

Endarterectomía coronaria del tronco principal izquierdo

NELSON GIRALDO¹, SERGIO FRANCO², ALEJANDRO ESCOBAR³, HERNÁN FERNÁNDEZ³,
CARLOS VALLEJO⁴, CARLOS RAMÍREZ⁴, HERNÁN CASTRO⁴.

RESUMEN

Se realiza un reporte de 4 casos, en pacientes con enfermedad única del tronco principal izquierdo a quienes se les realizó endarterectomía y reconstrucción con parche de vena safena autóloga con buena evolución postoperatoria y buen seguimiento.

PALABRAS CLAVE:

Tronco principal

Endarterectomía

Plastia

ABSTRACT

Case report of four patients with left main coronary artery disease who underwent Endarterectomy and plasty with saphenous vein patch; with good postoperative recovery and follow-up results.

¹ Jefe del Departamento de Cirugía Cardiovascular Clínica Medellín. Profesor Cirugía Cardíaca. CES.

² Cirujano Cardiovascular Clínica Medellín. Profesor Cirugía Cardíaca. CES.

³ Residente Cirugía Cardiovascular. Instituto de Ciencias de la Salud. CES.

⁴ Anestesiólogo Cardiovascular Clínica Medellín. uccm@geo.net.co

KEY WORDS:

Left main coronary artery

Endarterectomy

Plasty

INTRODUCCIÓN

La endarterectomía coronaria no es un método nuevo de revascularización miocárdica, los primeros en reportarla fueron Bailey y Lemmon en 1957⁽¹⁾. Este tipo de cirugía, ha sido realizada tanto en la arteria coronaria derecha como en las ramas de la arteria coronaria izquierda, como método único o asociado a un Bypass coronario.

Los primeros casos de estenosis del tronco manejados con endarterectomía fueron reportados por Effer⁽²⁾ y Sabiston⁽³⁾. Estas intervenciones fueron abandonadas por la alta mortalidad, superior al 45%, y por el surgimiento de los puentes coronarios como nueva opción de tratamiento para este tipo de pacientes⁽⁴⁾.

Los métodos nuevos de anestesia cardiovascular, protección miocárdica y circulación extracorpórea, han permitido el resurgimiento de la cirugía del tronco en pacientes con lesión única a este nivel y lechos receptores permeables. Los resultados actuales son satisfactorios y prometen colocar esta tecnología por encima de otros métodos de tratamiento de tal enfermedad.

Este procedimiento tiene una incidencia de infarto perioperatorio que oscila entre un 3% y 15% y una mortalidad hospitalaria reportada en las diferentes series entre 2.6% y el 15% dependiendo de factores como la urgencia de la cirugía, si-

· tio de la lesión, extensión de la lesión y la función ventricular ^(5,6,7,8,9,10).

OBJETIVO

· Realizar un reporte de casos, acerca del tratamiento de la estenosis del tronco principal izquierdo a través de una endarterectomía y cierre con parche de vena safena autóloga procesada con glutaraldehído al 0.5%. Se reportan los resultados a corto y largo plazo.

DISEÑO

· Se realiza un reporte de 4 casos consecutivos de pacientes con estenosis del tronco principal izquierdo, manejados con esta técnica.

MATERIALES Y MÉTODOS

· Se evaluaron 4 pacientes que de manera consecutiva ingresaron al servicio de cirugía cardiotorácica de la Clínica Medellín, durante un período de 5 años y se les realizó la técnica descrita. A todos los pacientes se les realizó seguimiento clínico y en uno de ellos se hizo evaluación angiográfica a los 8 meses.

RESULTADOS

· El promedio de edad fue de 45 años. La distribución por sexo fue de 2 y 2.

· Dos pacientes se encontraban antes de la cirugía en clase de angina II, según la clasificación Canadiense I – IV, y dos pacientes en clase IV.

