

COMUNICACIONES PÓSTER

XXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular y Endovascular

Híbrido (presencial + virtual), 15-18 de junio de 2022

Arritmias y miscelánea

P-1643490078.

ABLACIÓN CON RADIOFRECUENCIA COMPLICADA CON PSEUDOANEURISMA VENTRICULAR IZQUIERDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Castro Pinto, C. Torres Terreros, J. López Menéndez, J. Miguelena Hycka, M. Martín García, R. Muñoz Pérez y J. Rodríguez-Roda Stuart

Hospital Ramón y Cajal.

Introducción y objetivos: Los pseudoaneurismas de ventrículo izquierdo (VI) son poco prevalentes, las causas más frecuentes siguen siendo el infarto agudo de miocardio, antecedente de cirugía cardiovascular, infecciones o traumas, sin embargo, en la actualidad, no ha sido identificada la ablación con radiofrecuencia como potencial causa de pseudoaneurisma ventricular.

Métodos: Presentamos el caso de un varón de 51 años con diagnósticos de DM y psoriasis. Sometido a ablación con radiofrecuencia (RF) por taquicardias ventriculares no sostenidas (TVNS), originadas en la base del músculo papilar anterolateral e inferoseptal. Cuatro meses después, el paciente refiere angina durante el ejercicio, se realiza estudio radiológico (RNM y TAC de arterias coronarias) y se identifican en el ventrículo izquierdo dos imágenes saculares en la pared inferolateral e inferior de 20 mm y 15 mm respectivamente.

Resultados: El paciente es remitido a tratamiento quirúrgico de forma urgente, practicándose reparación con cierre directo del cuello de los pseudoaneurismas con doble sutura continua de polipropileno 4.0, y reparación externa con parche de PTFE (politetrafluoretileno expandido) y polipropileno de 3.0. Confirmando por ecografía transesofágica intraoperatoria la correcta reparación. Tiempo de pinzamiento aórtico 38 minutos, tiempo de circulación extracorpórea 47 minutos. Procedimiento sin incidencias, un día de estancia en cuidados intensivos y alta al quinto día de posoperatorio. Actualmente, función ventricular conservada.

Conclusiones: El desarrollo de pseudoaneurismas ventriculares es una complicación local rara post-ablación por RF. El tratamiento de elección, al igual que en los pseudoaneurismas de otras etiologías, sigue siendo la reparación quirúrgica de forma urgente, por su alto riesgo de ruptura. Las pruebas de imagen son esenciales para el diagnóstico, principalmente la RNM, que ayuda a identificar la ubicación exacta y sus características.

P-1643657429.

ANÁLISIS DE UN INDICADOR DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: HEMORRAGIA O HEMATOMA COMO COMPLICACIÓN EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO

M.A. Soler Oliva¹, B. Ramos Barragán¹, I. Sanchís Haba¹, E. Gutiérrez Carretero¹, A. Adsuar Gómez¹, A. González Calle¹, E. Sánchez Domínguez¹, M. García de la Borbolla Fernández¹, A.M. Hernández Fernández¹, R. Hosseinpour² y J.M. Borrego Domínguez¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío-Adultos. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío-Infantil.

Objetivos: Analizar las hemorragias en el posoperatorio inmediato de cualquier paciente sometido a un acto quirúrgico en un hospital de 1^{er} nivel y compararlo con la incidencia del año anterior.

Métodos: Se incluyen todos los pacientes mayores de edad ingresados durante el año 2019 y que se han sometido a una intervención quirúrgica y han sufrido como complicación una hemorragia o hematoma perioperatorio.

Resultados: Se analizaron 60 pacientes. Los casos registrados según Unidades de Gestión Clínica emisora del alta fueron: Angiología y Cirugía Vasculat: 11 (18,3%), Cardiología: 4 (6,6%), Cirugía General y Digestiva: 12 (20,0%), Cirugía Ortopédica y Traumatología: 2 (3,3%), Cirugía Plástica: 4 (6,6%), Cirugía de urgencias: 1 (1,6%), Endocrino: 1 (1,6%), Ginecología y Patología Mamaria: 5 (8,3%), Medicina Interna: 2 (3,3%), Neumología y Cirugía Torácica: 2 (3,3%), Neurocirugía: 6 (10%), Neurología: 1 (1,6%), Otorrinolaringología: 3 (5,0%), Urología y Nefrología: 6 (10%). En el análisis descriptivo de los casos se observaron: edad media: 56,25 años; sexo: mujeres 41,6; varones 58,4, mortalidad: 10%, estancia media: 25,9 días, ingreso en UCI: 55%, precisaron reintervención: 83,3%, estancia media de UCI: 16,9 días, procedencia reglados/urgentes: 42/18, pacientes transfundidos: 63,3%, promedio de concentrados de hematíes transfundidos: 5,4, plaquetas: 18,3%, plasma: 0%. Se observa una disminución de la incidencia en nuestro centro hospitalario presenta, pasando de 2,97% en el 2018 a 1,93% en el 2019.

Conclusiones: La hemorragia durante el posoperatorio es un evento que aumenta la morbimortalidad quirúrgica, la estancia en UCI y la hospitalización, por lo que es un indicador que hay que monitorizar en todas las unidades quirúrgicas o que realicen procedimientos invasivos potencialmente sangrantes.

P-1643391239.**ANEURISMA TORACOABDOMINAL TIPO I ROTO:
ABORDAJE QUIRÚRGICO HÍBRIDO**

A. Miraglia, M. Barquero Alemán, N. Miranda Balbuena, C.J. Velázquez Velázquez, O. Araji Tiliani, E. Rodríguez Caulo y J.M. Barquero Aroca

Hospital Universitario Virgen Macarena.

Introducción: Paciente de 57 años que acude por sufrir fiebre, dolor dorsocostal y sensación disneica en reposo. Se realizó angioTAC tórax urgente donde se ve gran masa mediastínica compatible con aneurisma toracodominial roto, alcanzando hasta bifurcación de arterias renales. Se decidió cirugía urgente.

Objetivos: Compartir nuestra experiencia en el manejo de aneurismas de difícil abordaje quirúrgico y alto riesgo de mortalidad recurriendo a técnicas de *debranching* visceral y endoprótesis.

Métodos: Bajo anestesia general e incisión subcostal se procedió al acceso a cavidad peritoneal. Disección y *debranching* de arterias viscerales con prótesis bifurcada en y de Gore tex de 8 mm mediante *bypass* secuenciales: rama izquierda de la misma a arteria renal izquierda (latero-terminal) y arteria hepática común (terminolateral) y rama derecha latero terminal a arteria renal derecha y terminolateral a arteria mesentérica superior. Posteriormente se implanta vía femoral derecha una endoprótesis aórtica (Gore TAC®) con adecuado control y permeabilidad de los injertos viscerales.

Resultados: A las 12 horas de estancia en la UCI presentó hemotórax masivo izquierdo que se evacúa. Se detectó *endoleak* tipo 2 a nivel de arteria mesentérica superior que precisa reintervención para ligadura directa. Preciso de 59 días totales de estancia en por neumonía bilateral por COVID y quiloabdomen. A los 12 meses paciente estable, en proceso de rehabilitación por estancia hospitalaria prolongada, TAC de control favorables.

Conclusiones: Consideramos que el abordaje híbrido (*debranching* visceral-TEVAR) supone una buena alternativa en casos de aneurismas aórticos en zonas de difícil acceso con un alto riesgo quirúrgico.

P-1643662635.**CITORREDUCCIÓN QUIRÚRGICA EN LINFOMA CARDIACO PRIMARIO**

M.N. de Antonio Antón, M.F. Aguirre Caamaño, M. Monteagudo Vela, M.E. Monguió Santín y G. Reyes Copa

Hospital de la Princesa.

Introducción: El linfoma cardíaco primario es un tumor extranodal que afecta exclusivamente al corazón, al pericardio o a ambos, su frecuencia es excepcional (menos del 1% de los linfomas extranodales). Se localiza generalmente en cavidades derechas y los síntomas son inespecíficos. Se trata de un linfoma agresivo y su pronóstico generalmente es malo, por las escasas posibilidades terapéuticas, no existen estudios de seguimiento a largo plazo.

Objetivos: Describir la cirugía de resección tumoral como alternativa terapéutica en los linfomas cardíacos.

Métodos: Mujer de 61 años que se diagnostica de manera incidental de una masa cardíaca de gran tamaño que ocupa casi la totalidad de la aurícula derecha (AD) y vena cava inferior (VCI).

Resultados: Se realiza bajo circulación extracorpórea una biopsia intraoperatoria donde se objetiva gran cantidad de tejido linfoide. Se realiza en el mismo acto quirúrgico una citorreducción ampliada de la masa tumoral quedando de forma residual una mínima parte del tumor en AD y VCI. El diagnóstico anatomopatológico es un linfoma B difuso de células grandes, se procede al tratamiento quimioterápico con siete ciclos del esquema R-CHOP. 14 meses después la paciente se encuentra en remisión completa.

Conclusiones: La resección quirúrgica de los linfomas cardíacos primarios es una alternativa terapéutica que debe tenerse en cuenta a la hora de abordar esta patología, dado que el tratamiento único con poliquimioterapia obtiene una baja supervivencia.

P-1643572383.**CIV POSIMPLANTE DE TAVI. OJO A TODAS LAS COMPLICACIONES**

M. Barquero Alemán, A. Miraglia, C.J. Velázquez Velázquez, E.A. Rodríguez Caulo y J.M. Barquero Aroca

Hospital Universitario Virgen Macarena.

Objetivos: Hacer hincapié en que todo procedimiento quirúrgico tiene una serie de potenciales complicaciones que siempre hay que tener en cuenta durante el posoperatorio y seguimiento.

Métodos: Paciente de 81 años, HTA, FA y con parkinsonismo al que un mes anterior a este ingreso se le trata de doble lesión aórtica con estenosis crítica mediante implante de TAVI transfemoral con prótesis Edwards Sapiens 3. Ingresó en nuestro hospital en situación de insuficiencia cardíaca congestiva con disnea que ha ido en aumento, recorte de diuresis y edemas en MMII. Presenta soplo sistólico en posición aórtica y tras ecocardiografía se diagnostica de CIV subaórtica que condiciona dilatación grave de cavidades derechas e insuficiencia tricúspide grave. Se decide por tanto cirugía urgente. En quirófano, tras esternotomía media y canulación convencional. Se realiza infundibulotomía derecha, apreciándose defecto en pared interventricular. Ante la imposibilidad para cierre directo sin parada cardíaca por visibilidad reducida se decide clampaje aórtico e infusión de cardioplejia. Se repara el defecto con puntos sueltos apoyados en teflón y se procede al cierre de la infundibulotomía con doble sutura reforzada.

Resultados: El paciente cursa buen posoperatorio inmediato en UCI siendo dado de alta a planta a los 4 días. En planta ante comienzo de clínica de ICC se realiza ecocardiografía con diagnóstico de mínima CIV residual. Se realiza resonancia magnética no evidenciándose CIV. El paciente tras un largo posoperatorio influido también por infección por COVID-19 intrahospitalaria es dado de alta a su domicilio a los 47 días de su ingreso en el hospital.

Conclusiones: Es importante no solo conocer la técnica quirúrgica si no también todo el espectro de posibles complicaciones que pueden surgir de la misma ya sea a corto, o largo plazo.

P-1643655377.**CONOCIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS DE TRANSFUSIÓN MASIVA (PTM) EN CASO DE HEMORRAGIA MASIVA (HM)**

M.A. Soler Oliva¹, B. Ramos Barragán¹, I. Sanchís Haba¹, E. Gutiérrez Carretero¹, A. Adsuar Gómez¹, A. González Calle¹, E. Sánchez Domínguez¹, M. García de la Borbolla Fernández¹, A.M. Hernández Fernández¹, R. Hosseinpour² y J.M. Borrego Domínguez¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío-Adultos. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío-Infantil.

Objetivos: Valorar el grado de conocimiento del personal implicado en la asistencia al paciente en *shock* hemorrágico respecto a los PTM de su propio hospital.

Métodos: En el marco de un proyecto de investigación nacional y multicéntrico destinado a valorar el impacto clínico de la aplicación de los PTM, nos propusimos evaluar el grado de conocimiento de los PTM. Entre abril y septiembre de 2016, se realizó una encuesta en tres hospitales diferentes que constaba de 26 preguntas evaluando diferentes aspectos claves de los PTM y la experiencia personal en el manejo de situaciones de HM.

Resultados: Fueron contestadas un total de 295 encuestas. Los profesionales que la contestaron fueron 72 enfermeras (24,4%) y 223

médicos (76%). El porcentaje de encuestas contestadas por servicios fue similar en los tres centros: anestesiología (40%), medicina intensiva (20%), hematología (8%), cirugía cardíaca (4,5%), cirugía ortopédica y traumatología (2,8%), cirugía vascular (1,7%), digestivo (1%) y cirugía general (0,3%). Por áreas asistenciales la que más participó fue el área quirúrgica (49%), seguida de cuidados intensivos (UCI) (25%), urgencias (11%) y banco de sangre (9%). La media de respuestas acertadas fue de 14 (rango 0-20). Solo el 11,38% de encuestados acertó menos del 50% de las preguntas. No hubo diferencias relevantes entre facultativos y enfermería. El menor promedio de aciertos se dio en los servicios médicos (media 10,3) y el mayor en cirugía cardíaca (media 16,1). Solo el 54% sabrían guiar la terapia con Rotem y el 90% de urgencias dicen no haber participado nunca en una TM.

Conclusiones: De forma global existe un conocimiento aceptable pero no suficiente ni uniforme de los PTM siendo necesaria una mejor coordinación de los equipos implicados en situaciones de HM.

P-1643450207.

CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DEL PSEUDOANEURISMA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO CON TÉCNICA DE DOBLE PARCHÉ DE PERICARDIO. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

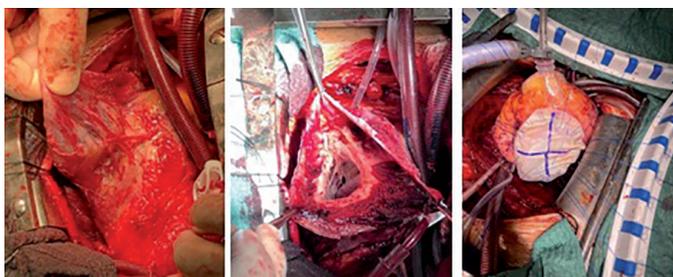
D. Figuerero Beltre, L.J. Delgado Ramis, E. Berastegui García, M.L. Cámara Rosell, B. Romero Ferrer, C. Fernández Gallego, I. Julià Amill, S. Badía Gamarra, A. Llorens Ferrer y C. Muñoz Guijosa

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol.

Objetivos: Describir el tratamiento quirúrgico del pseudoaneurisma de ventrículo izquierdo (VI) posinfarto con técnica de doble parche de pericardio: resultados y seguimiento.

Métodos: Se recogieron los datos preoperatorios, la técnica quirúrgica, la evolución posoperatoria y seguimiento clínico y ecocardiográfico de pacientes diagnosticados de pseudoaneurisma de VI durante el período 2019-2021.

Resultados: Se trata de 3 pacientes varones con edades comprendidas entre 47 y 61 años, con antecedentes de diabetes pluricomplejada (1p), dislipemia (2p) y tabaquismo (2p). La presentación típica fue de cardiopatía isquémica con insuficiencia cardíaca en CF II-III. La arteria responsable fue la circunfleja (2p) y la CD (1p). La localización de los pseudoaneurismas fue laterobasal (2p) e inferobasal (1p). En 2 enfermos se asoció insuficiencia mitral moderada-severa por distorsión del aparato subvalvular. La FE era del 21, 30 y 50% respectivamente. Se observó importante trombosis en los 3 casos. La reparación quirúrgica consistió en aneurismectomía, trombectomía y reconstrucción con doble parche de pericardio bovino, asociado a revascularización coronaria (2p) y anuloplastia mitral (2p). Tº CEC medio 170 min. Tº clampaje medio 121 min. No hubo mortalidad hospitalaria y la estancia posoperatoria fue de 9, 10 y 19 días. Las complicaciones más frecuentes fueron la insuficiencia cardíaca y el fallo renal agudo (2p), el ICTUS (1p) y la embolia periférica (1 paciente), con recuperación completa en todos los casos. Durante el seguimiento se ha observado una mejoría de la clase funcional con ausencia de reingresos por fallo cardíaco.



Conclusiones: La reparación del pseudoaneurisma de VI con la técnica de doble parche de pericardio es segura y reproducible, ofreciendo una franca mejoría funcional con ausencia de reingresos durante el seguimiento.

P-1643663579.

DISECCIÓN ESPONTÁNEA AGUDA DE ARTERIA CARÓTIDA INTERNA. PRESENTACIÓN CLÍNICA Y TRATAMIENTO

J.F. Valderrama Marcos, V. Agustín Bandera y C. Ramos Cantos

Hospital Vithas Málaga.

Objetivos: Mostrar una rara presentación de patología vascular potencialmente grave como es la disección espontánea de carótida interna.

Métodos: Varón, 47 años, sin antecedentes de interés salvo accidente de tráfico de alto impacto con latigazo cervical 3 años antes. Acude a Urgencias por cefalea hemisférica derecha, sensación de protrusión ocular y episodio autolimitado de visión borrosa ipsilateral. Se descartan lesiones intraoculares. Exploración con anisocoria (pupila derecha miótica parcialmente reactiva), ptosis y proptosis en ojo derecho (parálisis oculosimpática/síndrome de Horner incompleto ipsilateral). AngioTAC de troncos supraaórticos y polígono de Willis muestra disección de arteria carótida interna derecha a 2 cm de su origen, con estenosis del 50% de la luz vascular a 3 cm del origen con permeabilidad hasta el sifón carotídeo. Se indica ingreso y tratamiento con AAS y enoxaparina.

Resultados: Crisis hipertensiva intrahospitalaria que precisa tratamiento antihipertensivo. Desaparición de la cefalea y mejora muy significativa del resto de cuadro clínico. AngioTAC a las 72 horas muestra ausencia de progresión de la disección. Alta domiciliaria con tratamiento anticoagulante 6 meses. Asintomático a los 3 y 6 meses del alta. AngioTAC de TSA a los 3 y 6 meses sin disección ni estenosis carotídea derecha residual. Sustitución de acenocumarol por AAS a los 6 meses del alta.

Conclusiones: La tríada "cefalea hemisférica + Horner incompleto ipsilateral + isquemia retiniana/cerebral" es altamente sugerente de disección de carótida interna. Sin tratamiento, el 42% de los pacientes presentan infarto cerebral y el 58% déficits neurológicos persistentes, siendo el ictus más frecuente al inicio. La recurrencia es más frecuente en el mes posterior a la presentación. El tratamiento médico precoz evita generalmente la progresión de la enfermedad, estando indicado el tratamiento quirúrgico en progresión de los síntomas, compromiso del flujo cerebral, contraindicación de terapia antitrombótica o desarrollo de aneurisma carotídeo sintomático o expansivo.

P-1643110806.

DISPOSITIVO AMPLATZER COMO SOLUCIÓN A CIV RESIDUAL TRAS CIRUGÍA ESTÁNDAR

M. Torres Loma-Ossorio, T. González Vargas, A. Guzón Rementería, J. Cano Nieto, Joaquín, C. Urbano Carrillo y F. Calleja Rosas

Hospital Regional Universitario.

Introducción: La CIV posinfarto es una de las consecuencias más graves, tras un infarto de miocardio. Puede estar localizado en septo apical o basal, la más grave. Se presenta en forma de *shock* cardiogénico, produciendo un soplo pansistólico paraesternal, habitualmente durante la primera semana posinfarto. El tratamiento de elección es la corrección quirúrgica.

Métodos: Varón de 57 años con IAM inferior no revascularizado que, en la semana posterior desarrolla CIV posterobasal de 1 cm próxima a la válvula mitral. Fue intervenido mediante ventriculotomía posterior, identificación del defecto y reparación con parche de pericardio bovino. Buena evolución inicial. Tras 3 semanas, empeoramiento de clase funcional con ecocardiografía que evidencia solución de continuidad de 1,1 cm con *shunt* grave y parche anclado únicamente en la parte

basal. Se decide en Heart Team que el paciente es candidato a cierre percutáneo de CIV residual mediante Amplatzer, a pesar de la complejidad del procedimiento por la localización cercana a la válvula tricúspide y al no poder objetivar bordes definidos (tracto afracuoso). Se logra expansión total del disco izquierdo y atrapamiento del disco de VD en las cuerdas tendinosas de la valva septal de la válvula tricúspide, generando IT moderada residual con CIV residual mínima.

Resultados: El paciente fue dado de alta a los 10 días de la intervención, con buena evolución y clase funcional.

Conclusiones: El tratamiento de la CIV posinfarto es controvertido, tanto por la decisión del momento idóneo de hacerlo como por la propia técnica a realizar. La CIV residual es habitual tras la cirugía, decidiendo actitud expectante en muchos casos debido a la comorbilidad del paciente y al infarto reciente. El tratamiento percutáneo puede ser una opción posible, por ser menos invasiva que reintervenir. La decisión debe ser discutida por el Heart Team.

P-1644843041.

ESTALLIDO DIAFRAGMÁTICO TRAS REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR COMO CAUSA DE TAPONAMIENTO CARDIACO

E. Bernabeu Sánchez, A. Hurlé González, A. García Valentín, G. Candela Navarro, J.J. Montesino Villafranca y J. Meseguer Oller

Hospital General Universitario de Alicante.

Objetivos: Exposición de un caso clínico mostrando una causa inusual de taponamiento cardíaco en el contexto de un infarto agudo de miocardio con maniobras de reanimación cardiopulmonar.

Métodos: Presentación del caso clínico, así como iconografía de las exploraciones preoperatorias y hallazgos intraoperatorios.

