

PRESENTACION DE CASOS CLINICOS

Revascularización Miocárdica Incompleta A Propósito del 1er. Caso de Puentes Venosos Aorto-coronarios Estudiado en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas

Dres. Víctor Baquero,
Irving Peña
y Feliciano Acevedo *

La cirugía de revascularización utilizando puentes aorto-coronarios autólogos de vena safena ha sido utilizada con éxito en el tratamiento de la cardiopatía isquémica sintomática.

El presente reporte es en relación con un caso estudiado en nuestra institución por presentar angor pectoris inestable después de cirugía de revascularización miocárdica.

PRESENTACION DEL CASO: Paciente H. B. de sexo masculino, de 54 años de edad, asintomático hasta noviembre de 1975, cuando comenzó a presentar dolor opresivo retroesternal con irradiación a cuello y ambos brazos, mareos y sudoración, síntomas estos que se exacerbaban con el esfuerzo físico.

Al examen físico de ingreso, se aprecia un paciente en buenas condiciones generales. T. A. 110/75, pulso regular a 75x'. Se auscultó un click mesosistólico en mesocardio. El resto del examen físico fue negativo. El electrocardiograma fue compatible con bloqueo trifascicular y zona eléctricamente inactivable anterior extensa.

La Rx de tórax mostró cardiomegalia discreta, aorta opaca, pulmones claros.

Fue referido a otro hospital para estudio hemodinámico. La coronariografía selectiva practicada, mostró lesiones proximales significativas (mayores del 75%) en la arteria descendente anterior, 1ª diagonal, y 1ª obtusa marginal. Se visualizó una 2ª obtusa marginal de buen tamaño, y fue reportada una placa de ateroma no significativa en su porción proximal. La ventriculografía izquierda mostró una discinesia apical e hipocinesia lateral.

El 11 de marzo de 1976, se intervino quirúrgicamente, practicándosele puente aortocoronario con injerto autólogo de vena safena a la porción distal de la descendente anterior y 1ª obtusa marginal.

* Miembros del Departamento de Medicina Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

El paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dado de alta a los 10 días de intervenido. Posteriormente se mantuvo relativamente inactivo y asintomático, hasta mediados de septiembre del año en curso cuando comenzó un programa de ejercicios físicos por indicación de su médico tratante (F. A.) A los pocos días el paciente comenzó a notar dolor torácico de iguales características al reportado al comienzo de su enfermedad actual. El 2-8-76 presentó crisis de angor pectoris en reposo, de fuerte intensidad, de 15 minutos de duración por lo que fue ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos de nuestra institución para observación. El electrocardiograma de ingreso mostró una lesión subendocárdica anterior extensa y lateral. El resto del trazado fue similar al reportado anteriormente.

Los electrocardiogramas y enzimas séricas seriadas por 3 días descartaron la existencia de necrosis aguda miocárdica, por lo que se decidió referir al paciente a la unidad de exploraciones cardiovasculares de nuestra institución, donde se le practicó cateterismo cardíaco con inyecciones selectivas de material de contraste en las arterias coronarias y en ambos puentes aorto-coronarios. El estudio demostró la permeabilidad de ambos puentes y excelente llenado distal de las arterias descendente anterior y la 1ª obtusa marginal. La 2ª obtusa marginal, la cual no fue revascularizada, mostró una lesión subtotal (98%) en su porción proximal, con una porción distal libre de lesiones. (Figs. 1, 2 y 3). El ventriculograma no mostró diferencias significativas en relación con el practicado en el primer estudio.

COMENTARIOS: En vista de estos hallazgos, se asumió que la causa probable del dolor anginoso de este paciente era debido a isquemia regional determinada por la lesión significativa proximal de la 2ª obtusa marginal no revascularizada.

Se decidió entonces mantener al paciente con tratamiento médico y añadir propranolol en dosis adecuadas. Para el momento de escribir este reporte, el paciente se encuentra en buenas condiciones y asintomático.

Fig. 1 - Coronaria izquierda en posición postero anterior. Se observa lesión proximal de obtusa marginal 2, no revascularizada.

