

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

## El enfermo con lesiones ateroescleróticas de múltiples órganos. Estrategia y manejo quirúrgico

DR. SERGIO MORAN VELASQUEZ  
*Profesor Titular de Cirugía*  
*Departamento de Enfermedades Cardiovasculares*

Los pacientes con manifestaciones clínicas de aterosclerosis comúnmente son sintomáticos de un territorio vascular en particular.

Sin embargo, la experiencia demuestra que frecuentemente existe, en el momento de la consulta, compromiso de grado variable de diversos territorios, por ejemplo, coronario, carotídeo, aórtico, de extremidades inferiores, etcétera. Esta asociación es más frecuente en pacientes con diabetes mellitus, tabaquismo crónico, hipertensión arterial o hiperlipidemia. Incluso, no es raro que en estos casos puedan presentarse síntomas o signos de enfermedad coronaria, carotídea y aortoiliaca o renovascular simultáneamente.

Desde hace más de una década se ha podido demostrar que la enfermedad coronaria es la principal causa de muerte, tanto precoz como tardía, en los pacientes con cirugía vascular. Ennix y colaboradores observaron que la mortalidad operatoria de la endarterectomía carotídea fue 18% en pacientes con angina preoperatoria y de sólo 1,5% en pacientes sin síntomas cardíacos. Deweese y colaboradores demostraron en pacientes con cirugía carotídea seguidos por cinco años una mortalidad alejada de 27% en pacientes sin evidencia clínica de enfermedad coronaria al momento de la operación. En cambio, ésta

fue de 56% en aquellos que tenían sospecha clínica de enfermedad coronaria antes de la operación.

Motivados por estos hallazgos, Hertz y colaboradores estudiaron a todos los pacientes que fueron evaluados por patología vascular de etiología ateroesclerótica, ya sea carotídea, de la aorta abdominal o de las extremidades inferiores, mediante cinecoronariografía selectiva preoperatoria, con el propósito de evaluar su riesgo perioperatorio y su pronóstico alejado. En pacientes que consultaron por problemas de la aorta abdominal, ellos encontraron que el 55% de los pacientes con sospecha clínica de enfermedad coronaria tuvieron obstrucciones coronarias significativas y que el 17% de los pacientes sin evidencias clínicas de enfermedad coronaria también tuvieron lesiones significativas de este territorio vascular. Durante el período de estudio (1978-1980), el 24% de los pacientes requirió cirugía de revascularización miocárdica en forma electiva antes de la operación vascular que motivó su consulta. La indicación quirúrgica coronaria se basó en los hallazgos de la cinecoronariografía (lesión de tronco de arteria coronaria izquierda, enfermedad de tres vasos). Además, se pudo observar que 96 pacientes operados posteriormente por patología de la aorta abdominal no tuvieron mortalidad operatoria por causa cardíaca. La causa de muerte del único paciente que falleció fue infecciosa.

Los pacientes que consultan por cardiopatía isquémica tienen menor frecuencia de enfermedad vascular grave asociada (carotídea o aorto-iliaca). Sin embargo, uno de los problemas más controvertidos ha sido el manejo de los pacientes con enfermedad coronaria, cuando tienen enfermedad carotídea concomitante. Uno de los riesgos más importantes de los pacientes con revascularización miocárdica es el accidente vascular cerebral debido a lesiones vasculares carotídeas. En nuestra experiencia con los últimos mil pacientes con cirugía de revascularización miocárdica, el 9% tuvo patología vascular asociada. Sólo doce pacientes requirieron cirugía combinada coronaria y vascular periférica simultánea. Esto es muy similar a lo publicado por Breslau y colaboradores, quienes estudiaron en forma prospectiva la incidencia de enfermedad vascular carotídea y enfermedad coronaria de indicación quirúrgica.

Desde el punto de vista del manejo clínico de los pacientes con aterosclerosis, conviene dividirlos en dos grupos.

#### **Pacientes que consultan por enfermedad coronaria aterosclerótica**

En el estudio de pacientes con angina de indicación quirúrgica, es muy importante la pesquisa de síntomas o signos clínicos de insuficiencia cerebrovascular, insuficiencia arterial de extremidades o aneurisma de la aorta abdominal mediante el examen de los pulsos, la búsqueda de soplos vasculares y la palpación de la aorta abdominal.