Resultados: Varón de 68 años que es tratado en el ámbito extrahospitalario por el servicio de atención médica emergente por un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. Durante su asistencia inicial, el paciente presenta dos episodios de parada cardiorrespiratoria, que precisan de maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada. Tras estabilización, el paciente se traslada al Servicio de Hemodinámica de su centro de referencia para angioplastia primaria. Como hallazgo se evidencia oclusión de la arteria descendente anterior que se trata mediante angioplastia y uso de stent. Dada la situación de shock, se realiza ecocardiografía a pie de cama que muestra disfunción ventricular izquierda severa y presencia de un derrame pericárdico con abundante coágulo que produce taponamiento cardíaco a expensas de las cavidades derechas. Con la sospecha inicial de posible ruptura de pared libre, es trasladado a nuestro centro para tratamiento quirúrgico. Los hallazgos intraoperatorios confirman la presencia de hemopericardio y el taponamiento cardíaco, pero sin evidenciarse la afectación de la pared libre del corazón. Sin embargo, se constata una lesión del diafragma con sangrado activo en cercanía a la desembocadura de la vena cava inferior como origen del derrame pericárdico.

Conclusiones: El taponamiento cardíaco en el contexto de un infarto agudo de miocardio precisa de tratamiento quirúrgico cuando se sospecha ruptura de pared libre del ventrículo. Aunque infrecuente, la ruptura iatrogénica del diafragma secundaria a compresiones torácicas externas puede ser causa de taponamiento cardíaco.

P-1643666404.

EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN PACIENTES CON SARCOMA DE LA ARTERIA PULMONAR

V. Benito Arnaiz, M.J. López Gude, A. Eixeres Esteve, J.E. Centeno Rodríguez, E.M. Pérez de Sota, E.M. Aguilar Blanco, C. Barajas Díaz, S. Torres Llaque, C.A. Peralta Bravo y J.M. Cortina Romero

Hospital Doce de Octubre-Adultos.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es mostrar los resultados quirúrgicos en un centro CSUR de hipertensión pulmonar tromboembólica crónica HPTEC de los pacientes diagnosticados de sarcoma de la arteria pulmonar.

Métodos: En este estudio retrospectivo se presentan 5 pacientes operados entre 2003-2018 de sarcoma de la arteria pulmonar (AP); el 60% eran hombres con una edad media de 52 años (rango: 41-64 años). La forma de presentación habitual fue disnea súbita, y todos presentaban hipertensión pulmonar al diagnóstico (media de presión sistólica de la AP de 63 ± 19 mmHg). Los pacientes fueron derivados a nuestro centro con elevada sospecha de HPTEC, por ser centro CSUR. Tras el estudio preoperatorio, se llegó al diagnóstico de sarcoma de la AP en cuatro de los pacientes, quienes requirieron una plastia de la pulmonar o interposición de un homoinjerto bifurcado. En el quinto paciente, la sospecha fue intraoperatoria, confirmada mediante biopsia, reseándose la masa intravascular y realizándose plastia de la arteria pulmonar. La indicación de la cirugía se basó en la afectación central del sarcoma y su accesibilidad quirúrgica. El tiempo medio de circulación extracorpórea fue: 201 (DE 47) minutos, la media de clampaje: 138 (DE 37) minutos y la parada circulatoria media: 19 (DE 11) minutos.

Resultados: El estudio anatomopatológico posterior confirmó el diagnóstico: 2 sarcomas de grado medio y 3 de alto grado. La mortalidad hospitalaria fue del 40%. Tres, requirieron tratamiento adyuvante (quimioterapia \pm radioterapia) y dos, cirugía torácica posterior. La supervivencia a los 5 años fue del 66,7%.

Conclusiones: El sarcoma de la AP constituye un diagnóstico diferencial con la HPTEC. La opción quirúrgica existe en fases muy tempranas, destacando la importancia del diagnóstico precoz. A pesar de todo ello, continúa siendo una enfermedad con pronóstico poco optimista.

P-1643666106.

EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN PACIENTES CON SARCOMA DE LA ARTERIA PULMONAR

V. Benito Arnaiz, M.J. López Gude, A. Eixeres Esteve, J.E. Centeno Rodríguez, E.M. Pérez de Sota, E.M. Aguilar Blanco, S. Torres Llaque, C. Barajas Díaz, C.A. Peralta Bravo y J.M. Cortina Romero

Hospital Doce de Octubre-Adultos.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es mostrar los resultados quirúrgicos en un centro CSUR de hipertensión pulmonar tromboembólica crónica HPTEC de los pacientes diagnosticados de sarcoma de la arteria pulmonar.

Métodos: En este estudio retrospectivo se presentan 5 pacientes operados entre 2003-2018 de sarcoma de la arteria pulmonar (AP); el 60% eran hombres con una edad media de 52 años (rango: 41-64 años). La forma de presentación habitual fue disnea súbita, y todos presentaban hipertensión pulmonar al diagnóstico (media de presión sistólica de la AP de 63 ± 19 mmHg). Los pacientes fueron derivados a nuestro centro con elevada sospecha de HPTEC, por ser centro CSUR. Tras el estudio preoperatorio, se llegó al diagnóstico de sarcoma de la AP en cuatro de los pacientes, quienes requirieron una plastia de la pulmonar o interposición de un homoinjerto bifurcado. En el quinto paciente, la sospecha fue intraoperatoria, confirmada mediante biopsia, reseándose la masa intravascular y realizándose plastia de la arteria pulmonar. La indicación de la cirugía se basó en la afectación central del sarcoma y su accesibilidad quirúrgica. El tiempo medio de circulación extracorpórea fue: 201 (DE 47) minutos, la media de clampaje: 138 (DE 37) minutos y la parada circulatoria media: 19 (DE 11) minutos.

Resultados: El estudio anatomopatológico posterior confirmó el diagnóstico: 2 sarcomas de grado medio y 3 de alto grado. La morta-

alidad hospitalaria fue del 40%. Tres, requirieron tratamiento adyuvante (quimioterapia ± radioterapia) y dos, cirugía torácica posterior. La supervivencia a los 5 años fue del 66,7%.

Conclusiones: El sarcoma de la AP constituye un diagnóstico diferencial con la HPTEC. La opción quirúrgica existe en fases muy tempranas, destacando la importancia del diagnóstico precoz. A pesar de todo ello, continúa siendo una enfermedad con pronóstico poco optimista.

P-1644839432.

FALSO ANEURISMA DE AURÍCULA DERECHA COMO PRESENTACIÓN DE ANGIOSARCOMA

A. García Valentín, J. Meseguer Oller, E. Bernabeu Sánchez, J. J. Montesino Villafranca, G. Candela Navarro y A. Hurle González

Hospital General Universitario de Alicante.

Objetivos: Exposición de un caso clínico mostrando la presentación inusual y el abordaje terapéutico de un tumor cardíaco maligno.

Métodos: Presentación del caso clínico, estudio preoperatorio, planificación quirúrgica y detalles técnicos.

Resultados: Mujer de 50 años sin antecedentes relevantes que ingresa en el Servicio de Neumología por derrame pleural. Se realiza toracocentesis que evidencia hemotórax. La tomografía computarizada muestra trombo en aurícula derecha y engrosamiento del pericardio y pleura mediastínica derecha. Ante la sospecha de tumor pleural se realiza toracoscopia diagnóstica, produciéndose hemorragia intraoperatoria, cuyas características orientan a sangrado de origen intracardiaco. El estudio histológico del material biopsiado no muestra datos de malignidad. Posteriormente se realiza resonancia cardíaca, que muestra la existencia de gran defecto en pared auricular derecha con falso aneurisma, sin sospecharse patología tumoral. No existen antecedentes traumáticos ni iatrogénicos que justifiquen el hallazgo. Se plantea reparación quirúrgica a través de esternotomía media, canulación periférica e hipotermia moderada, confirmando la existencia del pseudoaneurisma junto a múltiples implantes pericárdicos de aspecto tumoral. La biopsia intraoperatoria es de sarcoma. Se reconstruye la aurícula derecha con parche de pericardio heterólogo. Sin embargo la masa de implantes pericárdicos muestran extrema friabilidad, con diátesis hemorrágica incoercible a pesar de todos los esfuerzos terapéuticos aplicados. La paciente presenta mala evolución con muerte posoperatoria. El diagnóstico histológico definitivo es de angiosarcoma, detectándose alteraciones en más de 200 genes. Esta forma de presentación, aunque descrita en la literatura, es muy inusual y está asociada a alta mortalidad peroperatoria, así como mal pronóstico a corto plazo en aquellos que superan la intervención.

Conclusiones: Los tumores cardíacos malignos deben estar incluidos en el diagnóstico diferencial de un falso aneurisma cardíaco sin antecedentes traumáticos. El abordaje quirúrgico de las angiosarcomas es complejo y sujeto a complicaciones hemorrágicas graves.

P-1643393321.

FEVAR: CIRUGÍA ENDOVASCULAR PERSONALIZADA

A. Miraglia, M. Barquero Alemán, N. Miranda Balbuena, C.J. Velázquez Velázquez, E.A. Rodríguez Caulo y J.M. Barquero Aroca

Hospital Universitario Virgen Macarena.

Introducción: Paciente derivado a nuestras consultas externas por hallazgos de Aneurisma de aorta toracoabdominal tipo IV subsidiario de tratamiento quirúrgico.

Objetivos: Compartir nuestra experiencia y animar a la difusión de técnica quirúrgica FEVAR para tratar dichos aneurismas que suponen un reto para la reparación endovascular.

Métodos: Bajo anestesia general se procede al implante de prótesis de aorta paravisceral e infrarenal por aneurisma de aorta toracoabdominal. Vía femoro-iliaca izquierda se procede a implantación de cuerpo principal con 4 endorramas Jotec a medida V007835-00 con número de serie CB3324L18-4176770P, así como cuerpo de prótesis Gore bifurcada Excluder RLT281416 sn 23558249 (28 mm proximal, 14 mm distal y 160 mm de longitud). Vía femoro-iliaca derecha se procede a implantación de rama contralateral Gore excluder 16 mm de diámetro proximal, 14,5 mm distal y 140 mm de longitud. Vía subclavia izquierda se procede a implantación de ramas mediante stents recubiertos Viabahn 10 mm en tronco celíaco, 8 mm en arteria mesentérica, 8 mm para arteria renal derecha y 7 mm para arteria renal izquierda. Se comprueba adecuada permeabilidad de los 4 vasos viscerales, arterias ilíacas y ausencia de *endoleaks*.

Resultados: Sin incidencias en el PO. Alta a las 72 horas.

Conclusiones: El procedimiento FEVAR se puede considerar una excelente opción de tratamiento para pacientes con aneurisma de aorta abdominal tipo IV.

P-1643458980.

FIBROELASTOMA PAPILAR. ABORDAJE TRANSAÓRTICO

R. Aranda Domene, L. Alfonso Colomer, J. García-Puente del Corral, A. Salazar Nicolas, C. Miñano Frutos, J.M. Arribas Leal, F. Gutiérrez García, J.A. Moreno Moreno, M. Lorenzo Díaz, M. Fernández Molina, A. Jiménez Aceituna, J.M. Aguilar Jiménez, J. Pérez Andreu, R. Taboada Martín y S.J. Cánovas López

Hospital Virgen de la Arrixaca.

Objetivos: Describir el tratamiento quirúrgico de una tumoración cardíaca intraventricular a través de abordaje transaórtico.

Métodos: Mujer de 65 años con antecedente reciente de ictus parietal y hallazgo de tumoración sésil en ventrículo izquierdo de 2 × 0,5 cm de longitud en relación con papilar posterior sin abarcar estructuras tendinosas ni otras estructuras valvulares. La paciente fue aceptada para resección quirúrgica urgente.

Resultados: Se realiza esternotomía media, apertura de pericardio y canulación bicava. Clampaje aórtico y administración de 800 cc de cardioplegia del Nido vía anterógrada. Se realiza aortotomía transversa y separación de los velos aórticos con puntos de 5/0 de polipropileno apoyados en teflón desde la base de cada velo en cara ventricular. Se realiza inspección de ventrículo izquierdo sin hallarse imágenes de protrusión ni masas. Se realiza resección de masa gelatinosa sobre papilar posteromedial que ocupa toda la cavidad ventricular.

Conclusiones: El abordaje transaórtico de masas cardíacas ventriculares es una alternativa para la resección completa de este tipo de tumores.

P-1643649420.

FIBROELASTOMA VENTRICULAR IZQUIERDO Y CONEXIÓN ACCESORIA MUSCULAR AL TABIQUE: "DIAGNÓSTICO DE LOCURA"

B. Segura Méndez, M. Fernández Gutiérrez, J.R. Echevarría Uribarri, C. Sánchez Torralvo, E. Velasco García, I. Vázquez Alarcón de la Lastra, D.D. Feliz, S. Di Stefano, Y. Carrascal Hinojal, N. Arce Ramos y J. Bustamante Munguira

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: Los tumores cardíacos primarios son infrecuentes (0,001-0,28%). El 90% son benignos siendo el fibroelastoma papilar (FP) el 1-7,9%, asentado principalmente sobre válvulas cardíacas y ocasionalmente en endocardio.

Métodos: Varón de 71 años asintomático, remitido por hallazgo incidental de masas intracardiacas en ventrículo izquierdo (VI). El ecocardiograma transtorácico mostraba hipertrofia del VI, masa móvil

pediculada (12 × 7 mm) en segmento basal del septo interventricular (SIV) sin prolapso en el tracto de salida del VI (TSVI); otra masa pediculada, sésil (11 × 4 mm) en SIV apical protruyendo hacia VI. El ecocardiograma transefágico observaba única masa en cara anterior basal, sin valvulopatías. La resonancia cardiaca identificaba lesión ovalada, hipointensa, en el anillo aórtico subvalvular (19 mm) confirmada mediante TC. Además, dos lesiones sólidas, una en SIV en segmento medio y otra en pared libre del VI, probablemente correspondiente a musculatura papilar prominente. Intraoperatoriamente, se observó tumor redondeado, gelatinoso (10 × 10 mm), anclado al septo muscular y una banda muscular ancha inferior al velo aórtico hacia músculo papilar (MP) posterior. Se realiza resección tumoral a través de aortotomía bajo circulación extracorpórea.

Resultados: El posoperatorio cursó sin incidencias, con alta al 4º día posquirúrgico, sin masas residuales ni valvulopatías. El estudio anatómopatológico mostró FP.

Conclusiones: El FP es infrecuente sobre endocardio, siendo más común en válvulas provocando malfuncionamiento valvular. La hipertrofia cardiaca afecta a la pared ventricular y aparato subvalvular como: fijación anómala de cuerdas tendinosas, inserción anómala del MP, conexiones tendinosas accesorias del MP al tabique o desplazamiento apical del punto de inserción del MP en la pared del VI. Las limitaciones de pruebas diagnósticas (observador dependiente o sin movimiento) generan dificultad en el estudio de masas intracardiacas y bandas musculares. A pesar de la no concordancia entre las diferentes iconografías y del aspecto gelatinoso de la masa, al final lo más frecuente (FP único sobre endocardio) es lo real.

P-1643266799.

IMPACTO DEL SARS-COV-2 EN EL ESPECTRO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA AÓRTICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

D. Figuerero Beltre, E. Berastegui García, B. Romero Ferrer, M.L. Cámara Rosell, L.J. Delgado Ramis, C. Fernández Gallego, I. Julià Amill, S. Badía Gamarra, A. Llorens Ferrer y C. Muñoz Guijosa

Hospital Germans Trias i Pujol.

Introducción: La infección por SARS-CoV-2 abarca un amplio espectro de afectaciones clínicas siendo la principal la respiratoria. Se asocia a diferentes manifestaciones cardiovasculares, como la miocarditis, insuficiencia cardíaca o arritmias. Se han descrito casos de enfermedad vascular similar a Kawasaki en niños, sin embargo, no hay evidencia de afectación de grandes vasos en adultos. Se presenta el caso de una paciente con aortitis aguda tras infección por SARS-CoV-2.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 58 años, sin historia de enfermedad reumatológica ni autoinmunitarias, que consultó por episodio de dolor torácico agudo, fatiga extrema e hipertensión arterial a los cuatro meses de la infección por SAR-CoV-2. La analítica mostró anemia-microcítica, leve elevación de la PCR y valores normales de inter-

leucina-6. El ecocardiograma mostró dilatación de aorta ascendente con imagen compatible de hematoma, sin afectación de la raíz, y una tomografía computarizada, que evidenció hematoma en aorta ascendente (fig. 1). Inicialmente se orientó como un síndrome aórtico agudo, con sospecha de hematoma intramural aórtico. El empleo de FDG-PET, mostró una hipercaptación alrededor de la aorta (fig. 2), permitiendo realizar el diagnóstico de aortitis. Se inició tratamiento con prednisona 60 mg/día con buena respuesta. El seguimiento a los 3 meses, con FDG PET, tras completar la terapia con corticoides, mostró una resolución completa del cuadro.

Conclusiones: La aortitis es una enfermedad inflamatoria poco frecuente, asociada principalmente a enfermedades autoinmunitarias. Se han descrito pocos casos de aparición de enfermedad inflamatoria aórtica en el contexto de infección SARS-CoV-2 requiriendo un diagnóstico diferencial con un síndrome aórtico agudo. El empleo de técnicas diagnósticas avanzadas como el FDG-PET, proporciona un diagnóstico preciso que permite realizar un tratamiento dirigido, evitando tratamientos quirúrgicos agresivos que podrían aumentar la morbimortalidad.

P-1643665165.

IMPLANTE DE CRT-D SIN CABLE VENTRICULAR IZQUIERDO VS. IMPLANTE DAI MONO/BICAMERAL: ¿UNA ESTRATEGIA DE MINIMIZACIÓN DE COSTES?

I. Franco Fernández, O. Al Razo Hameed, E. González Villegas, M.A. Rubio Alonso y A. Aroca Peinado

Hospital La Paz.

Objetivos y métodos: Analizar todos los dispositivos de TRC implantados en nuestro centro desde 2005. Se consideraron candidatos a implante de CRTD sin cable ventricular izquierdo los pacientes con DVI pero se presentara solo con insuficiencia cardíaca (IC) o bloqueo de rama izquierda (BRI). Se analizó el número de pacientes que necesitaron implante de cable VI durante el seguimiento incluyendo únicamente aquellos que necesitaron la realización de un recambio de generador por agotamiento de batería.

Resultados: Se implantaron un total de 913 dispositivos de TRC de los cuales 115 (12,59%) fueron implantados sin cable VI. Dicho cable no pudo implantarse por razones técnicas en 46 casos (5%) y de forma electiva en el resto. El recambio de generador del dispositivo de TRC (debido a agotamiento de batería) fue necesario en 38 de estos pacientes y el cable VI nunca fue implantado a lo largo del seguimiento (7 ± 2 años) en 32 de ellos (84,21%). En los pacientes que requirieron el implante de cable VI, el recambio de generador fue necesario durante el procedimiento en 2 casos (6,25%). Teniendo en cuenta el coste medio de estos dispositivos en nuestro centro (22.000 euros), se podría haber ahorrado alrededor de 384.000 si el dispositivo de TRC no hubiera sido implantado hasta el momento en el que se requiriera el implante del cable VI.

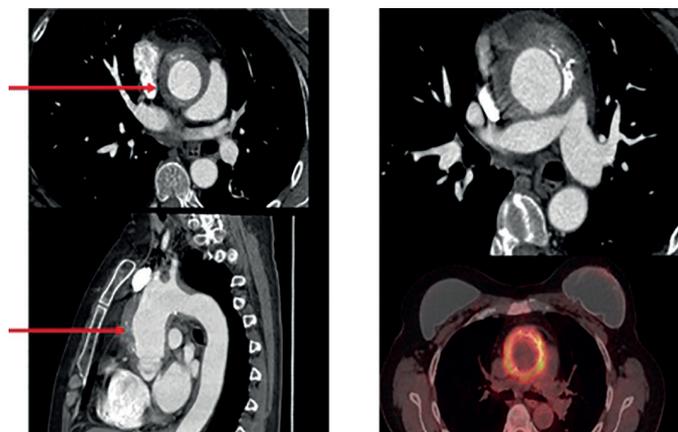
Conclusiones: El implante de dispositivos de TRC sin cable VI en lugar de DAI mono/bicamerales en pacientes con indicaciones límite de terapia de resincronización parece no ser coste-efectivo y no se traduce en un ahorro significativo de dispositivos de TRC.

P-1643667145.

IMPLANTE DE DAI DE ACUERDO CON LA TÉCNICA DEL DR. ABDALLAH EN LA INFANCIA TEMPRANA

M. Vázquez Marfil, G. Seguí Abrines, A.I. Garzon Furne, A. Ferreira Marzal, M. Esteban Molina, A.R. Abdallah, F. Gomera Martínez, P. Castro Vera, L.M. Nuila Durán, J.M. Olarte Villamizar, F. Rodríguez Serrano y J.M. Garrido Jiménez

Hospital Virgen de las Nieves.



Objetivos: La prevalencia de arritmias en la infancia en pacientes con cardiopatía estructural o canalopatías es notable. El síndrome de Brugada es causa de fibrilación ventricular y muerte súbita en la infancia, por lo que muchos pacientes precisan de implante de desfibrilador automático implantable (DAI). En la actualidad se discuten técnicas de implantación de DAI que más se adecuan a las necesidades de los pacientes pediátricos.

Métodos: Varón, 2 años, 13 kilos, que ingresa en UCI por cuadro de shock hipovolémico y descompensación multiorgánica. Durante el episodio se detecta taquicardia ventricular monomórfica y una vez estable hemodinámicamente, se observa en ECG patrón compatible con síndrome de Brugada tipo I. Tras debate en Heart Team, se decide implante de DAI en prevención secundaria. Se constata gran dificultad del acceso vascular. Al pesar menos de 14 kg y tener un espacio pericárdico reducido, aunque el DAI subcutáneo ha demostrado eficacia, se procede al implante siguiendo la técnica descrita en 2007 por el Dr. Abdallah, para niños de bajo peso: colocación de electrodo de sensado-estimulación epicárdico bipolar en ventrículo derecho y coils de desfibrilación periventricular izquierdo epicárdico y paraauricular derecho epicárdico. Incisión subxifoidea. Se aloja el generador en región abdominal paramedial derecha.

Resultados: Se implanta con éxito el DAI, con parámetros óptimos. El paciente presenta una evolución favorable en UCI y es dado de alta. Un mes tras el implante, el paciente sigue asintomático y sin descargas del dispositivo.

