷⁻¹⁹. Aproximadamente el 98% de los pacientes están vivos al mes y el 97, el 92, el 81 y el 66% están vivos 1, 5, 10 y 15 años, respectivamente, después de la intervención²⁰. La evolución de esta curva, con un descenso inicial pequeño durante los primeros meses, casi aplanamiento posterior hasta el quinto año y un descenso progresivo desde entonces y más evidente a partir del octavo año, está relacionada con la oclusión de los injertos, la progresión de la enfermedad y el desarrollo de comorbilidades. La revascularización con injertos arteriales mejora esta curva de supervivencia^{21,22}.

A partir de grandes bases de datos, se han desarrollado modelos de estratificación de riesgo para predecir la mortalidad y la evolución^{18-20,22-24}. Todas las escalas incluyen las siguientes variables como predictoras de mortalidad hospitalaria: edad, sexo femenino, reo-

peración, urgencia, disfunción ventricular izquierda, cirugía asociada, insuficiencia renal, arteriopatía sintomática extracardíaca. A estos factores hay que añadir otros relacionados con la anatomía, tales como la revascularización incompleta, la proporción de vasos distales de pequeño calibre, la asociación de endarterectomía, la enfermedad severa del tronco común izquierdo y la experiencia del cirujano²⁰. En la tabla 1 está representada la escala de predicción de riesgo quirúrgico EuroSCORE, desarrollada a partir de 19.030 pacientes, operados en Europa durante el período septiembre-diciembre de 1995.

Evolución

Después de la cirugía, la probabilidad de estar libre de angina a 1, 5, 10, 15 y 20 años es del 95, el 82, el 61, el 38 y el 21%, respectivamente²⁵. Estos resultados demuestran que a largo plazo la angina es casi inevitable, aunque el intervalo medio desde la cirugía supera ligeramente los 12 años. El uso de la AMI para revascularizar la DA reduce la recurrencia de la angina, principalmente a partir del cuarto año²⁶. La probabilidad de estar libre de infarto a los 30 días, 5, 10, 15 y 20 años es del 97, el 94, el 86, el 73 y el 56%, respectivamente²⁶. La prevalencia de muerte súbita es baja, con el 97% de pacientes libres a los 10 años. La disfunción ventricular izquierda severa es el principal

TABLA 1. Predicción de riesgo quirúrgico EuroSCORE¹⁹

Factores de riesgo	Puntos
Edad (cada 5 años a partir de 60 años)	1
Mujer	1
Enfermedad pulmonar crónica	1
Arteriopatía extracardíaca	2
Reoperación	3
Insuficiencia renal	2
Endocarditis activa	3
Estado preoperatorio crítico	3
Angina inestable	2
Fracción de eyección inferior a 0,30	3
Infarto de miocardio reciente	2
Hipertensión pulmonar	2
Emergencia	2
Cirugía no coronaria	2
Cirugía de la aorta torácica	3
Comunicación interventricular postinfarto	4
Índice EuroSCORE (puntos)	Mortalidad estimada (%)
0-2	1-0
3-5	2,62-3,51
6-8	6,51-8,37
9-10	14,0-19,0
11-13	31,0-42,0
≥ 13	> 42,0

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9181548>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9181548>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)