La presencia de un soplo carotídeo asintomático debe ser evaluada mediante ecotomografía duplex. Si existe evidencia de una estenosis significativa de la arteria carótida interna (> 80%) puede ser necesaria una angiografía carotídea. Si se demuestra una estenosis grave y buenos lechos vasculares distales, recomendamos la reparación mediante endarterectomía carotídea previa a la cirugía coronaria. En pacientes con lesiones inferiores al 80% no parece justificada la angiografía ni la cirugía sobre la arteria carotídea, siendo suficiente sólo un cuidadoso manejo hemodinámico perioperatorio en la cirugía coronaria.

En pacientes con angina crónica asociada a isquemia importante del miocardio o lesiones anatómicas de mal pronóstico y lesiones vasculares sintomáticas por obstrucción carotídea o aneurismas aórticos

abdominales mayores a 8 cm, recomendamos actualmente cirugía de ambos territorios en el mismo acto operatorio. En pacientes con angina inestable y lesiones orgánicas graves de la circulación coronaria, asociadas a lesiones carotídeas sintomáticas, también es necesario realizar cirugía combinada simultánea carotídea y coronaria en el mismo acto operatorio. Esto se debe al elevado riesgo de infarto miocárdico si se corrige primero la lesión vascular, o bien, la alta incidencia de accidente vascular cerebral o ruptura aórtica, si se opera solamente la enfermedad coronaria.

Por otro lado, en pacientes con enfermedad coronaria estable y lesión carotídea grave y sintomática, nuestra experiencia demuestra que es mejor realizar primero la endarterectomía carotídea y luego, una semana después, la cirugía de revascularización miocárdica, para así disminuir los riesgos de accidentes neurológicos.

#### **Pacientes que consultan por enfermedad vascular de otros órganos**

En pacientes con indicación quirúrgica por enfermedad vascular sintomática de otros territorios que relaten historia de infartos antiguos o angina crónica, es necesario el estudio mediante exámenes de laboratorio para evaluar el riesgo operatorio. En estos pacientes debe realizarse una prueba de esfuerzo o de talio para evaluar si existe isquemia miocárdica. Cuando el examen es positivo es necesario realizar coronariografía. Los pacientes en que se demuestra una lesión de tronco o enfermedad de tres vasos coronarios debieran efectuarse primero cirugía coronaria y luego cirugía vascular. Los pacientes con enfermedad coronaria sintomática y vascular carotídea o de la aorta abdominal grave (estenosis carotídea >80% o aneurisma de la aorta abdominal >8 cm.) deben ser tratados en forma simultánea, como ya está descrito.

En pacientes con claudicación intermitente grave o aneurisma de la aorta abdominal asintomático (menor de 8 cm), en presencia de enfermedad coronaria grave, preferimos revascularizar el miocardio primero y posteriormente, si no hay complicaciones, solucionar el problema que motivó la consulta vascular del paciente. En aquellos que no tienen enfermedad coronaria muy significativa, la cirugía vascular puede ser realizada con bajo riesgo. ❖

#### **REFERENCIAS ESCOGIDAS**

1. Ennix, C.L., Lawrie, G.M., Morris, G.C. et al. Improved results of carotid endarterectomy in patients with symptomatic coronary artery disease: an analysis of 1,546 consecutive carotid operations. *Stroke* 1979; 10:122-125.
2. Dewese, J.A., Rob, C.G., Santvan, R. et al. Results of carotid endarterectomy for transient ischemic attack-five years later. *Ann Surg* 1973; 178:258-264.
3. Hertzner, N. Fatal myocardial infarction following lower extremity revascularization: two hundred seventy three patients followed 6-11 years. *Ann, Surg* 1981; 193:492-498.
4. Hertzner, N., Loop, F.D., Taylor, P.C. and Beven, E.G. Combined myocardial revascularization and carotid endarterectomy. Operative and late results in 331 patients. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1983; 85:577-589.
5. Breslau, P.J., Fell, G., Ivey, T.D. et al. Carotid arterial disease in patients undergoing coronary artery bypass operations. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1981; 82:765-767.