Conclusiones: La técnica empleada por el Dr. Abdallah disminuye el riesgo de oclusión venosa al utilizar estimulación epicárdica y no presenta mayor número de choques fallidos. Se ha observado un aumento en la supervivencia en la infancia gracias al implante de DAI en prevención secundaria.

P-1636459343.

LAS NANOPARTÍCULAS DE ÓXIDO DE CERIO MIMETIZAN LA ACCIÓN DE LA SUPERÓXIDO DISMUTASA Y MEJORAN LA RESPUESTA VASODILATADORA AL NITROPRUSIATO SÓDICO EN LA VENA SAFENA HUMANA

C. Rueda Muñoz¹, S. Guerra-Ojeda², M. Juez López¹, A. Suárez Fortea², B. Belmonte Alonso², J.H. Taylor¹, P.M. Briz Echeverría³ y M.D. Mauricio Aviñó²

¹Hospital General Universitario de Valencia. ²Departamento de Fisiología, Universidad de Valencia. ³Hospital La Fe

Introducción: Las nanopartículas de óxido de cerio son un nanomaterial de creciente importancia en aplicaciones médicas debido a su potencial actividad antioxidante (1). Además, tienen características muy atractivas como una alta biocompatibilidad y gran área superficial, que las convierte en agentes terapéuticos ideales que pueden atravesar la membrana celular y ser usadas como transportadores de fármacos (2). A pesar de su creciente importancia farmacéutica, son pocos los estudios sobre los efectos de las nanopartículas de óxido de cerio en el sistema cardiovascular. Por otra parte, la causa más frecuente de fallo de los injertos de vena safena es el desarrollo de arteriosclerosis (3). El estrés oxidativo acelera la disfunción endotelial en la arteriosclerosis llevando a la alteración de la homeostasis vascular (4). Nuestra hipótesis es que la administración de nanopartículas de óxido de cerio puede disminuir los niveles de anión superóxido aumentando la biodisponibilidad del óxido nítrico. Así, el objetivo de este trabajo fue evaluar los efectos de las nanopartículas de óxido de cerio en la respuesta vasodilatadora al nitroprusiato sódico (NPS) y comprobar si reducen el estrés oxidativo en la vena safena humana.

Métodos: Se usaron veinte anillos de vena safena humana de pacientes sometidos a cirugía de derivación coronaria. Los anillos venosos (3 mm de longitud) fueron montados en un baño de órganos con solución Krebs-Henseleit y se midió su tensión isométrica. Se obtuvieron

curvas de concentración-respuesta a NPS (10^{-10} a 10^{-6} M) en ausencia y presencia de nanopartículas de óxido de cerio (10, 20 y 40 ug/ml) previamente incubadas durante 30 minutos. También se realizaron curvas de NPS en presencia de tempol (10^{-3} M), un mimético de la superóxido dismutasa. Por último, se midieron los niveles de expresión proteica de la guanilato ciclasa soluble (GCs) mediante western blot.

Resultados: Las nanopartículas de óxido de cerio (20 ug/ml) desplazaron hacia la izquierda la curva concentración-respuesta al NPS, un donante de óxido nítrico independiente del endotelio que activa la vía de la GCs. Sin embargo, no se observaron cambios en la expresión de la GCs tras incubación con las nanopartículas. Por tanto, el aumento de la respuesta al NPS podría estar relacionado con la actividad antioxidante de las nanopartículas de óxido de cerio. Para comprobar esta hipótesis realizamos la curva de NPS en presencia de tempol y el comportamiento fue el mismo que en presencia de las nanopartículas.

Conclusiones: Las nanopartículas de óxido de cerio se comportan como miméticas de la superóxido dismutasa. Este efecto disminuye los niveles de anión superóxido, aumentando así la biodisponibilidad del óxido nítrico y mejorando la respuesta vasodilatadora al NPS en la vena safena.

Bibliografía

1. Ceraldo I, *et al.* Nanoscale 2011;3:1411.
2. Menchon C, *et al.* Small. 2012;XX:1-9.
3. Motwani JG, Topol EJ. Circulation. 1998;97(9):916-31.
4. Marchio P, *et al.* Oxidative Medicine and Cellular Longevity, 2019.

P-1643457113.

LEIOMIOMATOSIS INTRAVASCULAR CON EXTENSIÓN CARDÍACA. UN CASO POCO HABITUAL, UN GRAN DESAFÍO QUIRÚRGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

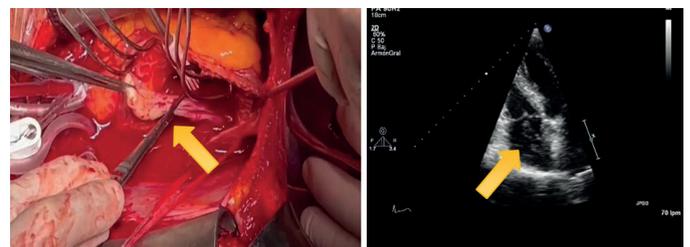
D. Figueero Beltre, E. Berastegui García, C. Fernández Gallego, S. Badía Gamarra, M.L. Cámara Rosell, L.J. Delgado Ramis, I. Julià Amill, A. Llorens Ferrer, B. Romero Ferrer y C. Muñoz Guijosa

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol.

Objetivos: Describir el manejo diagnóstico y abordaje terapéutico multidisciplinar de la leiomiomatosis intravascular con extensión a cavidades cardíacas.

Métodos: Se recogieron los datos preoperatorios, las técnicas diagnósticas, el abordaje quirúrgico, la evolución posoperatoria y el seguimiento clínico y ecocardiográfico de una paciente con leiomiomatosis intravascular con extensión intracardiaca.

Resultados: Se trata de una paciente de 61 años, que tras la realización de un ecocardiograma de rutina se documenta una tumoración intracardiaca proveniente de vena cava inferior. Se realizó TAC y RMC que indicaron la sospecha de leiomiomatosis intravascular. La estrategia terapéutica consistió en un abordaje quirúrgico conjunto mediante esternotomía media y laparotomía en J invertida en colaboración con el servicio de cirugía general, con extracción de masa de aurícula derecha y vena cava inferior, además de nefrectomía derecha. La paciente fue extubada a las pocas horas de la intervención, presentó un posoperatorio sin incidencias destacables, siendo dada de alta a los 7 días. El ecocardiograma al alta mostró ausencia de masa o trombo residual, con función contráctil conservada y ausencia de valvulopatías. El resultado de la anatomía patológica



confirmó el diagnóstico de leiomiomatosis intravascular con extensión por vena cava inferior hasta aurícula derecha.

Conclusiones: La leiomiomatosis intravascular es una tumoración benigna de origen uterino con capacidad de extenderse por las venas gonadales, ilíacas, renales y por la vena cava inferior, hasta, en casos excepcionales, alcanzar las cavidades derechas del corazón, causando patología obstructiva o embólica. Debido a su baja incidencia y a los pocos casos documentados, su manejo supone un desafío diagnóstico y sobre todo terapéutico que requiere un abordaje quirúrgico multidisciplinar para conseguir la resección completa del tumor.

P-1643648573.

LUXACIÓN CARDIACA TRAS NEUMONECTOMÍA

E. Rueda Gomariz, C. Jaén Garrido, F. Altamirano Medel y A. Bermúdez García

Hospital Universitario Puerta del Mar.

Nuestro objetivo es mostrar nuestra experiencia en un caso de luxación cardiaca. Presentamos el caso de una mujer de 64 años con antecedentes de taquicardia supraventricular paroxística en tratamiento con bisoprolol. Es diagnosticada de masa mediastínica anterior compatible con timoma que infiltra estructuras vasculares, bronquiales y lóbulo superior derecho. La paciente es intervenida mediante esternotomía y toracotomía lateral derecha realizándose neumonectomía derecha ampliada a pericardio con resección puntiforme de vena cava superior y linfadenectomía hiliomediastínica, realizando sutura de parche pericárdico para resolver el defecto del pericardio. En el posoperatorio inmediato la paciente se encontraba en ventilación espontánea con cánulas nasales a 4 litros, sin drogas vasoactivas. Tras 12 horas en la unidad de cuidados posoperatorios la paciente sufre episodio de hipotensión y bradicardia con signos compatibles con síndrome de vena cava superior. En ecocardiografía se observaba dilatación grave de cavidades derechas y disfunción sistólica de ventrículo derecho sin signos de taponamiento cardiaco. Se realizó tomografía axial computarizada de tórax con resultado de desplazamiento ipsilateral mediastínico excesivo tras neumonectomía derecha. La paciente es reintervenida realizando reesternotomía y recolocación cardiaca con posterior reinstauración del parche pericárdico, comprobando el decúbito lateral que no se produce hernia, tras lo cual sufre fallo cardiaco derecho con hipocontractilidad en posible relación con hipertensión pulmonar. Además, presenta episodio de fibrilación auricular con buena respuesta a amiodarona. La paciente evoluciona favorablemente permitiendo retirada de drogas vasoactivas progresivamente. La luxación y subluxación cardiaca son patologías poco prevalentes que debemos descartar ante cualquier manifestación clínica atípica tras neumonectomía con apertura de pericardio con la finalidad de reintervenir y reinstaurar la posición del corazón.

P-1643658024.

RESCATE TOTALMENTE TORACOSCÓPICO DE ARRITMIAS CARDÍACAS SUPRAVENTRICULARES

U.M. Urgoitio Esandi, R.H. Rodríguez-Abella González, M.Y. Villa Gallardo, C. García Mere, S. Solís Gallego, L. Díaz Calvo, G.P. Cuerpo Caballero, A. Pedraz Prieto, D. Monzón Díaz, M. Ruíz Fernández, F.J. Rodríguez Lega y A. González Pinto

Hospital General Gregorio Marañón.

Objetivos: Los avances técnicos y la mejor comprensión de la fisiopatología de las taquiarritmias de origen epicárdico han llevado al desarrollo de técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas. De especial interés dado su mínima agresión y la ausencia de necesidad de circulación extracorpórea es el abordaje totalmente toracoscópico. Se describen los casos remitidos a nuestro servicio para procedimiento de

rescate totalmente toracoscópico (RTT) de taquiarritmias de origen supraventricular.

Métodos: Se han realizado un total de 36 procedimientos de RTT en el plazo comprendido entre enero de 2015 y enero de 2022. 27 pacientes presentaban fibrilación auricular (FA): 63% paroxística, 37% persistente. 6 taquicardias focales (TF). 3 síndromes de preexcitación (WPW). Los pacientes en FA fueron tratados mediante un procedimiento de MAZE totalmente toracoscópico (TTMAZE) mediante ablación epicárdica con radiofrecuencia bipolar con cierre de orejuela en todos los casos, siendo esta última la indicación principal para retirada de anticoagulación en dos casos. Las TF y WPW fueron tratados mediante radiofrecuencia, crioablación o bien combinación de ambas en función del riesgo de lesión coronaria.

Resultados: Se consiguió éxito agudo del procedimiento en el 89% de los casos y del 94% en el seguimiento. No hubo mortalidad asociada al procedimiento y muy baja incidencia de complicaciones (dos pacientes con parálisis frénica).

Conclusiones: En casos seleccionados, el RTT es una alternativa quirúrgica segura y efectiva en el tratamiento de arritmias supraventriculares en las que se ha agotado o descartado el tratamiento endovascular o epicárdico en el laboratorio de electrofisiología.

P-643544822.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA REPARACIÓN ENDOVASCULAR DEL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL. CIERRE PERCUTÁNEO COMPARADO CON CIERRE CONVENCIONAL

L. Alfonso Colomer, R. Aranda Domene, J. García-Puente del Corral, A. Salazar Nicolas, C. Miñano Frutos, J.M. Arribas Leal, F. Gutiérrez García, J.A. Moreno Moreno, M. Lorenzo Díaz, M. Fernández Molina, A. Jiménez Aceituna, J.M. Aguilar Jiménez, J. Pérez Andreu, R. Taboada Martín y S. Cánovas López

Hospital Virgen de la Arrixaca.

Objetivos: Debido a su naturaleza mínimamente invasiva, el acceso femoral percutáneo en la reparación endovascular de aneurismas abdominales está experimentando una rápida popularización en la actualidad frente a la incisión quirúrgica. En esta revisión bibliográfica se recoge parte de la bibliografía que hay sobre este tema para plantear un posible ensayo clínico prospectivo, en el que se comparen ambos tipos de acceso y ver cual presenta mayores ventajas para el paciente.

Métodos: Se realiza una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, Google Scholar y Web of Science. Usando como palabras clave: Aortic Aneurysm, Abdominal; Endovascular Procedure; Percutaneous Access; Surgical Access y se consultan y analizan los artículos abajo mencionados en el apartado bibliográfico.

Resultados: En la búsqueda hemos encontrado, que la mayoría de la literatura redacta a favor del acceso percutáneo frente al quirúrgico. El acceso percutáneo presenta un menor tiempo perioperatorio, menor tasa de complicaciones y menor estancia hospitalaria.

Conclusiones: Los artículos consultados muestran un mejor resultado de morbilidad y mortalidad, así como reducción de los tiempos perioperatorios. La experiencia y la casuística de nuestro centro no comparte estos resultados, por lo que decidimos realizar un estudio prospectivo, aleatorizado y doble ciego, para poder observar nuestros resultados y ver si se discrepa o no con la literatura ya existente.

P-1643572184.

ROTURA DE PARED LIBRE DEL VI. IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO

M. Barquero Alemán, A. Miraglia, C.J. Velázquez Velázquez, E.A. Rodríguez Caulo y J.M. Barquero Aroca

Hospital Universitario Virgen Macarena.

Objetivos: Queremos recalcar la importancia del trabajo en equipo y la buena relación entre profesionales en situaciones catastróficas como puede ser una rotura de pared libre tras infarto de miocardio.

Métodos: Paciente de 73 años, HTA, DM2, DLP que ingresa en urgencias por episodio de dolor torácico típico y cortejo vegetativo que tras electrocardiograma se diagnostica de SCACEST anterior Killip II, activando código infarto. Se realiza cateterismo terapéutico y se traslada a Unidad Coronaria para vigilancia. Minutos después de su llegada a Unidad Coronaria sufre taponamiento cardíaco y parada cardiorrespiratoria, precisando intubación invasiva y maniobras de RCP que revierten la parada. Se diagnostica con ecocardiografía a pie de cama de rotura de pared libre, precisando pericardiocentesis emergente ecoguiada drenando contenido hemático puro que se autotransfunde por vía central hasta llegada del paciente a quirófano con alto soporte de fármacos vasoactivos. En quirófano, mientras se continua con medidas para autotransfusión se procede a esternotomía media, constatándose sangrado activo en cara lateral del VI con signos evidentes de infarto previo. Se repara el defecto con varios puntos sueltos amplios de prolene apoyados en teflón y se refuerza toda la zona infartada con un parche amplio de pericardio circunferencial.

Resultados: Tras 19 días en UCI, el paciente pasa a planta donde tras 42 días de estancia total en el hospital puede ser dado de alta a su domicilio, con buen estado general, sin secuelas neurológicas ni respiratorias y con una disfunción sistólica severa con FEVI del 26%, sin patología valvular y con alteraciones segmentarias de la contractilidad como cabía esperar.

Conclusiones: Es de vital importancia que todo el equipo vaya en la misma dirección para sacar adelante pacientes con patologías con una alta tasa de mortalidad.

P-1643653307.

SARCOMA CARDIACO PRIMARIO: PRONÓSTICO A CORTO Y MEDIO PLAZO

B. Vera Puente, G. Visedo Ceballos, J.E. de Villarreal Soto, E.C. Ríos Rosado, J.C. Olivo Soto, S. Serrano Fiz, C.E. Martín López, S. Villar García, V.M. Ospina Mosquera, D. Martínez López, R. Cubedo Cervera y A. Forteza Gil

Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Objetivos: Se realiza un análisis retrospectivo y unicéntrico sobre la supervivencia de pacientes con sarcoma cardíaco diagnosticados en los últimos 12 años.

Métodos: De enero de 2010 a diciembre de 2021 se realiza una revisión retrospectiva de las bases de datos de nuestro centro. Se recogen únicamente pacientes con diagnóstico de sarcoma cardíaco. Se analiza la supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier, las diferencias entre grupos se estudian mediante log-rank test.

Resultados: Se encontraron un total de seis pacientes. Cuatro (66,7%) fueron intervenidos quirúrgicamente y dos (33,3%) recibieron únicamente tratamiento quimioterápico. La mediana de edad de presentación fue 39 años (IQR: 31,5). En dos casos (33,3%) los tumores se localizaron en las cámaras izquierdas, el resto tuvieron una implantación en cámaras derechas. Todos los casos presentaban diseminación local o a distancia en el momento del diagnóstico. Todas las masas analizadas en anatomía patológica se diagnosticaron de angiosarcoma. La supervivencia a 30 días fue del 100%. Un paciente, falleció por un accidente cerebrovascular, el resto por progresión de la propia enfermedad. La mediana de supervivencia fue de 14,5 meses (IQR: 31,5), con una mediana de supervivencia para los pacientes operados de 23,5 meses (IQR: 26,75) frente a 8 meses (IQR: 34,0) en los no intervenidos, sin embargo esta diferencia fue no significativa (log-rank; p: 0,107).

Conclusiones: El pronóstico de los pacientes con sarcoma cardíaco es infausto. La resección quirúrgica del tumor parece asociarse a mayores tasas de supervivencia.

P-1643647994.

SARCOMA INTIMAL CARDIACO: LOBO CON PIEL DE CORDERO

I. Sanchís Haba, M. García-Borbolla Fernández, J.E. López Haldon, E. Gutiérrez Carretero, E. Sánchez Domínguez, B. Ramos Barragán, M.A. Soler Oliva y J.M. Borrego Domínguez

Hospital Universitario Virgen del Rocío-Adultos.

Introducción: El sarcoma intimal es un tumor cardíaco maligno extremadamente raro. Se presenta un caso de sarcoma intimal con presentación clínica y ecográfica superponible a un mixoma.

Caso clínico: Mujer de 59 años que acudió a urgencias por disnea progresiva de dos semanas de evolución. El ecocardiograma transtorácico mostró una masa en aurícula izquierda de 33 × 29 mm, esférica, lisa y móvil, que en diástole prolapsaba por el orificio mitral ocasionando estenosis mitral severa. El punto de inserción en la pared auricular no pudo determinarse con claridad. Se diagnosticó probable mixoma y se programó cirugía. En quirófano se reseccó una gran tumoración (50 × 40 × 30 mm) con características diferentes a un mixoma por su dureza e implante en anillo posterior mitral segmento P3. Además, se observaron, junto a la base de implantación, pequeñas tumoraciones en el septo interauricular, por lo que reseccó el septo interauricular en la región de la fosa oval y se colocó parche de pericardio bovino. En la anatomía patológica se diagnosticó un sarcoma intimal grado 2 de la FNCLCC, con amplificación del gen MDM2. En el ecocardiograma de control no se observó recidiva. Se realizó TAC de abdomen, cráneo y tórax sin evidencia de metástasis. Se inició quimioterapia adyuvante epirrubicina-ifosfamida.

Discusión: El tumor primario cardíaco más frecuente es el mixoma y la mayoría asientan en aurícula izquierda. Las técnicas de imagen establecen el diagnóstico de sospecha en la patología tumoral cardíaca, pero el diagnóstico definitivo no se obtiene hasta que se dispone de la anatomía patológica tras la resección quirúrgica. En el caso presentado el diagnóstico de sospecha de mixoma no se confirmó, resultando ser un tumor maligno raro, como es el sarcoma intimal. Es importante identificar patrones intraoperatorios (consistencia, lugar de implantación, múltiples siembras) que nos hagan sospechar una neoplasia maligna, para ser más agresivos en la resección puesto que la exéresis completa mejora el pronóstico del paciente.

Conclusiones: Las limitaciones del diagnóstico preoperatorio de los tumores cardíacos debe alertarnos sobre la importancia de una exhaustiva exploración intraoperatoria, que puede conducir a la sospecha de una neoplasia maligna y resección más radical.

P-1644876383.

SUSTITUCIÓN VALVULAR TRICÚSPIDE EN PACIENTE CON ENDOCARDITIS POR ENTEROCOCO FAECALIS

V. Benito Arnaiz, E.M. Aguilar Blanco, C. Barajas Díaz, S. Torres Llaque, C.A. Peralta Bravo, J.E. Centeno Rodríguez, M.J. López Gude, A. Eixeres Esteve, E.M. Pérez de la Sota y J.M. Cortina Romero

Hospital Doce de Octubre-Adultos.

Objetivos: Un 5-10% de las endocarditis derechas aparecen en pacientes no usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), o sin cardiopatía previa, suponiendo un gran reto diagnóstico. El pronóstico es mejor que el de las endocarditis izquierdas pero rara vez requiere tratamiento quirúrgico.

Métodos: Se expone el caso de un varón de 63 años con endocarditis sobre válvula tricúspide que condiciona una insuficiencia grave y asocia foramen oval permeable (FOP), requiriendo intervención quirúrgica programada. Nueve meses antes el paciente ingresó con una neumonía bilateral severa por SARS-CoV-2 requiriendo implante de ECMO veno-venoso urgente.

Resultados: Ingresó en enero de 2022, por pielonefritis izquierda aguda y bacteriemia por *E. faecalis* asociando TEP y nódulos pulmonares cavitados. En la ecocardiografía se confirma la presencia de dos masas grandes sobre válvula tricúspide (35 × 12 mm y 22 × 8 mm), sugestivas de verrugas endocárdicas, que conducían a una insuficiencia moderada-grave y FOP. Se realizó una sustitución valvular tricúspide por prótesis mecánica y cierre de FOP. *De visu*, se evidencian una válvula muy desestructurada, imposibilitando su reparación y dos masas polipodes (velo anterior y posterior) que implosionan de material trombótico organizado sobreinfectado, si bien, *a posteriori* se descarta la presencia de trombo. Evolucionó favorablemente, completando ciclo antibiótico previo al alta. En el ingreso previo, requirió implante de ECMO veno-venoso urgente, durante 8 días, por insuficiencia respiratoria aguda grave refractaria a ventilación mecánica invasiva y destacamos una infección urinaria por *E. faecalis*; que nos hizo sospechar la posibilidad de trombosis sobre válvula tricúspide tras ECMO veno-venoso con posterior infección por *E. faecalis*.

