

41 VIABILIDAD MIOCÁRDICA COMO PREDICTOR DE RESULTADOS EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA

Maximiliano Rodríguez, Patricio Russo, Alejandro Pérez, Daniel Brusich
Hospital de Clínicas.

Introducción: la disfunción del ventrículo izquierdo es uno de los determinantes del pronóstico en los pacientes con enfermedad arterial coronaria. Algunos individuos con infarto de miocardio desarrollarán insuficiencia cardíaca, mientras que en otros con enfermedad arterial crónica la isquemia conllevará a un remodelado del miocito cardíaco y del tejido muscular. Estas alteraciones sumadas a la reducción de la reserva coronaria pueden hacerse irreversibles y resultar en miocardiopatía isquémica. Los estudios de imagen no invasivos que valoran viabilidad miocárdica parecerían ser fundamentales en el pronóstico, ya que la cantidad de cicatriz miocárdica e hibernación se vinculan con el riesgo de muerte súbita. De todas formas, la correlación entre el asesoramiento de la viabilidad y el conducir pacientes a cirugía de revascularización debe interpretarse con precaución.

Caso clínico: 62 años, sexo masculino. FRCV: HTA, tabaquismo y dislipemia. Medicación: AAS, betabloqueantes, hipolipemiantes y calcioantagonistas. EA: dolor torácico posprandial, configurando una angina inestable de reciente comienzo. No SNV. Consulta en emergencia. ECG: secuela de cara lateral. Troponinas: 1.031 ng/ml. AEA: IAMEST en 2005; ATC de ADA, DIAG., AMO. EF: lúcido, eupneico, tolera decúbito. PyM: normocoloreadas. CV central: choque de punta en 5º espacio línea medio-axilar. RR de 88 cpm. R1 y R2 presentes. No soplos. CV periférico: pulsos simétricos. Allen normal. PP: MAV conservado, crepitantes bibasales.

Pruebas complementarias: CACG: TCI: sin lesiones. ADA: oclusión intrastent. DIAG: 1ro estenosis proximal 80%. DIAG: 2.ª estenosis intrastent 70%. ACx: estenosis proximal 70%. AMO: 3er trombo intrastent. ACD: dominante, ocluida crónica proximal. ADP: vista por circulación heterocoronaria, sin lesiones. ETT: VI dilatado. HVI excéntrica. Hipoquinesia global. Aquinesia apical, anterior y anterolateral de segmentos medio y apical. FEVI 20%. Severa dilatación biauricular. VD no dilatado / TAPSE 18 mm.

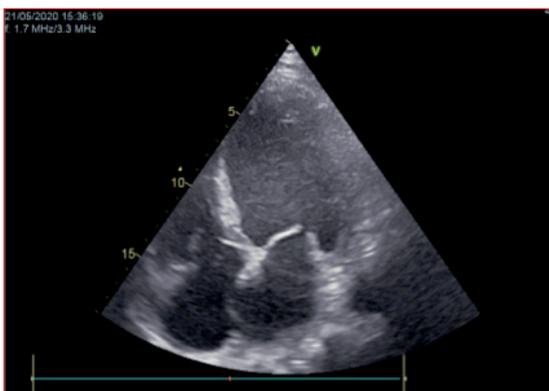


Figura 1

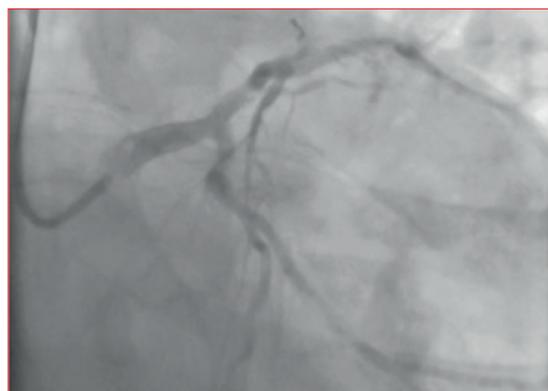


Figura 2

Diagnóstico: infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST.

Discusión: el ensayo STICH estudió el efecto de adicionar cirugía de derivación arterial coronaria (CDAC) al tratamiento médico en pacientes con falla cardíaca. Concluyó que el abordaje dual reduce la incidencia de mortalidad como muerte súbita y eventos de falla de bomba fatal. En el ensayo STICHES, la cohorte cirugía mostró un beneficio en sobrevida independientemente de la presencia de viabilidad, como evidenció el subestudio de Panza y colaboradores (*Viabilidad miocárdica y resultados a largo plazo en la cardiopatía isquémica*), donde la interacción entre estos parámetros no resultó significativa. Viabilidad, por tanto, no define la mejoría en la sobrevida ni el beneficio de cirugía. La mejoría de la función ventricular sí se asocia con la viabilidad, siendo igual para las dos cohortes del ensayo. Así, la mejoría en la sobrevida es independiente de la recuperación de la función. En la mejora de la FEVI y sobrevida participan varios factores: viabilidad, angor, calidad de lechos vasculares y posibilidad de revascularización completa. Nuestro paciente recibió CDAC con 4 injertos: AMII a ADA, puente venoso aislado aorto-ADP y puente secuencial venoso aorto/AMO-2.º DIAG. Cursó un posoperatorio sin complicaciones. Se realizó nuevo ETT a los 6 meses mostrando una FEVI de 37%.