(<)



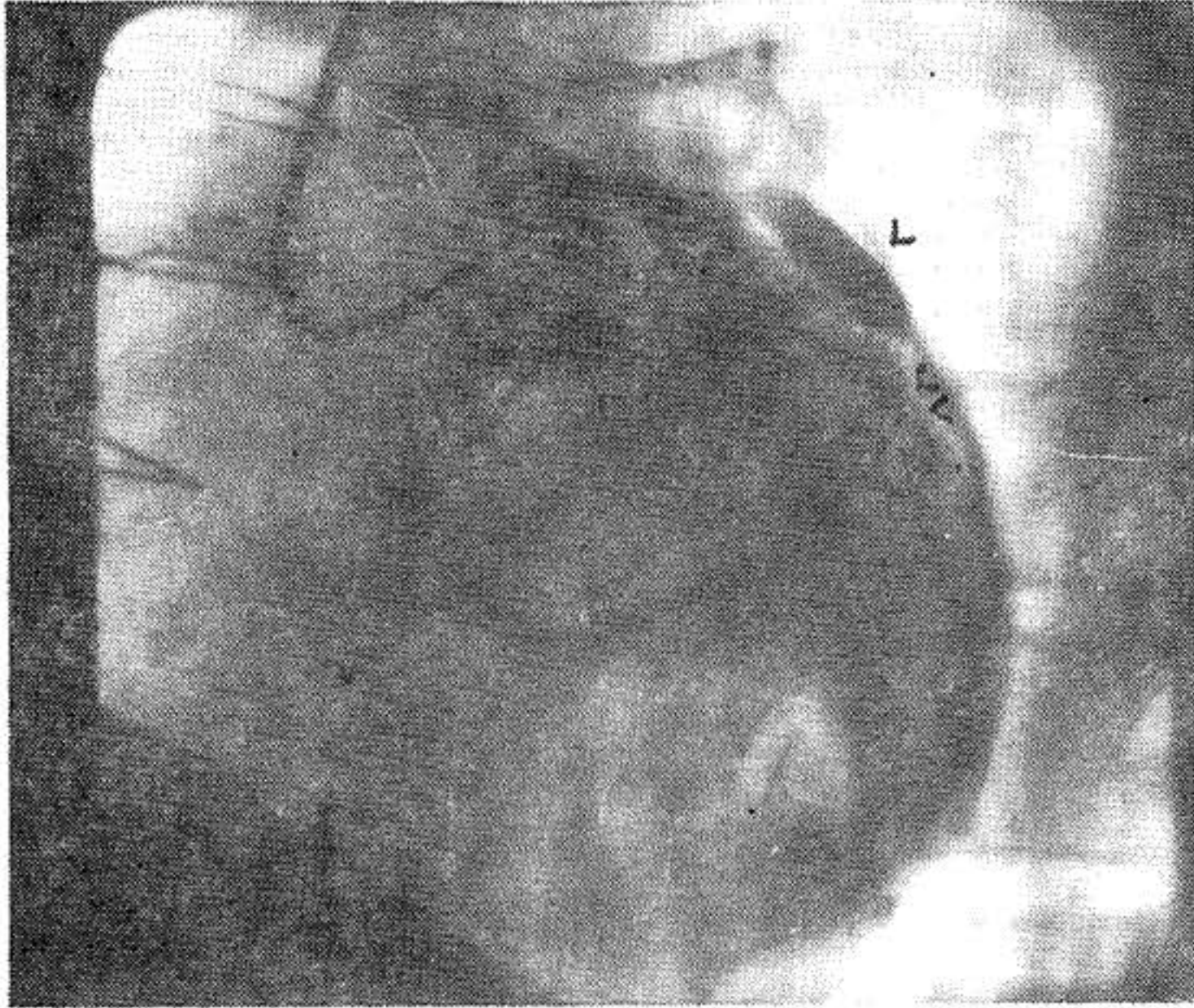


Fig. 2 - Coronaria izquierda en posición oblicua anterior izquierda. Se observa llenado retrógrado de puente aortocoronario a obtusa marginal 1 (<) Inmediatamente debajo de ésta, se observa la obtusa marginal 2 (Σ) La arteria descendente anterior tiene una obstrucción de 100% en su tercio proximal.



Fig. 3 - Las porciones distales de la descendente anterior y de la obtusa marginal 1 (ésta última mostrada en la figura) se llenan adecuadamente al inyectar selectivamente ambos puentes aorto coronarios.