Conclusiones: La cirugía está indicada por la gravedad de la insuficiencia tricúspide, el tamaño de las masas y la presencia de FOP. El paciente superó en menos de un año tres amenazas vitales: neumonía aguda grave por SARS-CoV-2, implante de ECMO veno-venoso urgente y endocarditis tricúspide con FOP.

P-1643669756.

TAPONAMIENTO CARDIACO SECUNDARIO A NEUMOPERICARDIO EN NEUMONÍA POR COVID-19

M. Martín García, M. Castro Pinto, A. Blandino Ortiz, C.B. Torres Terrero, J. Mígelena Hycka, J. López Menéndez, R. Muñoz Pérez y J. Rodríguez-Roda Stuart

Hospital Ramón y Cajal.

Objetivos: El taponamiento cardiaco es una de las patologías cardiacas más graves y precisa un diagnóstico y tratamiento precoces. La mayoría de los casos es debido al acumulo de líquido en el espacio pericárdico secundario a traumatismos, roturas cardiacas o enfermedades sistémicas (cáncer, infecciones, insuficiencia cardiaca...). El taponamiento cardiaco secundario al acúmulo de aire en el pericardio, neumopericardio, es una afección muy poco frecuente.

Métodos: Presentamos el caso de una mujer de 57 años hipertensa y trasplantada renal que ingresa por neumonía bilateral por SARS-CoV-2 precisando intubación y ventilación mecánica. La paciente desarrolló posterior un taponamiento cardiaco secundario a insuficiencia cardiaca por fracaso renal agudo tratado mediante pericardiocentesis. Posteriormente, presenta neumotórax bilateral con necesidad de colocación de tubos de tórax en ambas pleuras. Una semana después, sufre un episodio de desaturación acompañado de taquicardia e hipotensión.

Resultados: Se realiza radiografía de tórax donde destaca la aparición de un neumopericardio, y TAC de tórax para descartar complicaciones asociadas confirmándose la presencia de un neumopericardio de hasta 3,5 cm de espesor con compresión de cavidades derechas y asociado a neumomediastino. Se realiza ecocardiograma transesofágico que confirma la presencia de aire en el pericardio y el compromiso hemodinámico y se procede a efectuar una pericardiocentesis guiada por ecocardiograma con drenaje completo del aire y resolución del taponamiento. Finalmente tras descartar otras causas, se consideró que se trataba de un neumopericardio secundario a ventilación mecánica con presión positiva.

Conclusiones: El neumopericardio es una patología poco frecuente asociada normalmente a perforación de vísceras huecas o traumatismos y con escasa repercusión clínica. El tratamiento suele ser conservador, con medidas de soporte vasoactivo, con resolución espontánea del cuadro. Sin embargo, no debemos olvidar que puede

convertirse en una patología grave llegando a ocasionar un taponamiento cardiaco que precise un tratamiento evacuador del aire de forma urgente.

P-1644879615.

TECNOLOGÍA DE IMPRESIÓN 3D SEGÚN PATOLOGÍA Y COSTE/EFICACIA

R. Voces Sánchez, C. Pérez Martínez, A. Gandiaga Mandiola, R.I. García Fernández, P. Pérez Fernández, D. Rodríguez Monasterio, I. Sauregui Monasterio y C. del Amo Mateo

Hospital Universitario de Cruces.

Objetivos: Existen diferentes tecnologías de impresión tridimensional, las compararemos según las patologías en las que son empleadas en nuestro centro: miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MHO), restauración ventricular (RV), implante de prótesis endovascular (IPE), buscando la óptima relación coste-efectividad

Métodos: Comparamos los modelos impresos con tecnología FDM (*fused deposition modeling*), SLA (estereolitografía), MJ (*material jetting*) en las patologías mencionadas. El equipo de impresión (radiólogo, cardiólogo, ingeniero, cirujano) definió diez propiedades del modelo: rapidez/fiabilidad, tamaño, resolución, elasticidad/resistencia, estabilidad estructuras, policromía, transparencia, practicabilidad, grafismo, biocompatibilidad; cada una se calificó de 0 a 3 (0 ausente, 1 mínimo, 2 intermedio, 3 óptimo) según la tecnología. Por patologías, el equipo quirúrgico clasificó las propiedades en: fundamentales, accesorias o innecesarias; fundamentales puntuaban doble y su ausencia excluía la tecnología, accesorias se sumaban al valor de las fundamentales, las innecesarias no puntuaban. El coste de impresión fue la suma de: material de impresión, dispositivo-mantenimiento, procesado (radiólogo e ingeniero); calculamos un factor corrector en base a su proporcionalidad de coste que se aplicó al valor de las propiedades.

Resultados: Comparamos un total 78 modelos tridimensionales en 49 intervenciones: 29 MHO, 13 RV, 7 IPE. El coste total por caso fue: FDM 140€; SLA 254€; MJ 512€. El valor global de las tecnologías de impresión: FDM 9 SLC 20 MJ 25. Valores ajustados por patologías: MHO (FDM 9, SLA 29, MJ 35); RV (FDM 9, SLA 19, MJ 36); IPE (FDM 7, SLA 21, MJ 30). Valores ajustados por patologías y corregidos por coste: MHO (FDM 9, SLA 16,1, MJ 9,7); RV (FDM 9, SLA 10,5, MJ 10); IPE (FDM 7, SLA 11,6, MJ 8,3). FDM fue excluida por carecer de propiedades fundamentales en RV e IPE.

Conclusiones: La mejor relación coste-efectividad en las tres patologías fue la SLA. En MHO el equipo quirúrgico calificó FDM igual de eficaz que SLA; en RV prefirió MJ.

P-1643543689.

TROMBÓLISIS DIRIGIDA POR CATÉTER EN ISQUEMIA AGUDA DE EXTREMIDADES INFERIORES, SECUNDARIA A LA INFECCIÓN POR COVID-19

L. Alfonso Colomer, R. Aranda Domene, J. García-Puente del Corral, A. Salazar Nicolas, C. Miñano Frutos, J.M. Arribas Leal, F. Gutiérrez García, J.A. Moreno Moreno, M. Lorenzo Díaz, M. Fernández Molina, A. Jiménez Aceituna, J.M. Aguilar Jiménez, J. Pérez Andreu, R. Taboada Martín y S.J. Cánovas López

Hospital Virgen de la Arrixaca.

Describimos uno de los primeros casos de manejo endovascular exitoso de la isquemia arterial aguda de las extremidades inferiores que se desarrolló en un joven previamente sano después de sufrir la enfermedad aguda y los cambios pulmonares consistentes con COVID-19. La incidencia de complicaciones tromboembólicas en pacientes con COVID-19 es de hasta 35-45%. Varón ingresado

por dolor en pierna izquierda y dificultades respiratorias, con resultado negativo en la prueba proteína C reactiva (PCR) de SARS-CoV-2. La radiografía de tórax y el angiograma por tomografía computarizada (AngioTC) mostraron características propias de la COVID-19. Los síntomas respiratorios se resolvieron rápido, mientras que su pierna empeoró. Diagnosticado de isquemia arterial aguda y el AngioTC arterias periféricas reveló una oclusión arterial. Fue tratado con trombólisis dirigida por catéter, lo que logró una revascularización exitosa con una recuperación completa. La enfermedad por coronavirus 2019 es una enfermedad protrombótica debido al síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y puede predisponer a los pacientes a trombosis arterial e isquemia aguda de las extremidades. La trombólisis dirigida por catéter multiperforado con uroquinasa es una modalidad exitosa en el tratamiento endovascular de la trombosis arterial secundaria a la infección por COVID-19, evitando así todas las complicaciones de la cirugía. La isquemia aguda de las extremidades puede desarrollarse tanto en la fase aguda como durante la fase de recuperación de una infección por COVID-19.

P-1643669525.

TUMOR CARDIACO BENIGNO DE GRAN TAMAÑO: HALLAZGO INCIDENTAL DE LIPOMA CARDIACO

A. Guevara Bonilla, C. Aguirre Ramón, P. M. Briz Echeverría, J.A. Rincón Almanza, M. Pérez Guillén, E. Tebar Boti y J. Martínez León

Hospital La Fe.

Objetivos: Los tumores cardíacos primarios son infrecuentes, siendo el 80% benignos. Entre ellos, el lipoma cardíaco representa el 8,4% de todos los tumores benignos, pudiendo tener una localización intracardiaca (53,1%), pericárdica (32,5%) o intramiocárdica (10,7%). Presentamos un paciente con hallazgo incidental de lipoma cardíaco de gran tamaño y aneurisma de aorta ascendente.

Métodos: Varón de 70 años, hipertenso, con obesidad mórbida y EPOC. Que tras accidente de tráfico se observa masa paracardiaca y aneurisma de aorta ascendente (AA) en TAC. El ecocardiograma transtorácico mostraba dilatación de AA y masa adyacente al ventrículo izquierdo, extrapericárdico, sin datos de taponamiento. La resonancia cardíaca presentaba aneurisma de AA (53 × 57 mm) y masa paracardiaca izquierda (14,4 × 12,8 × 7,2 cm) de componente grasa, que se extiende por la arteria pulmonar y venas pulmonares. El angioTAC mostraba gran masa en ángulo costofrénico izquierdo, con focos de necrosis grasa y dilatación de AA (56 mm) con unión sinotubular conservada. Se realiza biopsia de masa a través de cuarto espacio intercostal, con estudio anatomopatológico compatible con lipoma con áreas de esteatonecrosis. Ante hallazgos, se realiza sustitución de aorta ascendente por tubo supracoronario y exéresis de masa (850 g) bajo circulación extracorpórea.

Resultados: En el posoperatorio presentó encefalopatía metabólica resuelta sin complicaciones, con evolución favorable posterior. El ecocardiograma control no mostró masas residuales ni derrame pericárdico. El estudio anatomopatológico mostró un lipoma cardíaco.

Conclusiones: Los lipomas cardíacos son tumores muy infrecuentes y de hallazgo generalmente incidental. Mayormente asintomáticos a pesar del gran tamaño que pueden llegar a alcanzar (2/3 del tórax). Aun cuando pueda presentarse como una grasa masa, es rara la compresión cardíaca que conlleve a la clínica de taponamiento o de insuficiencia cardíaca. Una vez diagnosticado el tratamiento consiste en la exéresis para evitar complicaciones mecánicas: Obstrucción de tractos de salida, embolismos, arritmias y taponamiento... siendo todos estos potencialmente mortales.

P-1643648445.

UN EXTRAÑO CASO DE PERFORACIÓN CRÓNICA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO POR UN ELECTRODO DE MARCAPASOS DE FIJACIÓN ACTIVA

C. Pradas Irun¹, P.E. Álvarez Navarro¹, B. Romero Ferrer³, D. Padrol Bages² y C. Muñoz Guijosa³

¹Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. ²Hospital Universitario Son Espases. ³Hospital Germans Trias i Pujol.

Introducción: La perforación de una cavidad cardíaca por un electrodo es una complicación potencial y reconocida que puede suceder durante el implante del marcapasos. Las tasas de eventos publicadas oscilan entre el 0,1% y el 0,8%. La mayoría de las perforaciones se diagnostican durante el implante del dispositivo o en fase aguda, aunque también se han reportado perforaciones subagudas y crónicas. La perforación crónica, se define como la migración y perforación de un electrodo implantado pasado un mes del implante del dispositivo.

Caso clínico: Presentamos una paciente de 81 años con antecedentes de fibrilación auricular paroxística y enfermedad del nodo sinusal sometida a un implante rutinario de marcapasos (Boston VVIR a 60 bpm) 3 años antes. Acudió a urgencias tras un cuadro vaso-vagal con pérdida de conocimiento y posterior astenia y disnea. La analítica mostró anemia grave. Una angiotomografía objetivó hemotórax con desplazamiento de estructuras mediastínicas y migración del electrodo a través del ápex ventricular, el pericardio y la pleura izquierda. Se realizó cirugía emergente en la que se observó una perforación del ventrículo izquierdo entre la arteria coronaria descendente anterior y una arteria diagonal. Tal y como se apreciaba en las pruebas de imagen, el electrodo, penetraba en la pleura izquierda a través de múltiples adherencias fibrosas que unían el epicardio y el pericardio; como resultado, el sangrado se había producido hacia la pleura izquierda y no en pericardio. Se extrajo el electrodo y se reparó el ventrículo. Se reimplantó un electrocatéter epicárdico en el ventrículo derecho. Se drenó un hemotórax de 2.800 cc. No hubo complicaciones durante la cirugía ni el posoperatorio y la paciente se fue de alta sin incidencias a domicilio. La rareza de este caso se basa en la perforación excepcional del ventrículo izquierdo y la cronicidad en la aparición de la sintomatología, puesto que, pasado el año, la aparición de esta complicación, es remota.

Asistencia y trasplante cardíaco

P-1643659843.

ASISTENCIA CIRCULATORIA CON SISTEMA DE OXIGENACIÓN CON MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO) COMO PUENTE PARA EL TRATAMIENTO DEFINITIVO DE COMPLICACIONES MECÁNICAS POST-IAM

C. Salmerón Menéndez, D. Hernández-Vaquero Panizo, A.E. Escalera Veizaga, A. Morales Linares, R. Díaz Méndez, M.P. Mencía Bajo, C. Morales Pérez, R. Álvarez Cabo, F. Callejo Magaz, J.C. Llosa Cortina, B. Meana Fernández y J. Silva Guisasaola

Hospital Universitario Central de Asturias.

Objetivos: Valorar la utilización de la asistencia circulatoria mecánica tipo ECMO venoarterial en una serie de 8 pacientes con complicación mecánica post-IAM, como terapia puente al tratamiento definitivo (reparación quirúrgica y/o trasplante cardíaco).

Métodos: Estudio descriptivo de una serie de 8 casos. Se revisaron los pacientes con diagnóstico de complicación mecánica post-IAM a los que se implantó una asistencia tipo ECMO venoarterial. El período del estudio fue desde enero de 2016 hasta enero de 2022. Todos

los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica del Centro hospitalario. Se recogieron las características generales de los pacientes, así como diversos parámetros clínicos y hemodinámicos: EuroScore II, tipo de complicación mecánica, localización del IAM, dispositivos de asistencia mecánica empleados, técnica quirúrgica realizada.

Resultados: La edad media de los pacientes fue 65,8 años, y solamente 1 era de sexo femenino. El EuroScore II al ingreso fue superior al 10% en 6 de los 8 pacientes (riesgo elevado). Las complicaciones mecánicas observadas fueron: CIV en 7 pacientes, y una rotura contenida en la pared inferior del ventrículo izquierdo. Todos los pacientes precisaron apoyo hemodinámico con BCIAo previo a la ECMO. 3 pacientes fueron admitidos en alerta 0 para trasplante cardíaco por la complejidad de sus lesiones y/o su deterioro hemodinámico. La estancia media hospitalaria fue de 44,3 días. La mortalidad global fue del 25% (2 fallecimientos, ambos posteriores al acto quirúrgico). En el seguimiento a medio plazo de los supervivientes al período posoperatorio, se obtiene una supervivencia del 100% con una media de seguimiento de 49,8 meses.

Conclusiones: En los pacientes con complicaciones mecánicas post-IAM la asistencia con ECMO venoarterial es posible y segura como terapia puente hasta el tratamiento quirúrgico definitivo.

P-1642157949.

DISECCIÓN DE AORTA ASCENDENTE EN UN CORAZÓN TRASPLANTADO

A. Muinelo Paul, J.J. Cuenca Castillo, V.X. Mosquera Rodríguez, B. Oujo González, M. García Vieites, L. Fernández Arias, M.C. Iglesias Gil, J.M. Martínez Comendador, C. Velasco García de Sierra y F. Estévez Cid

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Introducción: La disección de aorta en un corazón trasplantado es una complicación muy infrecuente del trasplante cardíaco. En los casos descritos, la disección se limita a la aorta del donante hasta la línea de sutura. Presentamos un caso manejado por primera vez con una prótesis aórtica sin sutura y tubo de dacrón supracoronario en aorta ascendente.

Objetivos: Describir el manejo e intervención quirúrgica de disección de aorta ascendente en un paciente trasplantado de corazón.

Métodos: Paciente varón de 34 años que en marzo del 2000 recibe trasplante cardíaco ortotópico mediante técnica bicava por miocardiopatía dilatada con buena evolución postrasplante. Ingresó en junio de 2021 por disnea de esfuerzo de meses de evolución siendo diagnosticado de insuficiencia cardíaca por disección de aorta ascendente (hasta sutura aórtica). En ecocardiograma se ve insuficiencia aórtica grave motivada por disección a nivel de raíz aórtica. En TAC se observa *flap* intimal espiroideo que se origina en raíz de aorta y llega a región media-distal de aorta ascendente y dilatación de aorta ascendente (49 mm). No se objetivaron anomalías en arterias coronarias en TAC.

Resultados: Se decide intervención quirúrgica en la que se realiza recambio valvular aórtico por prótesis biológica sin sutura (Perceval XL) y sustitución de aorta ascendente supracoronaria por tubo de dacrón de 28 mm. Cirugía sin incidencias. En el posoperatorio previo a alta se realizaron TAC que no mostraron fugas de contraste a nivel de anastomosis de tubo protésico y ecocardiograma transtorácico visualizándose la prótesis valvular normofuncionante.

Conclusiones: La presentación de disección aórtica en un paciente previamente trasplantado de corazón es algo inusual. La disección originada en la aorta del injerto se contuvo hasta la sutura aórtica, no progresando por el tejido vascular del receptor. El manejo quirúrgico con prótesis biológica sin sutura y tubo de dacrón supracoronario ofreció buenos resultados clínicos y radiológicos.

P-1644954413.

EL BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN COMO PUENTE AL TRASPLANTE CARDIACO. ¿SIGUE SIENDO ÚTIL?

P. Carrera Vázquez, C. Ridings Figueroa, M.V. Groba Marco, M. Galván Ruíz, J.L. Romero Luján, S. Urso, F. Portela Torró, S. Hípola Escalada, O.I. Jiménez Merino y S. Ruíz Santana

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

Introducción y objetivos: El balón de contrapulsación intraaórtico (BCPIAo) es un tipo de asistencia circulatoria temporal empleado en pacientes en *shock* cardiogénico. Otra de sus indicaciones, más cuestionada hoy en día, es como puente al trasplante cardíaco (TxC). El propósito de esta revisión es describir una serie de casos de pacientes con BCPIAo previo a TxC y sus resultados.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo, retrospectivo y unicéntrico de una serie de pacientes con BCPIAo incluidos en lista de espera (LE) para TxC entre diciembre 2019 y enero 2022.

Resultados: Se analizaron nueve pacientes (26,4% de los pacientes en LE) con edad media 58,5 (DE \pm 6,4 años), siendo ocho varones. Seis pacientes se trasplantaron de forma electiva y uno en urgencia cero. Dos pacientes fueron excluidos de LE, uno por mejoría clínica y otro por situación fútil. La mediana (RIQ) con BCPIAo pretrasplante fue 11 días (4;36) y la mediana(RIQ) en LE 43 días (1;79). Siete pacientes llegaron al TxC con BCPIAo; cinco estaban en LE previamente a su inserción y dos fueron incluidos tras su implante. Cinco permanecieron con BCPIAo tras el TxC, con tiempo medio 1,3 (DE \pm 1,1 días). Los eventos adversos más frecuentes fueron el sangrado del acceso vascular (29%), la insuficiencia renal que requirió terapia renal sustitutiva (24%) y las infecciones (18%). En dos pacientes se retiró el BCPIAo (uno por isquemia de miembro inferior y otro por fiebre), mientras que en otros dos se reemplazó en tres ocasiones (dos por infección y otra por sangrado). Todos los trasplantados permanecen vivos.

Conclusiones: El BCPIAo podría ser una opción factible como puente al TxC con resultados aceptables, si bien las complicaciones son proporcionales al tiempo en LE. La situación hemodinámica del paciente y los tiempos en LE parecen marcar el resultado del empleo del BCPIAo como puente al TxC.

P-1643653483.

ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE ECMO VA EN SHOCK POSCARDIOTOMÍA: FACTORES ASOCIADOS A SUPERVIVENCIA

J.A. Rincón Almanza, I. Zarragoikoetxea, P.J. Martínez, P.M. Briz Echeverría, C. Aguirre Ramón, S. Torregrosa Puerta, M. Pérez Guillén y J. Martínez León

Hospital La Fe.

Objetivos: Describir la población con ECMO VA en shock poscardiotomía en un hospital terciario y factores asociados a supervivencia.

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico. Se incluyeron pacientes con ECMO VA por *shock* poscardiotomía entre 2007 y 2021, en el Hospital La Fe. Las variables continuas se expresan como media o mediana en función de la normalidad de la distribución; las variables categóricas como número total y porcentajes. Los datos se analizaron mediante t-test para muestras independientes, U de Mann-Whitney, y test χ^2 .

Resultados: 129 pacientes requirieron implante de ECMO VA por *shock* poscardiotomía. La distribución fue: 2007-2011 n = 16, 2012-2017 n = 55 y 2018-2021 n = 58. La supervivencia hospitalaria fue 37,98%. La mediana de edad en el implante fue de 61 años [53,98-69,14]. Los sobrevivientes fueron más jóvenes (58,50 vs. 62,88 p = 0,031). El 31,8% eran mujeres con una supervivencia global de 29,27. En hombres fue del 42,04% y 30% respectivamente. La distribución por cirugías fue: revascularización coronaria 18,6%, sustitución valvular aórtica 9,3%, sustitución/reparación mitral 12,4%, cirugía val-

vular múltiple 7,0%, cirugía combinada 14,7%, cirugía sobre aorta 18,6%, miscelánea 19,4%. Sin diferencias estadísticamente significativas de supervivencia según tipo de cirugía, cirugía combinada tuvo menor supervivencia (27,77%). No existieron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de asistencia con ECMO. La ECMO VA implantada > 24h tras la cirugía la supervivencia fue del 25%.

