

Comentario editorial invitado

Nuevos y viejos conceptos en el tratamiento quirúrgico de la miocardiopatía dilatada

Sergio Cánovas López

*Servicio de Cirugía Cardíaca
Instituto de Enfermedades Cardiovasculares
Hospital General Universitario. Valencia*

En el presente número de nuestra revista tenemos el honor de disfrutar de un trabajo de opinión de Suma¹, experto desde hace muchos años en cirugía de la insuficiencia cardíaca, siendo pionero en estudios con resonancia magnética (RM) realizados en pacientes intervenidos mediante la técnica de restauración ventricular². En su contribución nos hace un resumen breve, pero no por ello menos valioso, del estado actual de la insuficiencia cardíaca terminal y las distintas alternativas de tratamiento que existen en la actualidad.

La miocardiopatía de origen isquémico es debida al remodelado que ocurre en el ventrículo izquierdo tras un infarto de miocardio. El tratamiento mediante revascularización simple sólo produce beneficios significativos en algún subgrupo de pacientes (generalmente aquellos pacientes con disfunción ventricular grave pero con una gran extensión de miocardio hibernado y poca cicatriz). Resultados mucho más esperanzadores se han encontrado aplicando la técnica de restauración ventricular, más conocida como técnica de Dor, con sus distintas modificaciones²⁻⁸. Dor y Menicanti son en la actualidad los autores con mayor número de casos concentrados en un solo centro. El grupo RESTORE, auspiciado por Buckberg en la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA) y en el que participan los mencionados autores, fue formado para tratar de darnos algo de luz sobre el tratamiento de la insuficiencia cardíaca de origen isquémico mediante restauración ventricular. Este grupo de centros y cirujanos es heterogéneo, no sólo en su forma de realizar la técnica de restauración ventricular –que, aun con unos principios similares, difieren en diversos puntos tal como la eje-

cución del procedimiento con corazón latiendo o en asistolia, con o sin balón intraventricular (*sizer*), con o sin escarectomía, realización de los puentes antes o después de la restauración–, sino también en los métodos de medida de la mejoría de la función ventricular y reducción de los volúmenes ventriculares antes y después de la cirugía (RM, ecocardiografía transtorácica, ecocardiografía transesofágica y ventriculografía mono o biplano).

Somos muchos los que esperamos impacientes los resultados del estudio STICH, y nos hemos preguntado tantas veces cuándo saldrán a la luz. Pues bien, Suma nos adelanta que en este próximo año conoceremos si la restauración ventricular es o no superior a la revascularización aislada en la insuficiencia cardíaca de origen isquémico, y en 2011 conoceremos los resultados que comparan la cirugía de revascularización simple con el tratamiento médico aislado en pacientes con fracción de eyección menor de 35%. Dado los enormes avances conseguidos en el tratamiento médico de la insuficiencia cardíaca en los últimos años con la introducción de los IECA, ARA II, β -bloqueadores y espirolactona a dosis bajas (tratamiento neurohormonal de la insuficiencia cardíaca), esta rama del estudio será no menos interesante que la anterior.

La segunda parte de la contribución de Suma se centra en el tratamiento quirúrgico de la miocardiopatía dilatada de origen no isquémico, donde básicamente están descritos dos procedimientos, la anuloplastia mitral descrita por Bolling⁹, con resultados iniciales buenos pero controvertidos a medio plazo, especialmente si los volúmenes ventriculares son muy elevados. El otro procedimiento es la ventriculectomía parcial o técnica

Correspondencia:
Sergio Cánovas López
Servicio de Cirugía Cardíaca
Instituto de Enfermedades Cardiovasculares
Hospital General Universitario
Tres Cruces, 2
46014 Valencia
E-mail: sjcanovas@gmail.com

