

Cirugía de revascularización coronaria en pacientes con cardiomiopatía isquémica.

Dr. Amaury Flores Sánchez¹

¹ Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana. Cuba.



Correspondencia: Dr. Amaury Flores Sánchez. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana. Cuba. Telef. 78386028.

Se deben analizar los riesgos y beneficios de la cirugía de forma individual al tomar decisiones en estos pacientes, así como basarnos en los resultados de las investigaciones que aún polemizan. Son imprescindibles entonces el ensayo STICH (Surgical treatment for ischemic heart failure), otros estudios que convergen y divergen sobre los beneficios quirúrgicos y los resultados recientes de una investigación sobre el tema con pacientes del Instituto de Cardiología.

Estudio STICH

No existió diferencia significativa en el resultado primario de mortalidad de cualquier causa entre los pacientes con FEVI \leq 35% que de forma aleatoria se distribuyeron ya fuese a terapia médica o cirugía coronaria durante el seguimiento. Sin embargo, el grupo de cirugía coronaria presentó mejores índices en cuanto a mortalidad de cualquier causa cardiovascular y una variable constructo consistente en muerte de cual-

quier causa y hospitalización por insuficiencia cardíaca. Además también existió mejoría importante de los síntomas y la calidad de vida¹.

Otro estudio de los mismos investigadores demostró que una mayor supervivencia parece predecirse de acuerdo a la preservación del estado funcional o clase funcional; además de los marcadores de severidad angiográfica de la enfermedad coronaria, la severidad de la disfunción sistólica y el remodelado ventricular. Los pacientes que más se beneficiaron eran aquellos con la enfermedad arterial coronaria más severa y la disfunción sistólica ventricular izquierda más avanzada, que son los pacientes de mayor riesgo. Existe una mortalidad temprana que luego decrece².

Estudios convergentes sobre el beneficio de la Cirugía Coronaria en la disfunción sistólica ventricular izquierda.

La cirugía parece estar asociada con reducción de la mortalidad de cualquier causa³. También existe mejoría en la calidad

de vida y en la FEVI en un período de 3 años posterior a la cirugía coronaria en pacientes con enfermedad arterial coronaria severa y disfunción del VI (FEVI<35%)⁴. Se plantea que la mejoría en la mortalidad después de la revascularización de miocardio viable tiene poca relación con los cambios ya sea en la FEVI o clase funcional y podría ser resultado de otros factores. La cirugía coronaria en los pacientes con disfunción sistólica ventricular izquierda puede ser realizada con una mortalidad relativamente baja (5,1%) a los 30 días⁵.

Estudios divergentes sobre los beneficios de la Cirugía coronaria en la disfunción sistólica ventricular izquierda.

Los pacientes con disfunción ventricular izquierda isquémica y pobre capacidad de ejercicio tienen un riesgo a corto plazo y una mortalidad a los 5 años similar con cirugía coronaria comparada con terapia médica⁶. La cirugía coronaria no reduce los episodios de muerte súbita³. Las complicaciones postoperatorias serias ocurren aproximadamente en 1 de cada 4 pacientes y se asocian a mayor mortalidad⁵.

Resultados en el Instituto de cardiología y Cirugía cardiovascular.

La investigación en curso es un estudio observacional longitudinal prospectivo con todos los pacientes revascularizados por cirugía desde el reinicio de dicha actividad en 2010 en el Instituto de Cardiología y la

población objeto de estudio se dividió de acuerdo a si presentaban o no disfunción sistólica ventricular izquierda. Hasta el momento se han obtenido dos resultados parciales considerando dicha disfunción sistólica como FEVI<45% y FEVI≤50%. Al analizar los resultados se concluyó que la disfunción sistólica ventricular izquierda preoperatoria se asocia a mayor mortalidad cardíaca intrahospitalaria y a menor supervivencia en los primeros 12 meses postquirúrgicos. La mayor mortalidad cardíaca en los pacientes con disfunción sistólica no fue debido a isquemia aguda perioperatoria. No existieron diferencias en cuanto a incidencia de oclusión de injertos ni necesidad de nueva revascularización⁷. Consideramos entonces que el mayor número de muertes fue debido al shock cardiogénico que se establece en estos pacientes con disfunción sistólica previa y que no obtienen una mejoría contráctil en un período corto de tiempo⁸.

