



7009-15. ESTRATEGIA PARA SALIR DEL PASO EN PACIENTES MULTIVASO MEDIANTE REVASCULARIZACIÓN QUIRÚRGICA CON *BYPASS* ÚNICO A DESCENDENTE ANTERIOR SIN CEC. ¿ES ESTA UNA OPCIÓN ADECUADA?

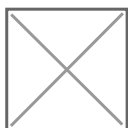
José López Menéndez, Francisco Callejo Magaz, Carlos Morales Pérez, Juan Carlos Llosa Cortina, Blanca Meana, Jacobo Silva Guisasola y César Morís de la Tassa del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

Resumen

Introducción y objetivos: En ocasiones los pacientes remitidos a revascularización coronaria quirúrgica presentan un perfil de riesgo elevado, por lo que se podría postular que la minimización de la agresión quirúrgica supondría un potencial beneficio, con la ventaja pronóstica de un injerto en la descendente anterior (DA).

Métodos: Estudio retrospectivo que incluyó todos los pacientes intervenidos de revascularización coronaria aislada en nuestro centro durante los años 2009 y 2010, con un seguimiento clínico posoperatorio medio de 30 meses (18-41 meses). Los pacientes fueron estratificados en función de si se realizó *bypass* único o múltiple, así como las tasas de revascularización completa conseguidas. Se analizó la aparición de nuevos eventos cardiovasculares adversos (MACE): ingreso por síndrome coronario agudo (SCA), nueva revascularización, accidente cerebrovascular (ACV) y muerte.

Resultados: 506 pacientes fueron incluidos. Los pacientes se estratificaron en: A) 52 pacientes (10,3%) con *bypass* único a DA y B) 454 (89,7%) con *bypass* múltiple. El perfil de riesgo de los pacientes con *bypass* único fue más elevado: EuroSCORE I A) 6,48 (DE 7,08); B) 4,03 (DE 5,23; $p = 0,004$, a pesar de una edad media similar, a causa de mayor comorbilidad. La tasa de revascularización incompleta, como cabría esperar, fue muy superior en el grupo de *bypass* único: A) 48,1%; B) 18,3%; $p = 0,000$. La mayor parte de los pacientes del grupo A fueron intervenidos sin CEC: A) 90,4%; B) 47,0%; $p = 0,000$. La mortalidad perioperatoria fue similar entre ambos grupos: A) 5,8%; B) 4,6%; $p = 0,713$ a pesar de las diferencias estimadas por el EuroSCORE I. La evolución tardía de los pacientes con *bypass* único no fue satisfactoria, con mayor tasa de aparición de MACE: A) 32,7%; B) 14,5%; $p = 0,001$. La curva de supervivencia libre de eventos fue significativamente peor tras *bypass* único (fig.).



Supervivencia libre de eventos.

Conclusiones: A pesar de conseguir unos resultados perioperatorios aceptables, la revascularización mediante puente único en el enfermo multivaso acarrea un peor pronóstico a largo plazo, con aumento de la morbilidad tardía. Se debería tratar de conseguir la revascularización más completa posible en este subgrupo de pacientes, bien en el propio acto quirúrgico o mediante técnicas híbridas de cirugía y

angioplastia.