

REPORTE DE CASO

Revascularización coronaria híbrida en pacientes Testigos de Jehová

Luis A. Quispe-Fernández, Guillermo Careaga-Reyna, Carlos A. Lezama-Urtecho, Luis M. Álvarez-Sánchez, y Mayra L. Carrillo-González.

Cirugía Cardiorrástica y Asistencia Circulatoria, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza" del Centro Médico Nacional "La Raza", Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, MÉXICO.

Presentamos un caso de revascularización coronaria híbrida en una paciente femenina Testigo de Jehová con lesión trivascular, en quien se realizó revascularización coronaria sin derivación cardiopulmonar a la descendente anterior; al segundo día de posoperatorio se realizó intervención coronaria percutánea a la circunfleja. El paciente fue dado de alta sin transfusión de hemocomponentes. La revascularización híbrida disminuye las complicaciones asociadas a la circulación extracorpórea y la necesidad de transfusión de hemocomponentes.

Palabras clave: Revascularización coronaria; Testigo de Jehová; Transfusión sanguínea.

We present herein a case of hybrid coronary revascularization in a Jehovah's Witness female patient with triple vessel coronary disease, undergoing myocardial revascularization without cardiopulmonary bypass to the anterior descending coronary artery, and percutaneous coronary intervention to the circumflex coronary artery on the second postoperative day. She was discharged from hospital without transfusion of blood components. Hybrid revascularization reduces the complications associated with extracorporeal circulation and the need for transfusion of blood components.

Keys words: Coronary artery bypass grafting; Jehova's Witness; Blood transfusion.

(*Cir Card Mex* 2018; 3(2): 51-53)

© 2018 por la Sociedad Mexicana de Cirugía Cardíaca, A.C.



La revascularización híbrida incluye la revascularización coronaria sin derivación cardiopulmonar (de manera convencional o por mínima invasión) y la intervención coronaria percutánea [1]. La circulación extracorpórea (CEC) produce trastornos hemodinámicos, de coagulación por hemodilución de factores y plaquetopenia [2], por lo mismo llegando a requerir una alta cantidad de transfusión de hemocomponentes. Con la intención de disminuir la cantidad de transfusión de hemocomponentes y por ende la morbilidad, se ha renovado el interés por la cirugía de revascularización coronaria sin CEC, ya sea por esternotomía media o minitoracotomía [3]. La angioplastia coronaria con stent tiene, a largo plazo, resultados similares a la cirugía pero con mayor incidencia de nuevos procedimientos posteriores [2]. La reestenosis está relacionada con las características de la lesión que se dilata y además es más frecuente en la descendente anterior [1].

Con el objetivo de ofrecer una opción terapéutica menos agresiva que la cirugía convencional a pacientes con enfermedad multivascular, se ha propuesto la revascularización a corazón

latiendo de la arteria descendente anterior con arteria mamaria interna y la angioplastia coronaria con stent para el resto de las lesiones [4]. Según los estudios de SYNTAX (comparación entre PCI con Taxus Y Cirugía cardíaca), por ejemplo, demostró que el bypass coronario era superior a la intervención coronaria percutánea en pacientes con enfermedad multivascular o enfermedad del tronco coronario izquierdo [2].

La permeabilidad a largo plazo de los injertos de vena safena ha sido cuestionada, con tasas de fracaso de 1 año hasta 46%, mientras que los stents medicados tienen una tasa de reestenosis del <5% al año del procedimiento [5].

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 61 años de edad hipertensa, dislipidémica con antecedente quirúrgico de safenectomía. Con angina a medianos esfuerzos, se realizó ecocardiograma en donde se evidenció hipocinesia anteroseptal, FEVI 60 %. El cateterismo cardíaco con arteria descendente anterior ocluida desde su origen con llenado colateral, circunfleja con lesión del 80 % proximal, coronaria derecha ocluida en el origen, descendente posterior llenando por circulación colateral de la circunfleja (Fig. 1).

Autor Responsable: Dr. Luis Alberto Quispe Fernández
email: luisqfcirugia@gmail.com



Figura 1. Cateterismo cardiaco demostrando la lesión significativa de la arteria circunfleja

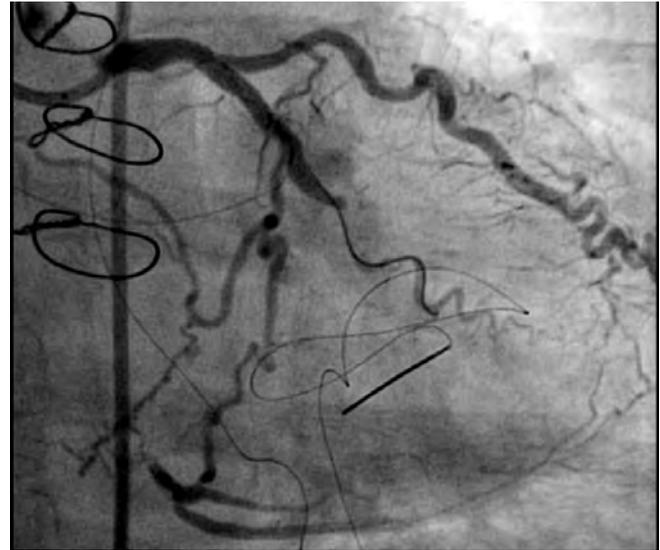


Figura 2. Angioplastia coronaria a la arteria circunfleja y la marginal obtusa.