Considero entonces que se deben revascularizar mayor número de pacientes con cardiomiopatía isquémica y disfunción sistólica severa en nuestra institución puesto que en la actualidad solo representa el 2% de la población estudiada. Creo que basado en lo reportado por las investigaciones más recientes deberíamos estar casi convencidos que si este grupo de pacientes no se revascularizan tendrían un pronóstico

peor. Es obvio que se impone investigar más sobre el tema en nuestro país.

Bibliografía.

1. Bonow RO, Maurer G, Lee KL, Holly TH, Binkley PF, Desvigne-Nickens P et al. Myocardial viability in ischemic left ventricular dysfunction. N Engl J Med 2011[citado 9 Sept 2015];364:1617-25. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3290901/>

2. Panza JA, Velásquez EJ, She L, Smith PK, Nicolau JC, Favalaro RR et al. Extent of coronary and myocardial disease and benefit from surgical revascularization in LV dysfunction. J Am Coll Cardiol 2014[citado 9 Sept 2015];64:553-61. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25104523>

3. Gheorghide M, Flaherty JD, Fonarow GC, Desai RV, Lee R, McGiffin D. Coronary artery disease, coronary revascularization, and outcomes in chronic advanced systolic heart failure. Int J Cardiol. 2011 August 18[citado 9 Sept 2015]; 151(1): 69-75. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2941707/>

4. Mark DB, Knight JD, Velazquez EJ, Wasilewski J, Howlett JG, Smith PK et al. Quality-of-life outcomes with coronary artery bypass graft surgery in ischemic left ventricular dysfunction: a randomized trial. Ann Intern Med. 2014 Sep 16[citado 9 Sept 2015];161(6):392-9. Disponible en: <http://annals.org/article.aspx?articleid=1905127>

5. Haxhibeqiri-Karabdic I, Hasanovic A, Kabil E, Straus S. Improvement of ejection fraction after coronary artery bypass grafting surgery in patients with impaired left ventricular Function. Med Arh. 2014 Oct[citado 9 Sept 2015]; 68(5): 332-334. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4269543/>

6. Stewart RA, Szalewska D, She L, Lee KL, Drauzner MH, Lubiszewska B et al. Exercise capacity and mortality in patients with ischemic left ventricular dysfunction randomized to coronary artery bypass graft surgery or medical therapy: an analysis from the STICH trial (Surgical Treatment for Ischemic

Heart Failure). JACC: Heart Failure 2014 Aug[citado 9 Sept 2015]; 2(4):335-43. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4127151/>

7. Flores-Sánchez A, Rodríguez-Martínez A, Castillo-Martínez MP, Chacón E, Paredes-Cordero AM. Asociación de la disfunción sistólica ventricular izquierda con eventos cardíacos posterior a revascularización coronaria quirúrgica. Rev Cub Cardiol 2015[citado 9 Apr 2016]; 21(4). Disponible en: http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/609/pdf_27

8. Liu C, Xiu CH, Xiao XG, Ni LX, Liu ZG, Wang BCH. Effect of graft patency on the prediction of myocardial Viability by dobutamine stress and myocardial contrast echocardiography before coronary artery bypass surgery. J Clin Ultrasound 2014; 42(1):9-15.

Los editoriales publicados en la Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular expresan los puntos de vista de los autores y no necesariamente representan los criterios de la Revista o de la Sociedad Cubana de Cardiología.

Recibido: 18-09-2016
Aceptado: 22-09-2016

