

¿Radial o safena en cirugía de revascularización coronaria?

Elena Sufrate Sorzano. Cardiología. Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja.

PALABRAS CLAVE: Injerto de arteria Radial, injerto de vena Safena, Cirugía de revascularización coronaria, Eventos cardiacos adversos, permeabilidad del injerto coronario.

KEYWORDS: *Radial-Artery Grafts, Saphenous-Vein Grafts, Coronary-Artery Bypass Surgery, Adverse Cardiac Events, Graft Patency.*

Especialidades: Cardiovascular

Revista original: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29708851>

ABSTRACT

Comparación de los injertos de arteria radial frente a los de vena safena como segundo conducto a emplear en la cirugía de revascularización coronaria. Se objetiva que el uso de la radial se asocia a una menor tasa de eventos adversos cardíacos (muerte, infarto de miocardio o necesidad de nueva revascularización) y a mayor permeabilidad a 5 años.

Analysis of controlled trials comparing radial-artery grafts and saphenous-vein grafts as the second conduit for CABG, the use of radial-artery grafts resulted in a significantly lower rate of major adverse cardiac events (death, myocardial infarction or repeat revascularization) and a better patency rate at a postoperative follow-up of 5 years.

RESUMEN

Los estudios realizados hasta la fecha, comparando los injertos de arteria radial frente a los venosos de safena como segundo conducto de elección tras la arteria mamaria interna en la cirugía de revascularización coronaria, han demostrado una mayor permeabilidad de los primeros a medio plazo, pero individualmente no han alcanzado potencia estadística para objetivar que esto se traduzca en un mejor pronóstico clínico del paciente.

En el presente artículo se han revisado los datos procedentes de seis estudios randomizados, incluyendo un total de 1036 pacientes, confrontando estos dos tipos de injertos, con un objetivo primario clínico, el combinado de muerte, infarto de miocardio o necesidad de nueva revascularización. Tras un seguimiento medio de 60 meses, la incidencia de eventos cardiacos adversos fue significativamente menor en el grupo de arteria radial (HR 0.67, 95% CI 0.49-0.90, p:0.01); por separado mostró una menor tasa de infarto de miocardio y de necesidad de revascularización, pero no de muerte por cualquier causa. La tasa de permeabilidad de la arteria radial demostrada por angiografía también fue significativamente mayor (HR 0.44, 95% CI 0.53-0.99, p: 0.04).

COMENTARIO

A pesar de las recomendaciones de las guías sobre revascularización coronaria¹, el uso de múltiples injertos arteriales en la cirugía cardíaca no es una práctica muy extendida²⁻³.

En un reciente estudio desarrollado en Estados Unidos sólo en el 4.9% y 6.5% de las cirugías se empleaban ambas arterias mamarias y radial como injertos vasculares⁴. Este hecho se justifica, en parte, por la ausencia de evidencia científica de que esto se traduzca en menor tasa de eventos adversos clínicos, asumiendo unos tiempos operatorios más prolongados por la gran dificultad técnica que conlleva y mayor riesgo de complicaciones. En el estudio desarrollado por el grupo RADIAL Investigators por fin se logra potencia estadística para demostrar un beneficio clínico pronóstico, sobretudo en cuanto a infarto y necesidad de nueva revascularización, por lo que los autores animan a emplear los injertos arteriales de forma rutinaria.

En la editorial que acompaña el artículo se detallan además las dificultades relacionadas con la extracción y conservación de los injertos arteriales, así como los eventuales inconvenientes de su manejo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. 2011 ACCF/AHA guideline for coronary artery bypass graft surgery: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 2011; 124(13): e652-e735. Hillis LD, Smith PK, Anderson JL, et al.
2. Trends in isolated coronary artery bypass grafting: an analysis of the Society of Thoracic Surgeons adult cardiac surgery database. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2012;143: 273-81. ElBardissi AW, Aranki SF, Sheng S, O'Brien SM, Greenberg CC, Gammie JS.
3. The choice of conduits in coronary artery bypass surgery. *J Am Coll Cardiol* 2015; 66: 1729-37. Gaudino M, Taggart D, Suma H, Puskas, JD, Crea F, Massetti M.
4. Operative outcomes of multiple-arterial versus single-arterial coronary bypass grafting. *Ann Thorac Surg* 2018; 105: 1109-19. Schwann TA, Habib RH, Wallace A, et al.