· En la angiografía prequirúrgica, se encontró una estenosis mayor del 80% del tronco principal izquierdo en los cuatro pacientes y el resto del ár-

bol coronario fue catalogado angiográficamente sin lesiones significativas. La función ventricular estaba preservada. Con fracción de eyección promedio del 55%. (figura 1A)

Se realiza endarterectomía de la placa y ampliación del tronco con parche de vena en los primeros tres pacientes. En el cuarto se decide sólo la angioplastia con vena, sin realizar intentos de remover la enfermedad hiperplásica. (figura 1B)

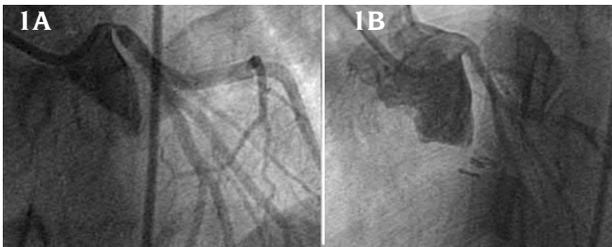


Figura 1A. Angiografía basal en paciente con estenosis mayor del 90% del tronco principal de la coronaria izquierda. 1B. Angiografía post quirúrgica 8 meses luego de endarterectomía y plastia con vena safena.

Se presentó muerte súbita a los 6 meses de la cirugía en el paciente con enfermedad hiperplásica a pesar de estar protegido con anticoagulación crónica con warfarina. Se consideró que la causa de la muerte fue debida a un evento coronario pero sin tener comprobación por necropsia.

Dos pacientes tienen seguimiento a 3 años encontrándose en clase funcional I y un paciente con seguimiento a 5 años en clase funcional II.

Un paciente tiene control angiográfico 8 meses después de la cirugía y se encuentra el tronco 100% permeable.

CONCLUSIÓN

En general la endarterectomía del tronco ha sido reemplazada por nuevas técnicas de revascularización. Sin embargo, consideramos

que no debe desaparecer del armamentario del cirujano, en especial cuando las nuevas técnicas de protección miocárdica, anestésica y de cuidados postquirúrgicos han disminuido la morbimortalidad del procedimiento.

A pesar de que no existe un consenso respecto a las indicaciones de este tipo de cirugía, la mayoría de los trabajos coinciden en que es un procedimiento útil en enfermedad del ostium, enfermedad del tronco y lecho receptor adecuado.

El Bypass coronario sobre arterias sanas, particularmente cuando hay lesión única del tronco, conlleva a una caída en la presión de perfusión distal a la implantación del puente, lo que ha sido argumento en beneficio de hacer una cirugía más fisiológica como es la cirugía del tronco (Principio de Prinzmetal).

BIBLIOGRAFÍA

1. Bailey CP, Lemmon WN. Survival after coronary endarterectomy. JAMA 1957; 164:641-6
2. Effler DB, Sones FM, Favaloro R, Groves LK. Coronary endarterectomy with patch graft reconstruction clinical experience with 34 cases. Ann surg 1965;162:590-601.
3. Sabiston DC, Ebert PA, Friesinger GC, Ross RS. Proximal endarterectomy: arterial reconstruction for coronary occlusion at aortic origin. Arch Surg 1965; 91:758-64
4. Miller C, Stinson E, Oyer P, Reitz B, Jamieson M. Long term clinical assessment of the efficacy of adjunctive coronary endarterectomy. J Thorac Cardiovasc Surg 1981;81:21-9.
5. Sundt T, Camillo C, Mendeloff E, Barner H, Gay W. Reappraisal of coronary

- endarterectomy for the treatment of diffuse coronary artery disease. *Ann Thorac Surg* 1999; 68:1972-77.
6. Asimakopoulos G, Taylor K, Ratnatunga C. Outcome of coronary endarterectomy: a case-control study. *Ann Thorac Surg* 1999; 67:989-93.
 7. Ferraris V, Harrah J, Mortiz D, Striz M, Striz D. Long term angiographic results of coronary endarterectomy. *Ann Thorac Surg* 2000; 69:1737-43.
 8. Qureshi S, Halim M, Pillai R, Smith P, Yacoub M. Endarterectomy of the left coronary system. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1985; 89:852-9.
 9. Dion R, Verhelst R, Matta A, Rousseau M, Goenen M, Chalant C. Surgical angioplasty of the left main coronary artery. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1990; 99:241-50
 10. Shapira O, Akopian G, Hussain A, Adestein M, Lazar H, Aldea G, Shemin R. Improved clinical outcomes in patients undergoing coronary artery bypass grafting with coronary endarterectomy. *Ann Thorac Surg* 1999; 68:2273-8.

