



6028-346. RESERVA DE FLUJO Y RIESGO DE ISQUEMIA EN LA REVASCULARIZACIÓN CON DOBLE MAMARIA EN Y

Roberto Voces¹, Roberto Blanco¹, María Victoria Boado¹, Andrés Cortes¹, Alain Cubero¹, David Pascual¹, Daniel Rivas¹ y Estibaliz Rey² del ¹Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya) y ²Hospital de Basurto, Bilbao (Vizcaya).

Resumen

Introducción y objetivos: El empleo de la arteria mamaria izquierda (AMI) y derecha (AMD) anastomosadas entre sí o "en Y" permite una revascularización arterial completa: AMI a cara anterior, AMD cara lateral-inferior, no obstante todo el flujo dependerá de la AMI proximal, si este es escaso o su reserva de flujo es insuficiente se puede desencadenar isquemia. Estudiaremos cuando puede ocurrir ésta.

Métodos: Monitorizamos flujos en la porción proximal de la AMI: flujo parcial izquierdo (FPI) o flujo de la AMI solo a cara anterior; flujo parcial derecho (FPD) o flujo de la AMD solo a cara lateral o inferior; flujo total (FT) o el flujo de la AMI a todo el miocardio. Se calculó la reserva de flujo necesaria (RFN) de la AMI, i.e. la relación entre el flujo total y la suma de ambos flujos parciales, lo que indicará el aporte sanguíneo que la mamaria deberá incrementar para cubrir la demanda del miocardio revascularizado. Finalmente se midió el aumento de flujo en la AMI distal al clampar la AMD (AFAMID). Recopilamos los casos con signos de isquemia perioperatoria y las circunstancias que podrían condicionar ésta: defecto técnico, número de anastomosis, grado de lesión del lecho nativo, situación clínica previa y empleo de vasoconstrictores. Comparamos los resultados con los enfermos en que se emplearon ambas mamas sin anastomosis "en Y".

Resultados: De 326 enfermos con doble mamaria, se emplearon "en Y" en 285, y de forma aislada en 41. Presentaron isquemia 20 (15 con criterios de IAM). En 3 se encontró un defecto técnico en el cateterismo. De los 17 restantes todos presentaban angina inestable y 2 o más anastomosis con la AMD, aunque no alcanzaron significación estadística su asociación si $p < 0,01$. Cuatro con $> 0,2$ NAdr ($p < 0,05$); once tenían lesión grave de tronco (o equivalente) y coronaria derecha proximal (NS). En todos la RFN era 0,6 ($p > 0,05$) y el AFAMID $> 24\%$ ($p < 0,05$). Sólo un enfermo con ambas mamas aisladas presentó isquemia ($p < 0,05$), el cateterismo mostró un defecto técnico.

Conclusiones: El empleo de doble mamaria en Y realizando una sola anastomosis con la AMD o el empleo de un injerto con safena fue factor protector de isquemia. Si el calibre-flujo de la AMI es escaso debe evitarse la revascularización arterial completa con doble mamaria "en Y" en el contexto de angina inestable, ya que si la RFN es muy baja el riesgo de isquemia perioperatoria es mayor.