Conclusiones: Nuestro centro ha aumentado progresivamente el implante de ECMO en los últimos 15 años, con resultados similares a un metanálisis reciente con una supervivencia al alta del 34%². Los pacientes > 69 años y las mujeres tuvieron menor supervivencia², así como aquellos que se sometieron a cirugía combinada. El tiempo de asistencia no influyó en la supervivencia. El implante tardío > 24 h tras cirugía presentó mayor mortalidad que la cohorte global, similar a otros trabajos¹. La valoración de las características de los candidatos, así como del momento del implante son aspectos fundamentales para optimizar los resultados.

Bibliografía

1. Lorusso R, et al. 2020 EACTS/ELSO/STS/AATS expert consensus on post-cardiotomy extracorporeal life support in adult patients. *Eur J Cardio-Thoracic Surg.* 2021;59(1):12-53.
2. Wang L, Wang H, Hou X. Clinical outcomes of adult patients who receive extracorporeal membrane oxygenation for postcardiotomy cardiogenic shock: a systematic review and meta-analysis. *J Cardiothoracic Vascular Anesth.* 2018;32(5):2087-93.
3. Mariscalco G, et al. Duration of venoarterial extracorporeal membrane oxygenation and mortality in postcardiotomy cardiogenic shock. *J Cardiothoracic Vascular Anesth.* 2021;35(9):2662-8.

P-1643661753.

EXPERIENCIA DEL USO ECMO EN PATOLOGÍA ASOCIADA A COVID19 DESDE EL INICIO DE LA PANDEMIA EN ESPAÑA

J.A. Rincón Almanza, C. Domínguez Massa, P.M. Briz Echeverría, C. Aguirre Ramón, J. Sirgo González y J. Martínez León

Hospital La Fe.

Objetivos: Describir las características generales de la población de ECMO VA y VV en patología asociada a COVID-19 durante la pandemia en un hospital terciario y factores asociados a supervivencia.

Métodos: Análisis retrospectivo unicéntrico. Se incluyeron pacientes con ECMO VA y VV por diagnóstico de COVID-19 entre 2020 y 2021, colocados por la unidad de ECMO del Hospital La Fe. Descripción demográfica, mortalidad y complicaciones.

Resultados: 32 pacientes requirieron implante de ECMO. 30 (93,75%) con ECMO VV por insuficiencia respiratoria y 2 (6,25%) VA por asistolia por TEP y por miocarditis secundaria a COVID. 26 (81,25%) hombres y 6 (18,75%) mujeres, con IMC media 31,5 y mediana 31,1. La supervivencia hospitalaria fue 34,3%. La mediana de edad en el implante fue de 48 años. El tiempo promedio de intubación orotraqueal previo a la implantación del ECMO fue de 4 días. El tiempo medio de tratamiento con ECMO fue de 15 días (mediana 21). En 26 de los 30 pacientes con ECMO VV se utilizó canulación venosa femoro-yugular percutánea. Los cuatro restantes femoro-femoral. Uno de los pacientes requirió paso a ECMO VAV, por disfunción de ventrículo izquierdo. En un caso con ECMO VA, se utilizó descarga de ventrículo izquierdo con Impella. El *shock* séptico y la hipoxemia refractaria fueron las principales causas de mortalidad. En 6 pacientes se evidenciaron complicaciones por sangrado (4 hemorragias pulmonares/bronquiales, 2 sangrado gastrointestinal, 1 sangrado cerebral).

Conclusiones: La mortalidad y las complicaciones asociadas al uso de ECMO en pacientes con COVID-19 es significativa con respecto a otras series reportadas desde el inicio de la pandemia. Sin embargo, las características demográficas parecen ser similares, con menor incidencia de complicaciones hemorrágicas con respecto a otras series.

Bibliografía

1. Kakar V, North A, Bajwa G, Raposo N, Kumar PG. Long Runs and Higher Incidence of Bleeding Complications in COVID-19 Patients Requiring Venovenous Extracorporeal Membrane Oxygenation: A Case Series from the United Arab Emirates. *Indian J Crit Care Med.* 2021;25(12):1452-8.

P-1643491368.

EXPERIENCIA INICIAL EN ASISTENCIA CIRCULATORIA TIPO ECPPELLA

P. Briz Echeverría, C. Domínguez Massa, M. Pérez Guillén, S. Torregrosa Puerta, T. Heredia Cambra, J. Sirgo González, A. Guevara Bonilla, J.A. Rincón Almanza, C.M. Aguirre Ramón, E. Tebar Boti, I. Martín González, F.J. Valera Martínez, M.J. Dalmau Sorli y J. Martínez León

Hospital La Fe.

Introducción y objetivos: La asistencia con ECMO venoarterial se utiliza cada vez más para el tratamiento del *shock* cardiogénico, ya que mejora la perfusión tisular. Sin embargo, aumenta la poscarga y puede provocar sobrecarga y dilatación del ventrículo izquierdo. El implante concomitante de un dispositivo Impella puede corregir la sobrecarga ventricular izquierda, favoreciendo la recuperación miocárdica. Se presenta la experiencia inicial del uso de ECPPELLA en nuestro centro.

Métodos: Durante el año 2021, se ha implantado ECPPELLA en 6 pacientes. En 5, se implantó el Impella tras asistencia previa con ECMO venoarterial por requerir descarga del ventrículo izquierdo; hubo 1 caso de asistencia inicial con Impella y posterior implante de ECMO venoarterial por disfunción ventricular derecha asociada. La edad media fue de 51,5 años. No hubo diferencias de género. La etiología más frecuente de la insuficiencia cardiaca fue la miocardiopatía isquémica (50%), seguido de la miocarditis (33%).

Resultados: La asistencia con ECPPELLA se implantó como puente a recuperación en 4 pacientes, como puente a trasplante en 1 y como puente a terapia de destino en 1. El éxito de la estrategia en el puente a trasplante y puente a terapia de destino fue del 100%, pero en el puente a recuperación fue del 50%. No obstante, la mortalidad hospitalaria global fue del 50%.

Conclusiones: Existe evidencia que apoya la asociación de dispositivos para mejorar la hemodinámica y evitar complicaciones, como la estrategia ECPPELLA. Los resultados iniciales de su uso en nuestro centro son esperanzadores, con una mortalidad menor a la descrita en la literatura y un beneficio principalmente de la estrategia puente a trasplante o a terapia de destino.

P-1644966200.

EXPERIENCIA INICIAL EN TERAPIAS DE SOPORTE CIRCULATORIO MECÁNICO

I. Hidalgo Torrico, D. Fletcher Sanfeliu, D. Padrol Bages, R. Tarrío Fernández, F. Enríquez Palma, G. Ventosa Fernández, L. Vidal Bonet, R.L. Barril Baixeras y J.I. Saéz de Ibarra Sánchez

Hospital Universitario Son Espases.

Objetivos: Analizar los casos que han requerido asistencia circulatoria mecánica (ACM) desde el inicio del programa en nuestro centro.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes que recibieron cualquier tipo de ACM entre enero 2017 y enero 2022.

Resultados: Se implantaron 25 ECMO-VA (oxigenación con membrana extracorpórea venoarterial) Las indicaciones fueron *shock* cardiogénico refractario (10 pacientes), poscardiotomía (9 pacientes) y ECMO en reanimación cardiopulmonar (ECMO-RCP) (6 pacientes). La edad media fue 49,5 años (53,8% hombres). En 92,3% la canulación

fue periférica y 7,7% central. Un paciente requirió cambio de configuración por isquemia de extremidad. Como método de descarga del ventrículo izquierdo (VI) se usó balón de contrapulsación (19 pacientes) o vent apical (4 pacientes). Los tiempos medios de terapia fueron 6,6 días (rango 0-13). 10 pacientes presentaron complicaciones hemorrágicas, 4 complicaciones isquémicas y 7 presentaron trombocitopenia inducida por heparina. La mortalidad hospitalaria fue 57,7%, destacando un 100% en ECMO-RCP. La supervivencia actual fue 42,3%. En el 63,6% la función ventricular mejoró en el seguimiento. Se implantaron 4 dispositivos HeartMate3 desde octubre2020 en pacientes con miocardiopatía hipertrófica o dilatada que se encontraban en INTERMACS 3 y 4. La edad media fue 62 años y poner el EuroScore Log y II. En 3 pacientes se implantó como terapia de destino y en 1 puente a decisión. La estancia media en UCI y hospitalaria fue 7 y 24 días. No hubo ningún evento mayor cardiovascular durante el ingreso ni seguimiento. La supervivencia a 16 meses fue del 100%.

Conclusiones: Las terapias de ACM tanto de corta como de larga duración han posibilitado la supervivencia de pacientes en situación cardiológica extrema o terminal. La ECMO-RCP continúa presentando una elevada mortalidad siendo fundamental una adecuada selección de candidatas. La experiencia inicial con HeartMate3 en nuestro centro presenta resultados alentadores.

P-1644968013.

IMPLANTE DE ECMO VENO-VENOSO EN PANDEMIA COVID

I. Hidalgo Torrico, D. Fletcher Sanfeliu, D. Padrol Bages, F. Enríquez Palma, R. Tarrío Fernández, G. Ventosa Fernández, L. Vidal Bonet, R.L. Barril Baixeras y J.I. Saéz de Ibarra Sánchez

Hospital Universitario Son Espases.

Objetivos: Evaluar los resultados de la terapia ECMO veno-venosa (V-V) en pacientes COVID-19 en nuestro centro.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes en los que se implantó ECMO V-V por neumonía COVID 19 entre marzo de 2020 y enero de 2022.

Resultados: Se implantaron un total de 24 ECMO V-V. El 62,5% fueron hombres y el 41,6% tenían antecedentes de obesidad. El acceso más utilizado fue femoro-yugular derecho (91,6%), seguido del femoro-femoral. El 70% de los pacientes sufrieron complicaciones. La más frecuente fue la trombocitopenia inducida por heparina en el 41,6%, seguida del sangrado en el 29,1%. La mortalidad hospitalaria fue del 37,5%.

Conclusiones: La terapia ECMO V-V es una técnica eficaz para garantizar la oxigenación en pacientes con neumonía COVID y síndrome de distrés respiratorio del adulto refractario. La mortalidad intrahospitalaria no es despreciable y se asocia especialmente a la aparición de complicaciones hemorrágicas y trombóticas.

P-1643305363.

MEJORANDO LA PROTECCIÓN MIOCÁRDICA DEL CORAZÓN DONADO

A. Eixeres Esteve, E.M. Pérez de la Sota, C. Barajas Díaz, Carolina, V. Benito Arnaiz, S. Torres Llaque, M.J. López Gude, J.E. Centeno Rodríguez, E.M. Aguilar Blanco y J.M. Cortina Romero

Hospital Doce de Octubre-Adultos.

Objetivos: El tiempo máximo aceptado de protección del corazón donado se limita a 6 horas utilizando isquemia fría con soluciones de preservación y transporte estándar en hielo. Un mejor control de la temperatura durante la isquemia fría podría disminuir el daño cardíaco y el fallo primario del injerto.

Métodos: Analizamos retrospectivamente 19 casos de preservación del corazón donado desde 2018 utilizando el SherpaPak™ CTS. El al-

macenado y transporte se realizó en dos recipientes rígidos estériles, con el corazón suspendido por la aorta y sumergido en una solución fría de Celsior®; posteriormente se introdujeron en un contenedor de transporte rodeados de paquetes de gel a -20 °C para un enfriamiento homogéneo del órgano. El dispositivo realiza una medición continua y permite una visualización en tiempo real de la temperatura durante el transporte.

Resultados: La edad media de los receptores fue 49,4 años, 58% se trasplantaron en urgencia 0 y 53% presentaba cirugía cardíaca previa. La distancia media al centro ofertador fue 723 ± 1.330 km (4 en las Islas Canarias). El tiempo medio de isquemia fría fue superior a 5 horas (316 ± 107 minutos) con un tiempo de transporte intradispositivo de 184,5 ± 88 minutos. Durante el almacenamiento se objetivó una temperatura media del corazón de 8,15 ± 2,6 °C. Dos pacientes precisaron ECMO en el posoperatorio inmediato, con recuperación del injerto en el seguimiento. Dos pacientes fallecieron en el posoperatorio de causa no cardíaca y el resto fue dado de alta de manera exitosa (estancia hospitalaria: 24 días, RIQ: 17-35). Con una mediana de seguimiento de 199 días (RIQ 72-866), la función biventricular es normal y sin rechazo crónico.

Conclusiones: El SherpaPak™ proporciona una temperatura de almacenamiento fiable y clínicamente adecuada, incluso con tiempos de isquemia largos. Esto puede resultar especialmente útil en caso de transporte en largas distancias o receptores complejos con tiempos de cirugía prolongados.

P-1643660772.

MODIFICACIÓN EN EL PERFIL DEL DONANTE-RECEPTOR CARDÍACO EN LOS ÚLTIMOS 30 AÑOS

M.Y. Villa Gallardo¹, G.P. Cuerpo Caballero¹, A. Pedraz Prieto¹, C. Ortiz Bautista², M.J. Valero Masa¹, U.M. Murgoitio Esandi¹, C. García Mere¹, S. Solís Gallego¹, L. Díaz Calvo¹, R.H. Rodríguez-Abella González¹, D. Monzón Díaz¹, F.J. Rodríguez Lega¹, M. Ruíz Fernández¹, R. Fortuny Ribas¹ y A. González Pinto¹

¹Hospital General Gregorio Marañón. ²Cardiología, Hospital General Gregorio Marañón.

Introducción: La insuficiencia cardíaca constituye la principal causa de muerte global en el mundo. El trasplante cardíaco (TC) continúa siendo la solución más efectiva a largo plazo en términos de supervivencia y calidad de vida. Cambios en el perfil del donante y el auge de las asistencias ventriculares son algunos de los factores que se han modificado en los últimos años. Presentamos un análisis de nuestra serie de TC desde un punto de vista histórico.

Métodos: Entre el 02-08-1988 y 24-12-2021 se realizaron en nuestro servicio 657 TC. Se dividió la muestra en dos cohortes históricas: los primeros 17 años (1988-2005): CO = 370; y últimos 15 años: 2006-2021: C1 = 287. Por un lado, analizamos el sexo, edad y tiempo de isquemia como factores relacionados con el donante; por otro, analizamos el grado de urgencia, la presencia o no de asistencia ventricular y los casos de retrasplante como factores relacionados con el receptor.

Resultados: Se incrementó el número de mujeres dentro de los donantes (CO: 30,5% vs. C1: 37,3%). Destaca el incremento en la edad media del donante (CO: 30,4 años vs. C1: 39,9 años; p: 0,000). También se observa un aumento en los TC urgentes (CO: 25,9% vs. C1: 39%; p: 0,000) y tras asistencia (CO: 1,4% vs. C1: 26,5%; p: 0,000). El tiempo de isquemia se incrementó de manera significativa (CO: 180,6 min vs. C1: 222,6 min; p: 0,000) y disminuyeron los retrasplantes pasando del 7,6%:CO al 3,5%:C1; p: 0,026.

Conclusiones: La experiencia y disminución en el número de donantes ha cambiado el escenario del trasplante. Los donantes son más añosos, los tiempos de isquemia mayores y los pacientes con mucha más frecuencia llegan al TC tras asistencia. La mejoría en cuidados posopera-

torios, inmunosupresores y el aprendizaje han permitido sin duda mantener resultados ampliando el abanico del potencial donante.

P-1643661400.

NUEVOS RETOS EN EL USO DE LA TERAPIA ECMO: EL TRATAMIENTO DE LA SARS-COV-2

A. Donado Miñambres, A.M. Heredero Jung, M.P. Caderón Romero, R. Hernández Estefanía, L. Varela Barca y G. Aldámiz-Echevarría Castillo

Fundación Jiménez Díaz.

Objetivos: La pandemia por SARS-CoV-2 ha supuesto un reto a nivel mundial en el tratamiento de los pacientes que desarrollaban insuficiencia respiratoria grave, en la que la terapia ECMO ha jugado un papel importante, si bien sus indicaciones y resultados han ido evaluándose en las sucesivas olas y están por terminar de determinar.

Métodos: Presentamos nuestra casuística en el tratamiento de la SARS-CoV-2 mediante terapia ECMO, en 26 pacientes en dos centros. Se registraron los datos clínicos, analíticos y respiratorios preimplante, la duración de la terapia y las complicaciones acontecidas durante la misma, y la evolución de los pacientes tras la finalización del tratamiento.

Resultados: Se analizan los resultados de la terapia ECMO en 26 pacientes procedentes de 2 hospitales, con una edad media de 50 años. El 89% de las terapias fueron ECMO-VV. El 88% de los pacientes fueron varones. El 54% presentaba obesidad (IMC > 30). La duración media de la terapia fue de 19,85 días. La estancia media hospitalaria ha sido de 63,3 días. La tasa de mortalidad ha sido del 42,3%. El 53,84% de los pacientes han sido dados de alta hospitalaria, de ellos el 14% no presenta ningún tipo de secuela, el 57% presenta algún grado de deterioro funcional respiratorio y el 57% algún grado de deterioro funcional motor y/o secuelas neurológicas. Las complicaciones más frecuentes, 50% de los pacientes, han sido los sangrados y coagulopatías, que han sido también la causa fundamental de fallecimiento, junto con las infecciones.

Conclusiones: La terapia ECMO ha demostrado su relevancia en el tratamiento de los pacientes con enfermedad pulmonar severa por SARS-CoV-2, permitiendo la supervivencia de más del 50% de los pacientes tratados. El momento exacto de su implantación y las indicaciones están en revisión, para homogeneizarlas y crear un protocolo que ayude a mejorar los resultados.

P-1643660392.

OXIGENACIÓN DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA VENOARTERIAL COMO PUENTE A LA REPARACIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTES CON ROTURA DEL SEPTO INTERVENTRICULAR POSINFARTO

J. Tejero Gomis, A. Blasco-Lucas, M. Potocnik, K. Osorio Higa, D. Toral Sepúlveda, J.E. Toscano Fernández, F. Sbraga, D. Ortiz Berbel, A. Miralles Cassina, M.B. Cevallos Zambrano, L. Martínez-Sapiña Carro, A. Dantas Aveiro y M.V. Bogleione

Hospital Universitari de Bellvitge.

Objetivos: Aunque infrecuente, la rotura del septo interventricular posinfarto agudo de miocardio (RSV post-IAM) es una grave complicación con una elevada morbi-mortalidad. Recientemente se ha incrementado el uso de dispositivos de asistencia mecánica cardiocirculatoria para reducir la mortalidad asociada a la RSV post-IAM.

Métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes con RSV post-IAM a los que se les implantó una oxigenación de membrana extracorpórea venoarterial (ECMO VA) como puente a la reparación quirúrgica y soporte posoperatorio (ECMO pre-post) en nuestro centro. Se evaluó la supervivencia de este grupo de pacientes y se compararon los resultados de la estrategia tanto con los operados sin asistencia previa como con los no operados.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes diagnosticados de manera consecutiva de RSV post-IAM desde el año 2004 al 2022. De estos, 28 (63,6%) fueron reparados quirúrgicamente y 13 de ellos (46,4%, 13/28) fueron incluidos en la estrategia ECMO pre-post. Los tiempos medios en soporte hasta la cirugía y de toda la estrategia ECMO pre-post hasta la retirada del dispositivo fueron de $5,38 \pm 1,7$ días y $11,77 \pm 3,4$ días respectivamente. La mortalidad en soporte hasta la cirugía fue del 7,7% (1/13). Los pacientes incluidos en la estrategia ECMO pre-post presentaron mejoría de la función renal y hepática previo a la cirugía, así como una supervivencia intrahospitalaria significativamente mayor que los que se operaron sin ECMO previa y que los no operados (76,9%, 53,3% y 16,7% respectivamente; $p < 0,01$).

Conclusiones: La estrategia ECMO pre-post permitiría mejorar la supervivencia posoperatoria de la RSV post-IAM en determinados pacientes e incluso ofrecer la reparación a aquellos con shock cardiogénico más avanzado y de mayor riesgo.

P-1643222670.

PAPEL DE LA TERAPIA ECMO EN EL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO POR COVID 19. REVISIÓN DE NUESTRA SERIE DE CASOS

A. Guzón Rementería¹, G. Sánchez Espín², T. González Vargas¹, J.M. Villaescusa Catalán², J.M. Melero Tejedor² y C. Porrás Martín²

¹Hospital Regional Universitario. ²Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

Objetivos: Con este estudio pretendemos repasar nuestra serie de casos de pacientes con SDRA por COVID 19 a lo largo del año 2021 que han precisado de ECMO como soporte respiratorio.

Métodos: Nuestra serie de casos consta de 8 pacientes con SDRA por COVID 19 que han precisado ECMO veno-venosa como soporte respiratorio, adicional a la ventilación mecánica invasiva. La media de edad se sitúa en 49 años con una mediana de 40 años.

Resultados: Ninguno de los pacientes de nuestra serie presentaba enfermedad pulmonar grave previa ni hipertensión pulmonar primaria. Seis de ellos precisaron ventilación mecánica invasiva previa con uso de óxido nítrico. Las comorbilidades a destacar en nuestra serie fueron obesidad con IMC mayor de 30 en seis pacientes y DM en tres pacientes. No había antecedentes de tumores sólidos malignos, leucemia, fallo renal crónico, coagulopatías, trombopenias, accidentes cerebrovasculares, hepatopatía, ni patología cardiovascular. Ninguno de los pacientes presentó disfunción de ventrículo derecho tras la asistencia con ECMO V-V por lo que no se requirió la reconversión a terapia de asistencia ventricular. Solamente un paciente de la serie fue alta a domicilio, los siete pacientes restantes fueron *exitus*, el 100% de ellos en situación de asistencia respiratoria con un tiempo medio de 17 días hasta la fecha de defunción.

Conclusiones: Los resultados de nuestra serie han sido malos, si bien se trata de una serie pequeña, en un servicio con escasa experiencia en ECMO V-V y V-A y con pacientes con ventilación mecánica invasiva prolongada previa con daño pulmonar severo asociado al COVID 19 y a la propia intubación prolongada, como puede ser el barotrauma.

P-1641835132.

