



6014-16. DISTRIBUCIÓN DE FLUJOS EN BYPASS CON DOBLE MAMARIA EN Y (TECTOR)

Roberto Voces Sánchez, Roberto Blanco, Garazi Letamendi, Victoria Boado, Javier Recondo, José Luis Moreno y Estíbaliz Rey, del Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya), Hospital de Galdakao, Vizcaya y Hospital Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava).

Resumen

La cirugía coronaria con técnica TECTOR (TT) o doble mamaria en Y (mamaria izquierda a descendente anterior y mamaria derecha a obtusa marginal y/o descendente posterior) permite una revascularización arterial completa; sin embargo las características anatómicas de los injertos, las coronarias, y su mecánica de flujos pueden desencadenar isquemia postoperatoria con injertos permeables. Recopilamos los pacientes revascularizados con dos mamarias. Medimos los flujos en ambas mamarias, su correlación con el número de anastomosis, diámetro y localización del vaso. Calculamos el flujo/ mm^2 de los injertos, el índice flujo/ min/mm^2 entre mamaria izquierda (AMI)/mamaria derecha (AMD), comparándolos con los de injertos aislados (safena o doble mamaria independientes). Se realizó control angiográfico en los pacientes con síntomas-signos de isquemia, comprobando la permeabilidad de los injertos y su flujo preferencial. 147 enfermos fueron revascularizados con doble mamaria: 127 con TT y 20 con dos mamarias aisladas, con un seguimiento mínimo de un año. El flujo medio con TT de la AMI en cara anterior fue 52,98 ml/min (rango 17-169), 31 ml/ min/mm^2 (1,83-26,28); la AMD a cara lateral y/o inferoposterior 52,11 ml/min (15-127), 18,76 ml/ min/mm^2 (1,80-14,82); índice AMI/AMD 1,88. El flujo en cara inferoposterior con injerto libre, 38,29 ml/min, 30,00 ml/ min/mm^2 fue superior al realizado con TT ($p < 0,01$); no así el de AMD pediculada, 39,15 ml/min, 11,98 ml/ min/mm^2 (NS). Pero el índice AMI/AMD con mamarias pediculadas fue 1,33, menor que con TT ($p < 0,05$). En 22 pacientes se realizó durante el seguimiento un cateterismo, de estos 18 presentaban by pass permeables, con flujo preferencial hacia la DA en 15. En 11 se actuó sobre el lecho nativo y en uno sobre el by pass. En cuatro se realizó un control posterior desapareciendo el flujo preferencial, sin influir la angioplastia sobre el lecho nativo en la permeabilidad de las mamarias. Ningún caso de doble mamaria aislada presentó isquemia durante el seguimiento. El flujo con doble mamaria en Y inicialmente es preferencial hacia la descendente anterior, esto puede desencadenar isquemia postoperatoria con injertos permeables. La angioplastia del lecho nativo no parece condicionar la permeabilidad del injerto con mamaria.