

## Revascularización coronaria con arteria mamaria: ¿dos mejor que una?

Francisco J. Puga

División de Cirugía Cardiovascular. Clínica Mayo. Rochester, Minnesota. EE.UU.

El trabajo de López Rodríguez et al<sup>1</sup> que se publica en este número de la REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA aboca a comparar los resultados obtenidos con el uso de una o ambas arterias mamarias internas para la revascularización miocárdica. El tema, motivo de varias publicaciones anteriores, merece el escrutinio estricto y pormenorizado que encontramos en este artículo. Justificar la introducción de nuevas estrategias quirúrgicas con el seguimiento cuidadoso del comportamiento de la población de enfermos operados, comparar los resultados obtenidos con los observados en una población de enfermos semejantes tratados con los métodos convencionales y, finalmente, exponer los resultados obtenidos con la claridad y simpleza que encontramos en este manuscrito constituyen un ejemplo envidiable de investigación clínica y una contribución importante al acervo de conocimientos que disponemos sobre revascularización miocárdica. Este tipo de análisis, muy satisfactorio en su construcción y en sus conclusiones, falta en un buen número de aportaciones a la bibliografía cardiocirúrgica, cuyo valor científico queda mermado por esta deficiencia.

Extrapolar los beneficios obtenidos con el uso del injerto pediculado de la mamaria interna izquierda anastomosado a la rama descendente anterior, al uso de otras arterias utilizadas para revascularizar otros territorios coronarios, ha sido motivo de controversia. Las características únicas de la arteria mamaria interna contenida en un pedículo viable, su resistencia al desarrollo de lesiones ateroscleróticas y la fisiología peculiar de su endotelio la separan no únicamente de los injertos de vena safena, sino también de otros injertos arteriales, como el de arteria radial, arteria gastroepiploica y arteria epigástrica. Aún más, como se indica en el trabajo de López Rodríguez et al, el efecto benéfico de la arteria mamaria interna izquierda sobre el te-

ritorio miocárdico dependiente de la descendente anterior resulta en una mejor supervivencia que la obtenida en enfermos que reciben únicamente puentes de vena safena. En cambio, el efecto benéfico de la mamaria interna no es aparente cuando se compara la recurrencia de angina. Por tanto, es lógico pensar que la recurrencia de angina en enfermos con anastomosis permeables de la mamaria izquierda con la descendente anterior se debe a isquemia que aparece en territorios revascularizados con vena safena o con injertos arteriales cuyo comportamiento a largo plazo no está aún bien establecido. El uso de ambas mamarias internas, conductos arteriales de características semejantes, ha sido prometedor y, en vista de este trabajo, efectivo en lograr un efecto positivo en la recurrencia de angina. Probablemente, la popularidad de esta estrategia ha sido menguada por el temor a las complicaciones de la esternotomía media (dehiscencia o mediastinitis), supuestamente causadas por el compromiso de la irrigación arterial de los tejidos. La falta de diferencia en la morbilidad y mortalidad en los dos grupos de enfermos es un hallazgo de alta importancia que deberá estimular el uso rutinario de esta estrategia para la revascularización coronaria.

Finalmente, debemos recordar que resultados semejantes no han sido comprobados en aquellos enfermos operados con otros injertos arteriales (arteria radial, gastroepiploica y epigástrica). La presunción que se comportarán como el injerto pediculado de mamaria interna no ha sido comprobada aún por estudios de seguimiento a largo plazo. Su incorporación rutinaria en las estrategias modernas de pontaje coronario deberá esperar los resultados a largo plazo.

### BIBLIOGRAFÍA

1. López Rodríguez FJ, Voces R, Lima P, Reyes G, Silva J, Ruiz M et al. Resultados clínicos de la revascularización miocárdica con doble arteria mamaria frente a única: 15 años de seguimiento. *Rev Esp Cardiol* 2001; 54: 868-879.

Correspondencia: Dr. F.J. Puga.  
Divison of Cardiovascular Surgery. Mayo Clinic.  
200 First Street-South West. Rochester, MN 55905. EE.UU.

(*Rev Esp Cardiol* 2001; 54: 831)