RESULTADOS DEL USO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA VENTRICULAR DE CORTA-MEDIA DURACIÓN COMO PUENTE AL TRASPLANTE CARDIACO

C. Domínguez Massa, M. Pérez Guillén, J. Sirgo González, P.M. Briz Echeverría, J.A. Rincón Almanza, C.M. Aguirre Ramón, T. Heredia Cambra, M.J. Dalmau Sorli, S. Torregrosa Puerta, I. Martín González, E. Tebar Boti, F.J. Valera Martínez y J. Martínez León

Hospital La Fe.

Introducción y objetivos: Evaluar el resultado del uso de dispositivos de asistencia ventricular de corta-media duración, tipo Centrimag e Impella, en pacientes en INTERMACS 1-3, como puente al trasplante cardiaco.

Métodos: Del 2015 al 2021, se implantaron 60 dispositivos de asistencia ventricular como puente a trasplante cardiaco: 53 Centrimag (8 fueron biventricular y 1 derecho, siendo el resto izquierdo) y 7 Impella para asistencia izquierda. De ellos, 20 casos estaban asistidos con ECMO previamente y se implantó el dispositivo como puente-al-puente (eran pacientes que se encontraban en INTERMACS 1, estando el resto en 2-3). La edad media fue 50,8 años. La mayoría eran hombres (86,7%). La etiología de la insuficiencia cardiaca predominante fue isquémica (43,3%), seguida de idiopática (30%).

Resultados: De los pacientes asistidos previamente con ECMO y posteriormente con dispositivo como puente-al-puente, llegaron al trasplante cardiaco 5 de 20 (éxito de la estrategia del 25%). En cambio, de los pacientes asistidos directamente con Centrimag o Impella llegaron 31 de 40 pacientes al trasplante cardiaco (éxito de la estrategia del 77,5%). La mortalidad global de los pacientes que se trasplantaron fue del 16,7% (siendo la mortalidad del total de la serie del 50%).

Conclusiones: La escasez de donantes y el tiempo en lista de espera está aumentando el número de candidatos a trasplante cardiaco asistidos con dispositivos de asistencia ventricular. Encontramos unos resultados aceptables en los pacientes asistidos con dispositivos directamente, en INTERMACS 2-3. En cambio, la asistencia previa con ECMO conlleva mayor riesgo.

P-1643637369.

SÍNDROME DE TAKOTSUBO TRAS CIRUGÍA MITRAL

L. Alfonso Colomer, J.M. Arribas Leal, A. Jiménez Aceituna, J. Pérez Andreu, R. Aranda Domene, J.A. Moreno Moreno, I. Garrido, A. Ortín, M. Fernández Molina, J.M. Aguilar Jiménez, M. Lorenzo Díaz, R. Taboada Martín, J. García-Puente Del Corral, F. Gutiérrez García y S.J. Cánovas López

Hospital Virgen de la Arrixaca.

Introducción: El síndrome de Takotsubo es una entidad poco frecuente que cursa con fracaso ventricular agudo. Pertenece a las miocardiopatías de estrés. Esta descrito en el posoperatorio de cirugía abdominal, pero hay poca experiencia de este síndrome en el posoperatorio de cirugía cardiaca. Presentamos una mujer de 48 años, en fibrilación auricular, con doble lesión mitral reumática que ingresó para reemplazo valvular mitral electivo. Se implantó una válvula mitral mecánica sin incidencias, la ETE intraoperatoria mostró normalidad de la prótesis y se terminó la CEC sin complicaciones. En el posoperatorio inmediato desarrolló un *shock* cardiogénico por disfunción del ventrículo izquierdo que no respondió a fármacos inotrópicos. En el ECG se observaban ondas T picudas en V2-V3 y el eco mostró disfunción del ventrículo izquierdo severa con hipocinesia difusa medio apical con contractilidad en los segmentos basales conservada. Ante esto se implanta una asistencia tipo ECMO veno-arterial. Después, se realizó una coronariografía que mostró coronarias normales. Al sexto día, tras cumplir criterios hemodinámicos y ecocardiográficos se retiró la ECMO periférica. Sin embargo, al poco tiempo la paciente presentó un deterioro hemodinámico progresivo, que obliga a implantar otra asistencia ventricular izquierda. Tras once días, la paciente se recuperó del *shock* cardiogénico. El ECG se normalizó y la ecocardiografía de control mostró recuperación parcial del VI. La paciente fue dada de alta al mes de la cirugía y se diagnosticó de una miocardiopatía de estrés tipo Takotsubo tras cirugía valvular mitral. A los tres meses la paciente se encuentra en clase I de la NYHA con FEVI del 55%.

Conclusiones: El síndrome de Takotsubo es un cuadro clínico poco frecuente pero grave. La cirugía cardiaca puede desencadenarlo, tras descartar lesión de las arterias coronarias o disfunción valvular. En este caso fueron necesarios dos periodos de asistencia ventricular para superar el cuadro clínico.

P-1643626852.

TRASPLANTE CARDIACO EN PACIENTES PORTADORES DE ASISTENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA DE TERCERA GENERACIÓN

L. Martínez-Sapiña Carro¹

Hospital Universitaria de Bellvitge.

Objetivos: El objetivo de esta revisión fue evaluar los resultados de nuestro centro en cuanto a supervivencia y complicaciones del trasplante cardiaco en pacientes portadores de asistencia ventricular izquierda de tercera generación.

Métodos: Se analizaron de manera retrospectiva los datos de 16 pacientes portadores de LVAD, a los que se les realizó un TCO entre marzo 2015 y junio de 2021 en el Hospital universitario de Bellvitge.

Resultados: Entre marzo de 2015 y junio de 2021 se implantaron en nuestro centro 26 LVAD como puente a trasplante/candidatura. La edad media de los pacientes fue de 55 años, un 76% fueron varones. La principal causa de implante fue la miocardiopatía isquémica (76%). Hubo un 7,6% de fallecimientos post implante. Se realizó un cateterismo derecho previo a implante del LVAD y tras 3 meses de asistencia. Se evidenció una disminución media de: PAPS de 48,6 mmHg a 35 mmHg, Resistencias vasculares pulmonares de 3,3 UW a 1,92 UW, así como una disminución del gradiente transpulmonar de 14 mmHg a 8,8 mmHg. 16 de estos pacientes (61%) recibieron un TCO en los meses posteriores, siendo el tiempo de asistencia medio de 352 días. Como complicaciones destacaron las siguientes: 4 pacientes (25%) precisaron de asistencia con ECMO VA, posquirúrgica, por disfunción primaria del injerto. 7 (43,75%) precisaron de revisión quirúrgica por sangrado. 2 (7,6%) sufrieron infección profunda de la esternotomía. La estancia media hospitalaria posquirúrgica fue de 34,6 días. Siendo la supervivencia media durante el seguimiento a 5 años del 87,5%.

Conclusiones: El LVAD consigue la mejoría hemodinámica y la reversión de la HTP, permitiendo el TCO en pacientes previamente inelegibles.

P-1644966043.

TRASPLANTE COMBINADO EN CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS: PRESENTE Y FUTURO

M.Y. Villa Gallardo, S. Solís Gallego, R. Pérez-Caballero Martínez, R.H. Rodríguez-Abella González, U.M. Murgoitio Esandi, C. García Mere, L. García Calvo, G.P. Cuerpo Caballero, A. Pedraz Prieto, F.J. Rodríguez Lega, D. Monzón Díaz, A. Pita Fernández, C.A. Pardo Pardo, J.M. Gil-Jaurena, R. Fortuny Ribas, M. Ruíz Fernández y A. González Pinto

Hospital General Gregorio Marañón.

Introducción y objetivos: La mejora de la técnica quirúrgica y los cuidados posoperatorios en las últimas décadas, han conseguido que casi un 90% de los pacientes con cardiopatías congénitas (CC) lleguen a la edad adulta. A pesar de ello, la cirugía paliativa o posibles defectos residuales cardiacos condicionan a largo plazo insuficiencia cardiaca terminal, fallo hepático e hipertensión pulmonar, entre otros. El trasplante combinado corazón e hígado constituye una opción prometedora para realizar un abordaje integral de dicha patología. Presentamos el primer caso de trasplante combinado en CC en España.

Métodos: En julio de 2021 se efectuó en nuestro hospital el primer trasplante combinado corazón e hígado en CC de España. Diagnosticado de trasposición de grandes vasos en la infancia e intervenido de múltiples correcciones que concluyen con un ventrículo único (circulación de Fontan), de manera precoz, presenta insuficiencia valvular grave y fallo hepático terminal que condicionan su inclusión en lista electiva de trasplante combinado en abril de 2021 a la edad 36 años.

Resultados: Se diseñó un protocolo de actuación que implicó a cirujanos cardíacos y hepáticos, anestesiólogos, y sendos equipos de enfermería. Realizado el trasplante cardíaco, se procedió al implante hepático, finalizando el procedimiento sin incidencias tras algo más de 10 horas de cirugía. El paciente completó un posoperatorio sin incidencias, siendo dado de alta tras 19 días de ingreso hospitalario.

Conclusiones: El aumento importante de pacientes jóvenes portadores de CC con insuficiencia cardíaca y fallo hepático terminal demandan nuevas opciones de tratamiento. Ningún tratamiento médico hasta la fecha ha demostrado beneficios a largo plazo. La ausencia de estándares de predictores de riesgo validados en CC e indicaciones específicas de trasplante dificultan la elección del momento de inclusión en lista de trasplante. Transcurrido el primer año post-trasplante, donde se observa una mayor mortalidad precoz, la supervivencia a largo plazo presenta resultados esperanzadores.

P-1644834674.

VIABILIDAD DE UN PROGRAMA DE TRASPLANTE EN UNA AUTONOMÍA ULTRAPERIFÉRICA

F. Portela Torrón¹, M. Groba Marco¹, S. Urso¹, M. Galvan Ruíz¹, M.A. Tena Pajuelo¹, M. González Barbeito¹, F.A. Paredes Vignoli¹, J.A. López Ruíz-Verdú¹, J.A. Serna Gómez¹, L. Rios Rodríguez², R. Bellot Fernández² y A. García Quintana¹

¹Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. ²Complejo Hospitalario Materno Insular.

Objetivos: Describir los resultados iniciales de un programa de trasplante en una región ultraperiférica de la comunidad europea tras dos años de funcionamiento, compararlos con los resultados publicados por la ONT-2020 en términos de probabilidad de trasplante y aprovechamiento de donantes de la comunidad, y ratificar la viabilidad del programa.

Métodos: Desde noviembre 2019 hasta enero 2022 se listaron 46 pacientes. Murieron 2, se retiraron de lista 2 por mejoría y se trasplantaron 34. Actualmente hay 8 en lista de espera. Todos los donantes han sido de la propia CCAA. Solo hubo una urgencia 0. Se utilizó BIACP previo en 5 pacientes y ECMO en 1.

Resultados: La supervivencia global de la serie a dos años es del 97,1%. Solo un paciente murió por trombosis arterial mesentérica recidivante. No hubo mortalidad relacionada con el corazón donante ni en el posoperatorio inicial (alta de UCI 100%). Comparando datos ONT-2018 con ONT-2020 (no hay informe ONT-2021): Los donantes en muerte encefálica disminuyeron un 23% (efecto COVID) de 87 a 67. Los corazones ofertados aumentaron un 47% de 19 a 28. Los corazones implantados aumentaron un 100% de 8 a 16. La tasa de inclusión anual en lista subió de 5,7 a 10,6 pmh. Los pacientes en lista total subieron de 6,1 a 14,7 pmh. Aumentaron los trasplantes de 4,2 a 11,5 pmh. La probabilidad de trasplante en 2020 fue del 75% y en 2021 del 65% en nuestro programa, frente al 58% en 2019 y 57% en 2020 en cifras de la ONT.

Conclusiones: Con los condicionantes geográficos inherentes, los resultados iniciales del programa han sido óptimos, aumentando el aprovechamiento de donantes, aumentando las indicaciones de trasplante, y con una probabilidad de trasplante superior a la media nacional.

Cardiopatías adquiridas

P-1643636443.

TROMBO GIGANTE EN ESTENOSIS MITRAL REUMÁTICA SIN EMBOLIAS DOCUMENTADAS EN PACIENTE EN RITMO SINUSAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.P. Pareja Peláez, P.P. Lima Cañadas, J.A. Buendía Miñano, L.F. López Almodovar, C. de Cavo Porras y A. Cañas Cañas

Complejo Hospitalario de Toledo.

Se presenta el caso de una mujer de 78 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y taquicardia auricular/ BRDHH, a la que se le realizó valvuloplastia percutánea en 1994 por valvulopatía reumática. Acude a urgencias con disnea de reposos y franco empeoramiento, tras varios ingresos en los que rechaza cirugía. La paciente se encuentra en ritmo sinusal a 64lpm, BCRDHH, HBPI, BAV primer grado. En el ETT se observa Ventrículo izquierdo no dilatado, hipertrofia septal moderada y función sistólica conservada, no se observan alteraciones de la contractilidad segmentaria. Aplanamiento sistólico y diastólico del TIV indicativo de sobrecarga de presión de VD. Ventrículo derecho no dilatado con función sistólica normal. Dilatación de tronco de la arteria pulmonar y ramas derecha e izquierda. Aurícula derecha dilatada y aurícula izquierda aneurismática. Valvulopatía reumática con doble lesión mitral con estenosis severa e insuficiencia ligera, doble lesión aórtica con estenosis moderada por criterios de gradiente e insuficiencia trivial-ligera. Insuficiencia tricúspide ligera-moderada. HTP estimada grave, PSP 65 mmHg suponiendo PAD de 3 mmHg. Insuficiencia pulmonar ligera. Se observa masa hiperecogénica con ecogenicidad heterogénea de grandes dimensiones, anclada fundamentalmente en la pared posterior y lateral de la aurícula izquierda que se extiende desde el anillo mitral hasta el techo de la misma; compatible con trombo 100 x 50, no se puede valorar detalladamente el drenaje de venas pulmonares. Se inicia anticoagulación con sintrom, siendo dada de alta por rechazar cirugía hasta la siguiente revisión que por empeoramiento clínico es remitida a cirugía. SVAo-M biológica Insipris nº 21 y 29 respectivamente + AT con anillo Physio II nº 30 + trombectomía en aurícula izquierda. Se remiten imágenes de ecocardiograma y fotografías quirúrgicas de trombo gigante en aurícula aneurismática sin embolias documentadas.

Cardiopatías congénitas

P-1643651941.

ABORDAJE MIXTO (TRANSAÓRTICO Y TRANSAPICAL) EN EL TRATAMIENTO DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO

L. Díaz Calvo, C. García Mere, R.H. Rodríguez-Abella González, U.M. Murgoitio Esandi, M.Y. Villa Gallardo, S. Solís Gallego, G.P. Cuerpo Caballero, A. Pedraz Prieto, D. Monzón Díaz, F.J. Rodríguez Lega, M. Ruíz Fernández y A. González Pinto

Hospital General Gregorio Marañón.

Objetivos: Análisis de un caso clínico de miocardiopatía hipertrofica obstructiva (MCHO) y de los resultados del abordaje quirúrgico mixto (transaórtico y transapical), así como de las pruebas pre y posoperatorias y de qué pacientes podrían beneficiarse de esta técnica.

Métodos: Varón de 50 años diagnosticado de MCHO e insuficiencia aórtica leve por válvula aórtica bicúspide. En el ecocardiograma transtorácico (ETT) preoperatorio y en la resonancia magnética se observan hipertrofia grave asimétrica del segmento basal septal anterior y del segmento medio septal inferior, función sistólica glo-

bal normal y SAM completo del velo anterior y del aparato subvalvular (figs. 1 y 2). Presenta obstrucción dinámica del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) sintomática que no mejora con tratamiento médico ni con ablación alcohólica, por lo que se plantea intervención quirúrgica. Al tratarse de una hipertrofia concéntrica y difusa, el abordaje exclusivamente transaórtico conllevaría una resección insuficiente. Por ello se opta por un abordaje mixto transaórtico y transapical (fig. 3). En el ETT posoperatorio se observa una reducción del septo basal, sin SAM ni obstrucción del TSVI (fig. 4).

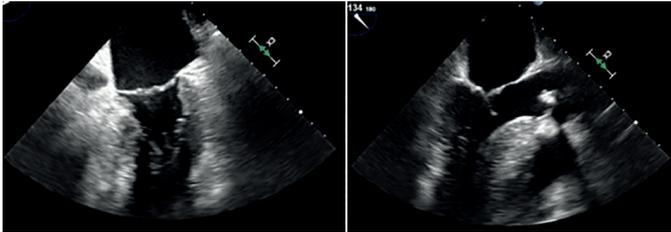


Figura 1.

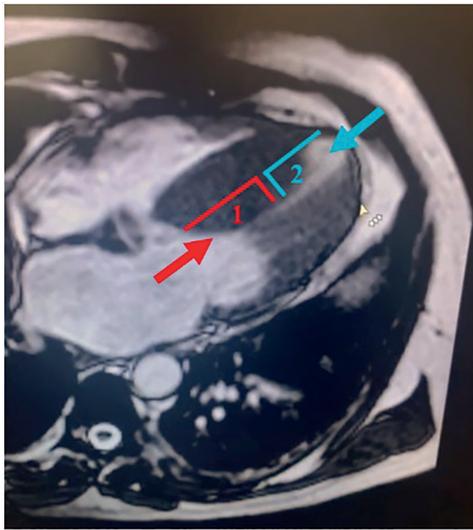


Figura 2.

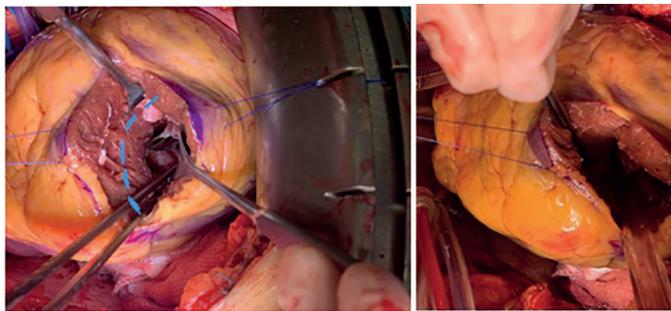


Figura 3.

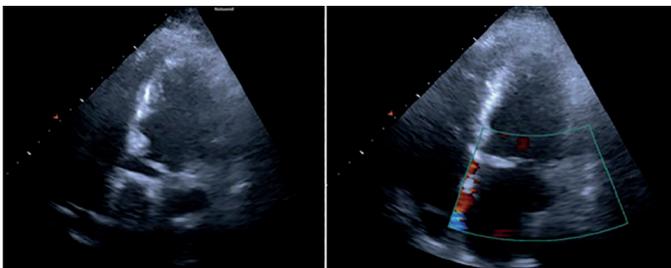


Figura 4.

Resultados: La cirugía constituye una alternativa eficaz en pacientes con MCHO refractarios al tratamiento médico. La técnica de Morrow es la más utilizada y permite reducir o abolir los gradientes intraventriculares y disminuir el grado de insuficiencia mitral. La miectomía transapical es otra opción que consiste en acceder al corazón mediante una incisión en el ápex. Respecto al paciente del caso clínico descrito, se ha mantenido asintomático. Las pruebas realizadas en el seguimiento revelan una mejoría sustancial respecto a las preoperatorias.

Conclusiones: Un abordaje combinado transaórtico y transapical permite una excelente exposición del tabique hipertrofiado con obstrucción medioventricular. Puede estar especialmente indicado en pacientes sin obstrucción del TSVI y en aquellos que presenten fundamentalmente hipertrofia de la zona media o septal difusa.

P-1644957639.

ARTERIA CORONARIA IZQUIERDA DE ORIGEN ANÓMALO: CREACIÓN NEO-OSTIUM Y TRANSLOCACIÓN ARTERIA PULMONAR

G. Parody Cuerda, O. Ghez, A. Sallehuddin, H. Al-Saloos y G. Mann

Sidra Medicine.

Objetivos: Se presenta un caso de corrección quirúrgica del origen anómalo de la arteria coronaria izquierda en el seno de Valsalva derecho.

Métodos: Varón de 12 años que presenta síncope de repetición, el último en relación con ejercicio físico. El electrocardiograma, la radiografía de tórax y los marcadores de daño miocárdico fueron normales. El ecocardiograma y el angio-TAC coronario revelaron un origen anómalo de la arteria coronaria izquierda en el seno coronario derecho con segmento intramural y recorrido interartrial entre la aorta y la arteria pulmonar. Dados los hallazgos descritos y sintomatología asociada, el tratamiento quirúrgico era mandatario. Existen varias opciones; la derivación coronaria suele descartarse dado el alto riesgo de flujo competitivo sustancial. La reimplantación coronaria es dificultosa cuando el trayecto es intramural. La marsupialización debe evitarse cuando el trayecto intramural afecta a la comisura aortica. Así pues, optamos por una ostioplastia o creación de un neo-ostium en su lugar anatómico mediante la realización de una incisión de 3,5 mm en el seno de Valsalva izquierdo. Además, se llevó a cabo la translocación del tronco pulmonar hacia la rama pulmonar izquierda, previniendo así la compresión de la arteria coronaria anómala entre los dos grandes vasos.

Resultados: El posoperatorio curso de forma satisfactoria, lográndose el egreso hospitalario a los 4 días de la cirugía. El ecocardiograma de control mostró adecuada localización y permeabilidad de la arteria coronaria izquierda. A los 6 meses de seguimiento, el paciente está asintomático, realizando una vida activa y ejercicio físico sin restricciones.

Conclusiones: Se han propuesto varias técnicas quirúrgicas para la corrección del origen de las arterias coronarias en el seno de Valsalva contralateral, no existiendo estudios comparativos entre las mismas. La creación de un neo-ostium es una opción segura y eficaz. La translocación de la arteria pulmonar se puede considerar como procedimiento complementario.

P-1643664776.

CIRUGÍA DE RESCATE DE DISPOSITIVO PERCUTÁNEO AMPLATZER® DESPLAZADO HACIA ARTERIA PULMONAR, EXTRACCIÓN Y CIERRE CONVENCIONAL QUIRÚRGICO DE COMUNICACIÓN INTERAURICULAR

F. Altamirano Medel, A. Fontaine Von Buchwald, J.A. Mamani Moriano y T. Daroca Martínez

Hospital Universitario Puerta del Mar.