Paciente que por motivos religiosos rechazó la transfusión de hemocomponentes, por lo que se planificó la revascularización híbrida con revascularización a la descendente anterior sin derivación cardiopulmonar y angioplastia con colocación de stent en la circunfleja.

Se realizó revascularización coronaria sin derivación cardiopulmonar, de arteria mamaria interna a descendente anterior con uso de recuperador celular y al segundo día del posoperatorio se realizó colocación de stent directo Siner-

gy 3.5 x 32mm a arteria circunfleja en segmento proximal (Fig. 2) (Fig. 3). Se observó injerto de arteria mamaria interna izquierda a descendente anterior permeable (Fig. 4). El paciente cursó hemodinámicamente estable y se egresó a los dos días del posoperatorio. No se transfundieron hemocomponentes durante su estancia hospitalaria.

COMENTARIO

La cirugía coronaria menos agresiva está basada en asegu-



Figura 3. Colocación de stent directo synergy 3.5 x 32mm a arteria circunfleja.

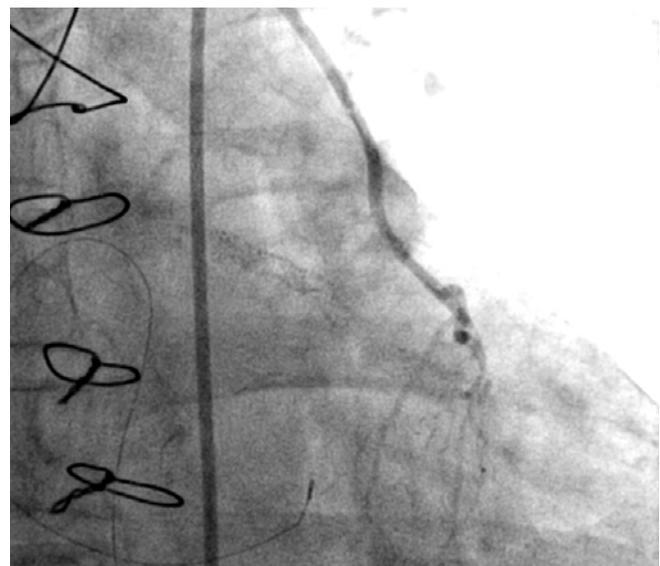


Figura 4. Revascularización de arteria mamaria interna izquierda a arteria descendente anterior permeable.

rar un injerto de arteria mamaria a la arteria descendente anterior. Su permeabilidad es el factor predictor más importante de supervivencia a largo plazo. Es primordial la revascularización quirúrgica de la descendente anterior, quedando abierta la revascularización alternativa a otros vasos esta sería la base de los intentos recientes de revascularización híbrida [6].

En el enfermo con angina inestable o lesión de tronco, el territorio de la DA estaría protegido con el injerto de AMI previamente a la dilatación. La revascularización híbrida ofrece una serie de ventajas sobre los procedimientos alternativos aislados es menos agresiva, asegura el injerto de AMI a la DA, la revascularización puede ser completa [3]. Las desventajas son las reestenosis de los vasos dilatado [4].

REFERENCIAS

1. John D. Puskas, MD, Michael E. Halkos, MD, Joseph J. DeRose, Hybrid Coronary Revascularization for the Treatment of Multivessel Coronary Artery Disease, *J Am Coll Cardiol* 2016;68:356–65).
2. Mohr FW, Morice MC, Kappetein AP, et al. Coronary artery bypass graft surgery versus percutaneous coronary intervention in patients with three-vessel disease and left main coronary disease: 5-year follow-up of the randomized, clinical SYN-TAX trial. *Lancet* 2013;381:629–38.
3. E. Rodríguez, M. López, J. Rupilanchas, Revascularización híbrida, *Rev Esp Cardiol* 1999; 52: 898-902.
4. Halkos ME, Rab ST, Vassiliades TA, et al. Hybrid coronary revascularization versus off-pump coronary artery bypass for the treatment of left main coronary stenosis. *Ann Thorac Surg* 2011;92:2155–60.
5. Bonaros N, Schachner T, Wiedemann D, et al. Closed chest hybrid coronary revascularization for multivessel disease—current concepts and techniques from a two-center experience. *Eur J Cardiothorac Surg* 2011;40:783–7.
6. Repossini A, Tespili M, Saino A, et al. Hybrid revascularization in multivessel coronary artery disease. *Eur J Cardiothorac Surg* 2013;44:288–93.

Un paciente puede beneficiarse claramente de esta técnica, aquel enfermo con riesgo elevado para ser sometido a circulación extracorpórea [1].

La revascularización híbrida disminuye las complicaciones asociadas a la circulación extracorpórea y la necesidad de transfusión de hemocomponentes, por lo que consideramos una alternativa en pacientes testigos de Jehová.

FINANCIAMIENTO: Ninguno.

DECLARACIONES: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.