

En Referencia a la Comunicación Breve: Modificación del Antiguo Método (Vineberg) en la Era de las Células Madre

Robert L. Quigley

International SOS Assistance, Inc - USA

He leído con interés el relato anterior de Dallan et al¹ que nos cuenta sobre el tratamiento de dos pacientes con enfermedad arterial coronaria (EAC) severa, utilizando una versión modificada de la técnica Vineberg. Ambos pacientes tuvieron un “desenlace favorable”. El autor, en conclusión, sugirió que este enfoque de la revascularización “debería ser mejor analizada con pruebas funcionales y seguimiento”.

En 2004, he publicado un artículo sobre el tratamiento de una serie de 21 pacientes, todos con EAC no tratable a través de procedimientos de revascularización convencional (percutánea o no) y miocardio isquémico². Se trató a todos los pacientes quirúrgicamente con la técnica Vineberg, con el corazón latiendo, combinado con revascularización transmiocárdica

con laser (RTML) de la pared anterior (8 a 16 sitios). En todos los casos, a excepción de tres, la técnica Vineberg fue modificada de modo que el extremo distal del conducto, cuando se emergía del túnel muscular, se anastomosaba a cualquier segmento patente de la ADA izquierda.

Ocho de los 21 pacientes fueron evaluados antes de la cirugía y en el postoperatorio, a través de pruebas de estrés iniciales (4 a 9 días) y postoperatorios - tardíos (3 a 5 meses) y exámenes de imagen nuclear en reposo. Todos los pacientes lograron un alivio completo de la angina. Perfusiones seriadas demostraron una mejora en la fase 2 de la perfusión. Un paciente, que consintió someterse a una angiografía después de 24 meses, presentó varios sitios de blush miocárdico, en consonancia con la neovascularización.

Me parece que este subgrupo de pacientes seguirá creciendo y no puedo enfatizar la necesidad de un desarrollo continuo de técnicas únicas, híbridas para hacer frente a este dilema clínico. Como se demuestra claramente en este informe, dichas técnicas pueden incluir el rescate de procedimientos “obsoletos” relegados al olvido.

Palabras clave

Enfermedad arterial coronaria, reperfusión del miocardio, revascularización miocárdica.

Correspondencia: Robert L. Quigley •

Regional Medical Director, Americas Region - International SOS Assistance, Inc. - 3600 Horizon Boulevard, Suite 300 - Trevose, PA - 19053 USA

E-mail: robert.quigley@internationalsos.com

Artículo recibido el 13/08/10; revisado recibido el 13/08/10; aceptado el 16/09/10.

Referencias

1. Dallan LAO, Gowdak LHW, Lisboa LAF, Milanez AMM, Platatia F, Moreira LF, et al. Modificação de antigo método (Vineberg) na era das células tronco: nova tática? Arq. Bras. Cardiol 2009;93(5):e67-e69.
2. Quigley RL. Synergy of old and new technology results in successful revascularization of the anterior myocardium with relief of angina in the absence of suitable targets. Heart Surg Forum. 2004;7(5):E343-8.

Carta respuesta

Leí cuidadosamente la carta remitida a *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, en referencia a nuestro artículo “Modificación de antiguo método (Vineberg) en la era de células madre, una nueva táctica?”¹. En ella, el Dr. R. L. Quigley expone, de una manera elegante, la preocupación por el manejo quirúrgico de este grupo especial de pacientes portadores de angina refractaria, a pesar de ya haber sido agotados los medios tradicionales de tratamiento. Somos conscientes de que, en

la medida en que la complejidad de la enfermedad aumenta, nuevos retos se imponen en la búsqueda de estrategias terapéuticas seguras y eficientes para estos pacientes. El ejemplo de esta búsqueda es la creatividad que implicaba la técnica inicial propuesta hace más de 50 años por el Dr. Vineberg. Este pasado se viene revisando para que, a la luz de las últimas técnicas en uso o en fase de desarrollo (revascularización transmiocárdica con láser, la terapia celular etc), nuevas opciones de tratamiento pueden surgir.

Tanto en nuestro trabajo como aquel reportado por el Dr. Quigley², había dificultades en la revascularización miocárdica directa “convencional” y el cirujano se aprovechó de esta “mirada hacia el pasado” para innovar. Otro punto importante es que en ambos estudios, los primeros resultados fueron muy satisfactorios, con la desaparición de la angina y mejora la perfusión miocárdica. Nuestros pacientes se sometieron a estudio hemodinámico después de la operación y se puede visualizar las zonas con presencia difusa del contraste en medio al miocardio isquémico, lo que sugiere la neovascularización. No solemos ver este aspecto de la red capilar cuando la arteria torácica interna es anastomosa directamente a la rama interventricular izquierda de la arteria coronaria izquierda, sin haber sido previamente tunelizado dentro del miocardio. También se verificó un buen flujo en

el injerto con anastomosis coronaria permeable, ya que una de nuestras preocupaciones era que no hubiera ninguna constricción en el trayecto intramiocárdico de la arteria torácica interna izquierda, perjudicando su flujo distal.

A diferencia de nuestros pacientes, todos los pacientes reportados por el Dr. Quigley también recibieron revascularización transmiodiárdica con láser, lo que puede haber contribuido favorable y sinérgicamente a la mejora de la isquemia miocárdica observada por él. Creo que las técnicas alternativas aisladas o combinadas deban ser exploradas en series mayores de pacientes y con mayor tiempo de seguimiento.

Atentamente,
Prof. Luís Alberto O. Dallan

Referencias

1. Dallan LAO, Gowdak LHW, Lisboa LAF, Milanez AMM, Platatia F, Moreira LF, et al. Modificação de antigo método (Vineberg) na era das células tronco: nova tática? Arq. Bras. Cardiol 2009;93(5):e67-e69.
2. Quigley RL. Synergy of old and new technology results in successful revascularization of the anterior myocardium with relief of angina in the absence of suitable targets. Heart Surg Forum. 2004;7(5):E343-8.