Introducción y objetivos: Presentamos un caso clínico donde se realizó cirugía de rescate por migración de dispositivo de cierre percutáneo de defecto interauricular congénito, con cierre posterior quirúrgico con parche de pericardio bovino.

Métodos: Paciente de 41 años con antecedentes de CIA ostium secundum con diámetro menor de 13 mm y mayor de 26 mm, con área de 3,17 cm² medida por ETE. Se remite para cierre percutáneo con dispositivo Amplatzer® por servicio de cardiología. En el posoperatorio inmediato, nos contactan por migración del dispositivo hacia cavidades derechas, encontrándose en la bifurcación de la arteria pulmonar en el estudio ecocardiográfico. Se interviene en quirófano con carácter de urgencia, realizándose entrada en circulación extracorpórea, con apertura transversal de arteria pulmonar y extracción de dispositivo Amplatzer de 5 cm de diámetro. Posteriormente, se realiza cierre de foramen oval con parche pericardio autólogo.

Resultados: El paciente cursa posoperatorio favorable en unidad de cuidados intensivos, es dada de alta a planta a las 48 horas y posteriormente a domicilio en el sexto día posoperatorio, se realizó previo al alta control ecocardiográfico donde se evidencia cierre satisfactorio del defecto auricular.

Conclusiones: La cirugía de cierre de defectos del tabique interauricular sigue siendo una indicación válida y con excelentes resultados. Las indicaciones límite de cierre con dispositivos percutáneo, sobre todo en defectos grandes, deberían ser sometidas a valoración por Heart Team para evitar complicaciones que comprometan la vida del paciente.

P-1643663926.

CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE UN CASO DE ATRESIA DEL OSTIUM CORONARIO IZQUIERDO EN UN LACTANTE

F. Vera Puente, E. Sarria García, A. Ortiz Garrido,
M. del Pozo Rodríguez, L. Conejo Muñoz, A. Morales Martínez y
E. Ruíz Alonso

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Objetivos: Presentar un caso de corrección quirúrgica de atresia del ostium coronario izquierdo (LMCAOA) en una lactante.

Métodos: Paciente de 10 meses, asintomática salvo irritabilidad con la alimentación. El ecocardiograma mostraba insuficiencia mitral moderada, sin dilatación ni disfunción ventricular. Al no visualizarse el ostium del tronco coronario izquierdo (TCI) se realizó angiografía coronaria. Durante el procedimiento, la paciente presentó parada cardíaca de 2 minutos, recuperada mediante maniobras de RCP. Se realizó nuevo ecocardiograma que mostraba disfunción ventricular grave con alteraciones segmentarias de la contractilidad. Dada la inestabilidad hemodinámica, se implantó ECMO central emergente. Posteriormente, se completó la angiografía, observándose TCI de pequeño calibre con relleno retrógrado desde colaterales heterocoronarias, sin localizarse ostium del TCI en aorta. Ante sospecha de origen anómalo de arteria coronaria izquierda naciendo desde arteria pulmonar (ALCAPA), se planteó traslado a quirófano y cirugía urgente. Bajo circulación extracorpórea y clampaje aórtico se realizó transección pulmonar, sin encontrarse el origen del TCI. No se localizó el ostium del TCI tampoco en aorta. Dado el hallazgo intraoperatorio de LMCAOA, la paciente se trasladó a cuidados intensivos, soportada en ECMO, para estabilización y puente a la decisión. Al segundo día fue reintervenida, realizándose plastia del ostium coronario, con anastomosis del TCI a aorta ascendente y ampliación mediante parche de vena safena. Los tiempos de circulación extracorpórea y clampaje aórtico fueron de 178 y 117 minutos. En la angiografía de control posoperatoria se constató flujo anterógrado en el TCI. El destete de ECMO y cierre de tórax se realizó a las 24h y la extubación, a las 72h. La estancia en cuidados intensivos y hospitalaria fue de 17 y 21 días. No hubo complicaciones.

Conclusiones: La plastia del ostium coronario izquierdo es una técnica eficaz para el manejo de la LMCAOA en pacientes pediátricos.

P-1644957606.

ESTRATEGIA HÍBRIDA. ESTADIO III DE LA FISIOLÓGIA UNIVENTRICULAR

G. Parody Cuerda, O. Ghez, Y. Boudjemline, H. Ibrahim y
A. Sallehuddin

Sidra Medicine.

Objetivos: Se presenta una alternativa híbrida consistente en la preparación quirúrgica extracardiaca a corazón latiendo y posterior finalización percutánea de la circulación de Fontan (FPCF).

Métodos: Niño de 5 años y 18 kg con discordancia auriculoventricular, concordancia ventriculoarterial y múltiples defectos en el tabique interventricular (CIV). A los 14 meses, cirugía de Glenn y *banding* de la arteria pulmonar (AP). A los 3 años, corrección ventricular tipo uno y medio (CV 1,5): Hemi-Mustard, de-*banding* de la AP y cierre de las CIV. Un mes después, por insuficiencia circulatoria, reintervención para desmontar la CV 1,5 y preparación para la FPCF.

Resultados: 1º) Preparación quirúrgica a corazón latiendo: el techo de la orejuela de la aurícula derecha (AD) se unió a la parte inferior sin abrir de la AP derecha. Se anastomosó un tubo de Gore-Tex de 20 mm, de forma extracardiaca, a la base de la orejuela de la AD y a la parte inferior de la AP derecha. Se colocó un anillo de Gore-Tex de 20 mm alrededor de la vena cava inferior (VCI), por encima del diafragma. 2º) FPCF (a los 26 meses de la cirugía): el acceso desde la vena yugular interna derecha (8 Fr) permitió la perforación con aguja de la parte interior de la AP derecha y el paso a la AD. A través de la vena femoral izquierda (20 Fr), se desplegaron dos stents Andra XXL (57 y 30 mm), seguidos de un stent recubierto CP10Z60 montado en un BIB® de 20 mm y fenestrado en el medio, conectando así la VCI con la AP derecha. Se implantó un stent Bentley (9 mm) con un balón Conquest (10 mm) en la AP izquierda para excluir el flujo pulmonar anterógrado. El paciente fue dado de alta a los 8 días.

Conclusiones: La FPCF tras una preparación quirúrgica extracardiaca a corazón latiendo parece un estrategia segura y factible.

P-1644965847.

IMPLANTE DE BIOPRÓTESIS AVALUS EN POSICIÓN PULMONAR EN PACIENTES ADULTOS CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA CON OBSTRUCCIÓN AL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO

C. Vigil-Escalera López, M.A. Castro Alba, M.S. Siliato Robles,
N.E. Palmer Camino, J.C. Sureda Barbosa, R. Ríos Barrera,
P. Iorlano Maríano, M.A. Contreras Godoy, M.C. Traore Kone y
R. Rodríguez Lecoq

Hospital Vall d'Hebron.

Introducción: El recambio valvular pulmonar con implante de bioprótesis es una técnica estandarizada en pacientes con cardiopatías congénitas (CC) con obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho (OTSVD) que precisan reintervención en la edad adulta. Presentamos una serie de pacientes, en la que usamos la prótesis aórtica biológica Avalus en posición pulmonar.

Objetivos: Evaluar seguridad y eficacia a corto plazo de la prótesis biológica Avalus en posición pulmonar, en pacientes con CC reintervenidos en la edad adulta.

Métodos: Presentamos una serie de 17 pacientes (41% mujeres) diagnosticados de CC con OTSVD (35% tetralogía de Fallot, 65% estenosis pulmonar congénita) intervenidos de recambio valvular pulmonar por prótesis biológica Avalus 25 mm con ampliación del TSVD entre 2020 y 2021 (rango de edad 20-61). Se realizó seguimiento clínico y ecocardiográfico al mes y a los 6 meses de la cirugía.

Resultados: La bioprótesis aórtica en posición pulmonar Avalus 25 mm, muestra un buen perfil hemodinámico al mes y a los 6 meses desde la cirugía. Además se aprecia una reducción de los volúmenes telediastólico y telesistólico del VD en todos los pacientes. En nuestra serie, no hubo mortalidad hospitalaria asociada y los pacientes refirieron una mejora de su clase funcional, más evidente tras el primer mes del alta.

Conclusiones: La prótesis biológica Avalus es una prótesis segura, fácilmente implantable y con buenos resultados a corto plazo en pacientes con CC con obstrucción al tracto de salida del VD, que precisan reintervención en la edad adulta.

P-1643564041.

LA CIRUGÍA EN LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA. EL ÉXITO Y LA BAJA MORBIMORTALIDAD SON UNA REALIDAD

C. García Mere, L. Díaz Calvo, R.H. Rodríguez-Abella González, U.M. Murguioit Esandi, M.Y. Villa Gallardo, S. Solís Gallego, G.P. Cuerpo Caballero, A. Pedraz Prieto, D. Monzón Díaz, J. Rodríguez Lega, M. Ruíz Fernández y A. González Pinto

Hospital General Gregorio Marañón.

Introducción y objetivos: Clásicamente, en nuestro centro se ha realizado la resección septal simple como tratamiento de la miocardiopatía hipertrofica obstructiva hasta que, en el año 2016, implementamos la miectomía septal ampliada como técnica estándar. El propósito de este estudio es analizar y describir el resultado del tratamiento quirúrgico tras la implementación de la miectomía septal ampliada como herramienta terapéutica en los pacientes con MHO refractarios a tratamiento médico óptimo que han sido intervenidos en nuestro centro desde el año 2016.

Métodos: Análisis y descripción de una cohorte retrospectiva de 41 pacientes que entre febrero de 2016 y febrero de 2021 se intervinieron mediante miectomía septal ampliada por miocardiopatía hipertrofica obstructiva refractaria a tratamiento médico óptimo y ablación alcohólica.

Resultados: A un total de 41 pacientes con MHO refractaria a tratamiento médico óptimo se les realizó miectomía septal ampliada. La edad media fue 62 años y la mayoría de los pacientes eran hombres. La cirugía logró una reducción de forma significativa del GTSVI disminuyó el SAM y la insuficiencia mitral. La clase funcional y la necesidad de tratamiento médico se redujo significativamente. La mortalidad global durante el seguimiento fue del 5% aproximadamente, no presentándose ningún caso en los primeros 30 días posoperatorios.

Conclusiones: En conclusión, en los pacientes con MHO la cirugía produce excelentes resultados conllevando una mejoría de la capacidad funcional y a la disminución de la necesidad de medicación. Realizada en un centro con experiencia, la miectomía septal ampliada puede llevarse a cabo con baja morbimortalidad.

P-1643662943.

ORIGEN ANÓMALO DE CORONARIA DERECHA COMO ORIGEN DE SÍNCOPE CARDIOGÉNICO

J.A. Moreno Moreno, J.M. Arribas Leal, R. Aranda Domene, L. Alfonso Colomer, J.M. Aguilar Jiménez, M. Fernández Molina, A. Jiménez Aceituna, M. Lorenzo Díaz, J. Pérez Andreu, V.G. Ray López, R. Taboada Martín, J. García-Puente del Corral, F. Gutiérrez García y S.J. Cánovas López

Hospital Virgen de la Arrixaca.

Introducción: Presentación de un caso clínico en el cual se realiza un procedimiento quirúrgico como solución a un origen infrecuente de síncope cardiogénico.

Métodos: Varón de 55 años, hipertenso, dislipémico y fumador que llega a urgencias trasladado por el 112 tras haber sufrido un síncope en la vía pública. Recupera la conciencia sin recordar nada de lo sucedido. Estudio TC de cerebro sin alteraciones. Estudio cardiológico para filiar origen del síncope con ecocardiografía normal, coronariografía muestra origen de CD anómalo en el seno de Valsalva izquierdo. Se realiza TC de arterias coronarias con el fin de planificar la intervención quirúrgica. En TC se confirma la presencia de una coronaria derecha con origen anómalo en el seno de Valsalva izquierdo, coronaria que discurre con un trayecto interarterial a lo largo de unos 22 mm presentando un calibre disminuido a lo largo de los 10 mm proximales.

Resultados: Se programa intervención quirúrgica realizándose esternotomía media, parada cardiaca y circulación extracorpórea, apertura del origen de la coronaria derecha a nivel del seno de Valsalva izquierdo que se prolonga hacia la aorta y ampliación del origen con pericardio autólogo fresco. Sin complicaciones durante el procedimiento ni en posoperatorio.

Conclusiones: Las anomalías en las arterias coronarias son una entidad muy infrecuentes pero con complicaciones de gravedad, como la muerte súbita, en muchos de los casos. Presentan sintomatología muy inespecífica, de ahí la importancia en conocer esta patología e incluirla dentro del diagnóstico diferencial cuando nos encontremos con un paciente joven con síntomas cardiológicos.

P-1643625307.

VÁLVULA AÓRTICA UNICÚSPIDE. ¿ES ÚTIL LA REPARACIÓN?

R. Álvarez Cabo, C. Salmerón Menéndez, A.E. Escalera Veizaga, A. Morales, B. Meana Fernández, M. Martín, J.M. de la Hera, J.C. Llosa Cortina, C.A. Morales Pérez y J. Silva Guisasola

Hospital Universitario Central de Asturias.

Objetivos: Analizar los resultados de la reparación valvular en válvula aórtica unicúspide (VAU).

Métodos: Análisis prospectivo no aleatorizados de 13 pacientes con VAU reparada (2014-2022). Análisis con estadísticos descriptivos y la libertad de eventos mediante curvas de Kaplan-Meier y su comparación con log rank test.

Resultados: edad-media 38,2 ± 10,3 años, 4 (30,8%) mujeres; EUROSCORE-II: 1,95 ± 1,3; IAo-preoperatoria: I-II 3(23%); III 1 (7,7%); IV 9 (69,3%). Los diámetros de anillo, senos de Valsalva y aorta ascendente eran 27,6 ± 1,3, 44,1 ± 4,6 y 48 ± 6,2 mm, respectivamente. En el 100% la comisura verdadera era velo izquierdo no coronario. Se realizó: tricuspización 1 (7,7%) primer caso y única plastia aórtica aislada; y bicuspidización 12 (92,3%) asociada a reimplante-valvular (DAVID) 7 (53,8%) y remodelado aórtico (YACOUB) 5 (38,5%). Se realizaron técnicas complejas en velos: decalcificación 6 (46,2%), plastia pericardio 9 (69,2%), continua borde 6 (46,2%) y plicatura central 11 (84,6%). Se consiguió la reparación en el 100%. No hubo fallecidos ni complicaciones en el posoperatorio inmediato. El seguimiento medio fue 52 ± 28,4 meses (mediana 51), sin fallecimientos. A 8 años están libres de: IAo > II: 61,5%. 94,1% sin IAo grado IV (precirugía) vs. 84,4% con IAo grado IV (precirugía): p = 0,093. 57,1% (DAVID), 80% (YACOUB) y 0% (plastia aórtica): p = 0,43. 44,4% (plastia-pericardio) vs. 100% (sin plastia pericardio): p = 0,086. De reoperación: 69,2%. El gradiente pico medio en el seguimiento es 17,4 ± 2,4 mmHg (mediana 18).

Conclusiones: La reparación de VAU exige técnicas complejas, debido a cierta calcificación y fusión de tejidos, siendo la bicuspidización la opción más eficiente; es segura a corto y largo plazo, con durabilidad aceptable y buena hemodinámica; incluso no alcanzando significación estadística, la adición de pericardio heterólogo reduce la durabilidad.

Cirugía coronaria

P-1643650351.

ATRAPAMIENTO DE MATERIAL DE ANGIOPLASTIA EN ARTERIA CORONARIA

C. Jaén Garrido, E. Rueda Gomariz, F. Altamirano Medel y J.J. Otero Forero

Hospital Universitario Puerta del Mar.

Objetivos: Presentamos un caso clínico de una paciente de 73 años que ingresa en Hospital periférico con diagnóstico de SCASEST tipo IAM no Q Killip I con ECG donde se aprecia descenso de ST II, III, AVF, V4-V6 y en analítica elevación enzimática. Presentaba clínica de dolor torácico que cedió espontáneamente permaneciendo estable posteriormente.

Métodos: Se decide realización de cateterismo por vía femoral derecho, que ante los hallazgos encontrados deciden realizar los siguientes procedimientos: angioplastia con éxito sobre ACD y TCI, con implante de varios *stents*. Angioplastia sobre DA: observando lesión indilatatable en segmento medio, procediendo a dilatación con balón NC EMERGE 2,5 × 15 mm, produciéndose ruptura y atrapamiento del balón en la lesión. Se intentan varias técnicas de extracción no siendo posible su extracción.

Resultados: Ante la rotura y atrapamiento del balón en DA media se decide traslado emergente y cirugía cardiaca inmediata. Durante la intervención, sin necesidad de CEC, en un primer momento se realizó *bypass* safena-DA distal para restablecer el buen flujo coronario comprobado mediante Doppler. Posteriormente se realiza apertura directa de DA a nivel medio donde se encontraba el material atrapado, consiguiendo la exposición adecuada y así la retirada completa de guía de angioplastia y balón. Tras ello nos vimos obligados a cierre y ligadura de DA a nivel medio por la imposibilidad de reparación arterial por la extensa calcificación y el desgarramiento producido por el material de angioplastia. Se procedió a retirar el catéter y resto de guía de forma retrograda mediante el introductor femoral. La paciente evolucionó de forma favorable en UCI durante las primeras horas pudiendo llegar a ser extubada de forma precoz.

Conclusiones: La cirugía cardiaca ofrece la posibilidad de solucionar problemas producidos en procedimientos percutáneos, pero la actuación debe de ser coordinada y rápida para obtener resultados favorables.

P-1643451783.

CIRUGÍA CORONARIA MÍNIMAMENTE INVASIVA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

J.M. Villaescusa Catalán¹, A. Guzón Rementería², J.L. Guerrero Orriach¹, J.H. Alonso Briaes¹ y J.M. Melero Tejedor¹

¹Hospital Universitario Virgen de la Victoria. ²Hospital Regional Universitario.

Introducción: La cirugía coronaria mínimamente invasiva es un procedimiento cada vez más establecido en los servicios de cirugía cardíaca a nivel mundial, bien como cirugía de revascularización completa o como procedimiento híbrido. Sin embargo la disección endoscópica de la arteria mamaria izquierda (AMI) con anastomosis a la arteria descendente anterior (ADA) a través de minitoracotomía (siglas en inglés EACAB) no está tan extendida en nuestro medio.

Objetivos: Resultados de una serie de casos de EACAB en un centro.

Métodos: Desde el año 2018 hasta enero de 2022 se presentan los resultados de 20 pacientes consecutivos de cirugía coronaria mínimamente invasiva mediante técnica EACAB según la técnica descrita en la bibliografía.¹ La disección endoscópica se realizó con 3 trócares (11 mm × 2 y 5 mm × 1) y cámara 3D Einsteinvision 3.0 (Braun®). La anastomosis a través de una minitoracotomía izquierda de 5-6 cm. Se

comprueba el funcionamiento de la AMI en todos los casos con coronariografía en las primeras 24 horas. 12 pacientes fueron como procedimiento único de revascularización y 8 como cirugía híbrida.

Resultados: los resultados obtenidos son ningún *exitus*, ACV o IAM2 periprocedimiento y en el seguimiento actual. 1 reconversión a esternotomía por lesión de AMI(5%), 1 mamaria ocluida en el control (5%) y un *twist* en mamaria permeable por pulmón izquierdo (5%). Todos las complicaciones ocurrieron en los primeros 10 casos.

Conclusiones: EACAB es una técnica reproducible que necesita una curva de aprendizaje. La selección de los pacientes es básica para la obtención de buenos resultados.

P-1644933788.

CIRUGÍA CORONARIA Y BYPASS AORTA ASCENDENTE A FEMORAL COMÚN

E.E. Castillo Oportus, Y. Castillo Eyzaguirre, A. Berbel Bonillo, J. Albors Martín y J. Gómez-Plana Usero

Hospital de Vinalopó.

Objetivos: Caso clínico de cirugía de revascularización coronaria combinada con *bypass* desde la aorta ascendente a arterial femoral común.

Métodos: Paciente varón de 49 años ingresado por SCASEST con enfermedad coronaria de Tronco común izquierdo y tres vasos con disfunción ventricular severa, el paciente presenta amputación previa de miembro inferior derecho asociado a isquemia crítica con dolor de reposo de miembro inferior izquierdo. Se realiza angioTC que evidencia obstrucción aortoiliaca izquierda. Dada la severidad de las lesiones coronarias y la amenaza del MII se decide cirugía coronaria asociada a *bypass* desde aorta ascendente a femoral común. Se realiza cirugía coronaria sin circulación extracorpórea mediante técnica de doble mamaria, posteriormente se anastomosa en aorta ascendente un injerto de dacrón de 8 mm que se tuneliza preperitoneal por detrás de la vaina de los rectos y por debajo del ligamento inguinal hasta la ingle izquierda donde se anastomosa a la arteria femoral común.

Resultados: Presenta evolución posoperatoria favorable con permeabilidad de los injertos con desaparición del dolor de reposo y angioTC de control de seguimiento con permeabilidad del *bypass*.

Conclusiones: En pacientes con enfermedad cardiaca inestable y oclusión aortoiliaca se puede realizar de forma segura una revascularización combinada de *bypass* coronario.

P-1643367504.

EXPERIENCIA INICIAL CON EL DISPOSITIVO EXTERNO PARA VENA VEST

S. Badía Gamarra, M.L. Cámara Rosell, L.J. Delgado Ramis, C. Fernández Gallego, B. Romero Ferrer, A. Llorens Ferrer, D. Figueroa Beltre, I. Julià Amill y C. Muñoz Guijosa

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol.

Introducción: La cirugía de revascularización miocárdica (CABG) sigue siendo el gold estándar para el tratamiento de los pacientes con enfermedad multivaso de las arterias coronarias. A pesar de los beneficios propuestos de los injertos arteriales, los injertos de vena safena autóloga (SVG) siguen siendo los conductos de derivación más utilizados en cirugía de *bypass*. Sin embargo, el fracaso progresivo de la vena safena después de la intervención sigue siendo una limitación clave para el éxito a largo plazo de la cirugía.