Recibido 10 septiembre 2008
Aceptado 14 septiembre 2008

de Batista, que tan popular resultó ser a finales de la década de 1990¹⁰. Sin embargo, un artículo de la *Cleveland Clinic* desanimó a seguir con la técnica tras demostrar, analizando sus resultados, que éstos eran favorables en sólo una cuarta parte de los pacientes a los 3 años. Sin embargo, los pacientes que mejoraban, lo hacían de forma muy significativa. Así que ellos mismos reconocieron un déficit de conocimiento para encontrar la o las características preoperatorias de los pacientes que iban a mejorar y animaban a seguir investigando sobre el tema¹¹. Como se ha sabido después y fundamentalmente gracias a la RM, la distribución de la fibrosis intersticial de este tipo de pacientes no es uniforme, de manera que existen pacientes con un septo acinético con un alto índice de fibrosis, y la única parte móvil, aunque débil, es la pared lateral del ventrículo izquierdo. Por lo tanto, no parece lógico que estos pacientes puedan beneficiarse de una ventriculectomía parcial izquierda. Quizás son éstos los que fracasaron en el estudio de la *Cleveland Clinic*. Suma introduce el concepto del procedimiento SAVE (*septal anterior ventricular exclusion*), indicado precisamente en este tipo de miocardiopatía dilatada donde la fibrosis está más concentrada a nivel del septo¹². La técnica consiste en una exclusión de dicho septo para que, con una filosofía común, puedan reducirse los diámetros y volúmenes ventriculares, disminuir la tensión superficial de pared, mejorar la fracción de eyección y, en definitiva, mejorar el gasto cardíaco. Suma ya tiene una serie de 95 pacientes con miocardiopatía dilatada de origen no isquémico en los que se les aplica el SAVE o el Batista dependiendo de la distribución de la fibrosis, con unos resultados francamente esperanzadores comparados con la historia natural de estos enfermos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Suma H. Surgical ventricular restoration for ischemic and non-ischemic dilated cardiomyopathy with congestive heart failure. *Cir Cardiovasc*. 2008;15:
2. Suma H, Isomura T, Horii T, et al. Non-transplant cardiac surgery for end-stage cardiomyopathy. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2000;119(6):1233-44.
3. Di Donato M, Sabatier M, Dor V, Toso A, Maioli M, Fantini F. Akinetic vs. dyskinetic postinfarction scar: relation to surgical outcome in patients undergoing endoventricular circular patch plasty repair. *J Am Coll Cardiol*. 1997;29(7):1569-75.
4. Dor V. Left ventricular reconstruction: the aim and the reality after twenty years. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2004;128(1):17-20.
5. Athanasuleas CL, Buckberg GD, Stanley AW, et al. Surgical ventricular restoration in the treatment of congestive heart failure due to post-infarction ventricular dilation. *J Am Coll Cardiol*. 2004;44(7):1439-45.
6. Buckberg GD. Early and late results of left ventricular reconstruction in thin-walled chambers: is this our patient population? *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2004;128(1):21-6.
7. Athanasuleas CL, Stanley AWJ, Buckberg GD. Restoration of contractile function in the enlarged left ventricle by exclusion of remodeled akinetic anterior segment: surgical strategy, myocardial protection, and angiographic results. *J Card Surg*. 1998;13(6):418-28.
8. Athanasuleas CL, Stanley AW, Buckberg GD, Dor V, Di Donato M, Siler W. Surgical anterior ventricular endocardial restoration (SAVER) for dilated ischemic cardiomyopathy. *Semin Thorac Cardiovasc Surg*. 2001;13(4):448-58.
9. Bolling SF, Pagani FD, Deeb GM, Bach DS. Intermediate-term outcome of mitral reconstruction in cardiomyopathy. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1998;115(2):381-6.
10. Batista RJ, Verde J, Nery P, et al. Partial left ventriculectomy to treat end-stage heart disease. *Ann Thorac Surg*. 1997;64(3):634-8.
11. Starling RC, McCarthy PM, Buda T, et al. Results of partial left ventriculectomy for dilated cardiomyopathy: hemodynamic, clinical and echocardiographic observations. *J Am Coll Cardiol*. 2000;36(7):2098-103.
12. Suma H, Isomura T, Horii T, Nomura F. Septal anterior ventricular exclusion procedure for idiopathic dilated cardiomyopathy. *Ann Thorac Surg*. 2006;82:1344-8.