Objetivos: Analizar la permeabilidad a medio plazo del *bypass* de vena safena con uso de VEST.

Métodos: 47 pacientes intervenidos entre julio 2019 y enero 2022 a los que se les ha implantado VEST fueron seguidos clínicamente. Estudio descriptivo utilizando SPSS versión 25.

Resultados: La mayoría fueron varones 95,7%, edad media 64,8 años, 78,7% pacientes eran hipertensos, 59,6% diabéticos, 85,1% dislipémicos, 17% EPOC, 25,6% con enfermedad arterial asociada (8,5% cerebral, periférica 12,8%), ACV previo 8,5%, 12,8% insuficiencia renal, CSS II-III 83%, FEVI deprimida 31,9%. A la mayoría 87,3% se les realizaron 2-3 *bypass*, todos llevan al menos una mamaria y el 40% dos mamarías, Euroscore 2 medio 2,22, 1 fallecido por sepsis. Un paciente necesitó implante de stent a los 2 meses post-intervención, en coronaria derecha por vena no permeable. El resto de pacientes 97,7% con injerto permeable, media de seguimiento 1 año. Dos pacientes murieron en el seguimiento, uno tras cirugía de hombro otro por infarto cerebral.

Conclusiones: La colocación de stents externos parece mitigar la remodelación del injerto de vena safena y parece reducir significativamente la hiperplasia intimal y el desarrollo de irregularidades en la luz. Se trata de un elemento seguro, con técnica reproducible de fácil implantación.

P-1643649897.

REVASCULARIZACIÓN CORONARIA POR LAST. TÉCNICA QUIRÚRGICA

J.F. Tabilo, L. Corominas, M. Molina, C. de Vinzenzi, E. Rosello, M. Taurón, L. Doñate, J. Montiel y A. Ginel

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Introducción: El acceso mínimamente invasivo por minitoracotomía anterior lateral izquierda (LAST) es una estrategia de revascularización eficaz en pacientes seleccionados.

Objetivos: Describir la técnica quirúrgica de revascularización coronaria por LAST.

Métodos: Pacientes seleccionados por Heart Team con lesiones aisladas de descendente anterior (DA), imposibilidad revascularización percutánea, revascularización híbrida, alta morbimortalidad operatoria o contraindicación esternotomía media. Mediante incisión submamaria anterior izquierda, y a través del 5º espacio intercostal, se realiza disección de grasa pleuropericárdica y apertura del pericardio. Tras identificar la DA, se localiza la arteria mamaria interna (AMI) y se disecciona su segmento distal. Se realiza derivación coronaria única AMI-DA sin circulación extracorpórea, utilizándose un estabilizador cardíaco.

Conclusiones: La estandarización de los pasos de revascularización miocárdica por LAST conlleva que sea una técnica mínimamente invasiva reproducible y segura.

P-1643654693.

VASOESPASMO DE ÁRBOL CORONARIO NATIVO Y DE ARTERIAS MAMARIAS EN POSOPERATORIO INMEDIATO DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA

C. Sisinni Ganly, J.C. Lugo Adán, R. Casais Pampín, M.A. Piñón Esteban, E. Casquero Villacorta, D. Molina Seguil, B. Acuña País, M.W. Ajhuacho Rentería, C. Mayor Deniz y J.J. Legarra Caderón

Hospital Álvaro Cunqueiro.

Introducción: El vasoespasmo de arterias coronarias nativas y de injertos mamaríos tras la cirugía coronaria es una complicación rara y grave. Los factores causales son múltiples y no están claros, por lo que el manejo posoperatorio es controvertido.

Objetivos: Presentamos el caso de un paciente con vasoespasmo grave generalizado en el posoperatorio inmediato tras técnica de Bentall y revascularización miocárdica.

Métodos: Varón de 64 años con estenosis aórtica severa, dilatación de raíz aórtica y enfermedad de dos vasos, intervenido de Bentall y

revascularización miocárdica con doble mamaria a descendente anterior y a obtusa marginal. El ecocardiograma preoperatorio mostró FEVI conservada. Tras la desconexión de circulación extracorpórea, el paciente presentó disfunción biventricular y precisó soporte inotrope y vasopresor a altas dosis. En las primeras horas posoperatorias presentó elevación del segmento ST en V1, V2 y aVR y descenso en resto de derivaciones. El ecocardiograma evidenció un ventrículo izquierdo dilatado con FEVI < 20%.

Resultados: Se realizó coronariografía urgente mostrando puentes permeables con espasmo severo de coronarias y de arterias mamarías. Se implantó BCPIAO, y se inició tratamiento con nitroglicerina intracoronaria y levosimendán. El paciente presentó progresivamente mejoría electrocardiográfica y suspensión de amins. Destete del BCPIAO al 4º día. Fue dado de alta hospitalaria al 9º día posoperatorio con una FEVI del 29%.

Conclusiones: El vasoespasmo coronario es una complicación seria e infrecuente (incidencia aproximada 0,8-1,3%), aunque se cree que infradiagnosticada. Se han propuesto muchos mecanismos desencadenantes, pero su fisiopatología no está clara. El tratamiento con nitroglicerina intracoronaria y levosimendán ha demostrado eficacia, en nuestro caso. El diagnóstico temprano mediante coronariografía urgente es fundamental para comprobar el funcionamiento de los injertos. Un manejo adecuado de la situación es importante para el pronóstico de éstos pacientes.

Cirugía de aorta

P-1643297787.

ABORDAJE HÍBRIDO PARA EL TRATAMIENTO DE ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL DE ALTA COMPLEJIDAD

T. González Vargas, A. Guzón Rementería, M. del Pozo Rodríguez, P.J. Aranda Granados, M. Santillana García, A. del Toro Ortega, F. Calleja Rosas y J.J. Muñoz Canela

Hospital Regional Universitario.

Introducción: Los aneurismas de aorta abdominal constituyen una patología amplia y compleja debido a la amplia variabilidad anatómica y al perfil de los pacientes. Algunos casos, debido a la geometría, la tortuosidad de los vasos o a la cercanía de vasos viscerales, pueden suponer tal reto que son desestimados para ningún tipo de tratamiento reparador. Son estos pacientes los que pueden beneficiarse de un abordaje híbrido quirúrgico-endovascular y una toma de decisiones multidisciplinar.

Métodos: Presentamos el caso de un paciente de 85 años con aneurisma de aorta infrarrenal de 44 mm e ilíaco izquierdo gigante (67 mm) y asimétrico, que produce un desplazamiento en la aorta angulándola en 90 grados. Se decide implante de endoprótesis aortomonoiliaca derecha de 36 × 14 × 102 mm (extensión iliaca derecha de 16 × 24 × 93 mm) y embolización de eje iliofemoral izquierdo aneurismático con *coils*, realizando en el mismo acto *bypass* femoro-femoral para revascularizar miembro inferior izquierdo. En control final con contraste se evidencia endofuga tipo I debido a la gran angulación del aneurisma, que despegaba proximalmente el cuello de anclaje de la endoprótesis, por lo que se implanta *cuff* proximal de 36 × 36 × 49 mm, reduciendo sustancialmente la fuga.

Resultados: Buen resultado, endofuga tipo I resuelta en TAC control. Sin isquemia periférica ni disfunción renal.

Conclusiones: La existencia de aneurismas complejos, con geometría adversa, suponen un desafío para el cirujano. En estos casos es fundamental la toma de decisiones por parte de un equipo multidisciplinar. El abordaje híbrido puede ser una solución, como se muestra en este caso particular por su gran complejidad, ofreciendo óptimos resultados.

P-1643659215.**ABORDAJE QUIRÚRGICO CON ESTERNOTOMÍA MEDIA EN PACIENTES ADULTOS CON COARTACIÓN AÓRTICA Y VALVULOPATÍA AÓRTICA SEVERA. COMUNICACIÓN DE TRES CASOS TRATADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE**

M.B. Cevallos Zambrano y D. Toral Sepúlveda

Hospital Principes de España CS Bellvitge.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad del *bypass* extraanatómico aorto-aórtico asociado a la sustitución valvular aórtica mediante esternotomía media en pacientes adultos.

Métodos: Desde julio del 2015 a julio del 2021, tres pacientes con indicación quirúrgica por valvulopatía aórtica fueron sometidos además a cirugía de *bypass* extraanatómico aorto-aórtico por presentar una coartación de aorta asociada. Se utilizó un injerto de polietilentereftalato (Dacrón) de 16 y 18 mm con anastomosis distal en la aorta torácica descendente, accediendo a esta a través del pericardio posterior, y anastomosis proximal en la ascendente. Se evaluaron los resultados intrahospitalarios y el resultado radiológico posterior.

Resultados: El intervalo de edad fue de 39 a 70 años, fueron sometidos a esta intervención dos mujeres y un varón. No se observaron complicaciones perioperatorias neurológicas, renales o gastrointestinales en ningún paciente. No hubo mortalidad intrahospitalaria ni necesidad de reintervención. Al alta hospitalaria la permeabilidad de los injertos se evaluó mediante angiografía tomográfica computarizada. Actualmente, todos los pacientes se encuentran asintomáticos y el control radiológico en el seguimiento ha confirmado la persistencia de dicha permeabilidad.

Conclusiones: La coartación aórtica es una entidad rara en adultos y su tratamiento a través de un *bypass* extranatómico con un abordaje por línea media es una técnica segura que evita la extensa red de vasos colaterales. Podría estar indicada como procedimiento concomitante cuando existe en el paciente otra indicación quirúrgica primaria y, especialmente, en casos de recoartación.

P-1644963180.**ACTP EN POSOPERATORIO INMEDIATO DE DISECCIÓN TIPO A**

M. Barquero Alemán, C. Velasco García de Sierra, J.C. Tellez Cantero, S. Rodríguez de Leiras Otero y J.R. Giménez Ciruela

Hospital Universitario Virgen Macarena.

Objetivos: Mostrar la utilidad de la angioplastia percutánea en posoperatorio inmediato de disección tipo A.

Métodos: Paciente de 69 años, fumador, que ingresa de forma urgente, con intubación orotraqueal tras parada cardíaca atendida por 061 en domicilio. Contactan con cirugía cardiovascular de guardia por derrame pericárdico e imagen disección de aorta tipo 2 con afectación de aorta ascendente y hemiarco. En quirófano, se realiza evacuación de hematoma intrapericárdico, hipotermia moderada con perfusión cerebral anterógrada y sustitución de aorta ascendente y hemiarco con preservación valvular. Salida de CEC en ritmo sinusal con signos moderados de disfunción ventricular derecha que mejora con amins. Tras salida de CEC y durante la colocación de drenajes sufre episodio de fibrilación ventricular atribuida a estimulación mecánica. Recuperación adecuada, por lo que se opta por cerrar tórax. Tras cierre del paciente, en espera de traslado a UCI el paciente sufre 3 nuevos episodios de FV controlados con cardioversión externa con salida en sinusal y rápida recuperación hemodinámica. En monitorización EKG se aprecia descenso del ST en derivaciones inferiores en torno a 1-1,4 mm, sin ascenso en ninguna derivación, pero se decide solicitar coronariografía. En coronariografía se aprecian lesiones severas en ADA,

circunfleja y oclusión ostial de coronaria derecha. Se revasculariza lesión culpable en ACD con implante de stent. Durante el procedimiento aparecen 8 episodios de FV que no reaparecen tras la revascularización.

Resultados: El paciente cursa con mejora progresiva en UCI siendo dado de alta a planta.

Conclusiones: La isquemia miocárdica posoperatoria puede tener manifestaciones eléctricas atípicas. En caso de sospecha en posoperatorio de una disección tipo A, la coronariografía permite un diagnóstico cierto y la revascularización percutánea es factible.

P-1642497513.**ANEURISMA GIGANTE DE ARCO AÓRTICO Y ARTERIA SUBCLAVIA IZQUIERDA ASOCIADO A DISECCIÓN AÓRTICA TIPO B: MANEJO HÍBRIDO EN DOS TIEMPOS**

J. Sirgo González, C. Domínguez Massa, P.M. Briz Echeverría, J.A. Rincón Almanza, C.M. Aguirre Ramón, I. Martín González, T. Heredia Cambra, F.J. Valera Martínez, A. Guevara Bonilla, M. Pérez Guillén, M.J. Dalmau Sorli, E. Tebar Boti, S. Torregrosa Puerta, L. Díez Solorzano y J. Martínez León

Hospital La Fe.

Hombre de 62 años con válvula aórtica bicúspide y comunicación interventricular (CIV) subaórtica conocida desde la infancia. Ante dolor torácico típico, se realizó tomografía computarizada (TC) toraco-abdomino-pélvica, objetivándose disección tipo B con origen en salida de arteria subclavia izquierda y afectación hasta las ilíacas. Asociaba aneurisma en arco aórtico, con diámetro máximo de 87 mm, y de la subclavia izquierda proximal, de 36 mm. Solo estaba comprometida por la disección la salida de la arteria mesentérica superior. Además, la válvula aórtica era estenótica. Se optó por un tratamiento híbrido en dos tiempos. En primer lugar, se realizó cirugía: Se configuró un *bypass* carótido-subclavio izquierdo, se procedió al cierre de la CIV, sustitución valvular aórtica por prótesis mecánica y sustitución de aorta ascendente y arco, que se llevó a cabo con parada circulatoria y perfusión cerebral selectiva anterógrada bilateral con técnica de *frozen elephant trunk* (FET), reimplantando el tronco braquiocefálico arterial y la arteria carótida común izquierda. En un segundo tiempo, pasadas dos semanas de la primera intervención, se realizó el tratamiento endovascular: se implantó una endoprótesis de aorta torácica trimodular, con zona de anclaje proximal en FET y zona de anclaje distal proximal a la salida de tronco celíaco. Además, se implantó un stent en arteria mesentérica superior, que estaba comprometida por la disección. La TC posoperatoria no presentaba endofugas, apreciándose trombosis parcial de falsa luz en aorta. El paciente fue dado de alta tras 5 días de la última intervención, sin complicaciones.

P-1643646327.**ANILLOS VASCULARES, NUESTRA EXPERIENCIA**

M.A. Contreras Godoy, P. Iorlano Maríano, M.C. Traore Kone, C. Vigil-Escalera López, M.S. Siliato Robles, M. Moradi Kolbolandi, R. Ríos Barrera, M.A. Castro Alba y J.C. Sureda Barbosa

Hospital Vall d'Hebron.

Los anillos vasculares, corresponden a un grupo de anomalías congénitas infrecuentes que inciden como consecuencia de una alteración en la involución de los arcos aórticos fetales durante el desarrollo embrionario. Dependiendo del tipo de alteración, las estructuras vasculares resultantes pueden configurarse geométricamente en torno a la vía aérea o digestiva produciendo la compresión de estas en mayor o menor grado. Asimismo, se ha descrito la asociación de este tipo de malformaciones con un ries-

go aumentado de rotura espontánea o disección aórtica. El divertículo de Kommerell, estructura asociada célebremente a estas malformaciones, corresponde a una dilatación aneurismática en la emergencia de un tronco supraaórtico de origen aberrante. En contexto de la baja incidencia de este grupo de patologías y del escaso reflejo de estas en la literatura, se dispone de poca información sobre el espectro clínico de las mismas. Presentamos en la actual comunicación un reporte de tres casos clínicos correspondientes a pacientes adultos sintomáticos derivados a nuestro centro afectos por anillos vasculares aórticos; dos mujeres de 28 y 38 años respectivamente, ambas consistiendo en arcos aórticos derechos con presencia de un divertículo de Kommerell en el origen de una arteria subclavia izquierda aberrante y ambas con clínica compresiva traqueoesofágica e historias de disnea, sialorrea, tos, disfagia y dolor torácico en grados variables. Asimismo presentamos el caso de un varón de 64 años, con hallazgo incidental de ensanchamiento mediastínico cuya valoración reveló la presencia de una arteria subclavia derecha aberrante con compresión de vía digestiva y clínica superponible a la ya mencionada. Los tres casos fueron intervenidos satisfactoriamente en nuestro centro mediante accesos y técnicas variables en función de las características anatómicas de cada uno. Presentamos además un comentario de la bibliografía disponible en relación tanto a la caracterización clínica e imagenológica, como a las opciones de tratamiento considerables.

P-1644965572.

CANULACIÓN ARTERIAL DEL TRONCO BRAQUIOCEFÁLICO EN LA CIRUGÍA DEL SÍNDROME AÓRTICO AGUDO TIPO A: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

N.W. Ajhuacho Rentería, B. Acuña País, D. Molina Seguil, C. Mayor Deniz, C.M. Sisinni Ganly, J.C. Lugo Adán, R. Casais Pampín, E. Casquero Villacorta, M.A. Piñón Esteban y J.J. Legarra Caderón

Hospital Alvaro Cunqueiro.

Introducción: El síndrome aórtico agudo (SAA) tipo A tiene una incidencia de 20-40 casos/10⁶ habitantes/año; una mortalidad del 50% a las 48 h desde el diagnóstico, y 17-31% tras la cirugía. La canulación arterial del tronco braquiocefálico (TBC) es válida para la instauración de circulación extracorpórea (CEC) en cirugía cardíaca electiva. Sin embargo, hay poca evidencia sobre esta técnica en cirugía emergente de aorta.

Objetivos: Analizar los resultados quirúrgicos de pacientes intervenidos de forma emergente de SAA tipo A, a los que se realizó canulación arterial del TBC, en nuestro centro.

Métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo de 41 pacientes con SAA tipo A, intervenidos entre 2007 y 2021 de cirugía emergente de aorta a los que se instauró la CEC mediante canulación del TBC, de un total de 182 cirugías realizadas debido a SAA tipo A.

Resultados: El 57% de los pacientes eran hombres, y presentaban una mediana de edad de 67 años (49-83). El 57% presentaban HTA y 1 paciente cirugía cardíaca previa. La media de tiempos fue: CEC, 235 min; isquemia cardíaca, 161 min; parada circulatoria, 49 min. La media de hipotermia fue de 29 °C. La mortalidad hospitalaria fue del 15%, 3 pacientes murieron por causa cardiológica, 2 por isquemia visceral, y 1 por sepsis. Ninguno de los pacientes ha presentado complicaciones relacionadas con el lugar de la canulación. La supervivencia durante el seguimiento fue del 77%. Analizadas las causas de muerte de los 8 pacientes fallecidos durante el seguimiento, ninguno murió por patología aórtica.

Conclusiones: La canulación arterial del TBC es una técnica válida en los pacientes sometidos a cirugía emergente del SAA tipo A. Puede utilizarse, en casos seleccionados, como una vía alternativa para establecer la CEC y realizar la perfusión cerebral anterógrada.

P-1644932430.

CANULACIÓN CAROTÍDEA EN CIRUGÍA DE AORTA

E.E. Castillo Oportus, A. Berbel Bonillo, Y. Castillo Eyzaguirre, J. Albors Martín y J. Gómez-Plana Usero

Hospital de Vinalopó.

Objetivos: Describir la canulación carotídea bilateral en cirugía de aorta ascendente.

Métodos: Paciente de sexo femenino de 47 años con cirugía de sustitución valvular aórtica y sustitución de aorta ascendente, presenta en TAC de seguimiento posoperatorio pseudoaneurisma de anastomosis proximal adherido a plano esternal. Debido al riesgo de rotura aórtica en la reentrada esternal, se opta por una estrategia de entrada en circulación extracorpórea, enfriamiento y preparación para la parada cardiocirculatoria. Se realiza canulación carotídea bilateral con injerto de dacrón de 8 mm. Se coloca vent para drenaje de VI por toracotomía izquierda a través del ápex y canulación venosa periférica. Una vez alcanzada la hipotermia moderada se realiza reapertura esternal, posteriormente se realiza disección de la aorta ascendente, con parada cardiocirculatoria con perfusión cerebral anterógrada carotídea bilateral y apertura del pseudoaneurisma con reparación directa de la zona de rotura.

Resultados: Recuperación posoperatoria sin eventos neurológicos ni isquémicos, paciente dada de alta sin eventos a los 7 días, con TC de control al seguimiento sin complicaciones.

Conclusiones: Opción segura de canulación arterial en cirugía de aorta, asegurando la circulación cerebral durante la parada cardiocirculatoria.

P-1643660532.

CIRUGÍA DE PSEUDOANEURISMA TRAUMÁTICO DE TRONCO BRAQUIOCEFÁLICO

G. Seguí Abrines, A.I. Garzón Furné, M. Vázquez Marfil, P. Castro Vera, A. Ferreiro Marzal, M. Esteban Molina, A. Abdo y J.M. Garrido Jiménez

Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Introducción: Las lesiones traumáticas de los troncos supra-aórticos condicionan una alta morbimortalidad, debido fundamentalmente a las dificultades de acceso y al hecho que estos vasos irrigan el sistema nervioso central.

Métodos: Presentamos el caso de varón de 26 años que tras accidente laboral con traumatismo sobre tórax y cuello al caerse una plancha de vidrio (más de dos toneladas) sobre él, requiriendo IOT in situ por parte de O61 por agitación psicomotriz y GCS 7 puntos. En TAC posterior se detecta pseudoaneurisma de tronco braquiocefálico, por lo que se contacta con Cirugía Cardiovascular. Se procede a cirugía de reemplazo de base del tronco, bajo parada circulatoria, mediante implante de tubo de Dacrón.

Resultados: La intervención fue realizada con éxito.

Conclusiones: El tratamiento de las lesiones traumáticas de los troncos supra-aórticos requiere de extensas exposiciones quirúrgicas consistentes en toracotomía izquierda o esternotomía media, asociado habitualmente a otras incisiones cervicales o en el hueco supraclavicular. Por su difícil y traumático acceso y también por el hecho de irrigar el encéfalo, la morbimortalidad no es despreciable en la etapa aguda.

P-1642634798.

CIRUGÍA ENDOVASCULAR EN ANEURISMA TORACOABDOMINAL. ALTERNATIVA EN TRONCOS VISCERALES

J.J. Otero Forero, C. Jaén Garrido, D. Macías Rubio, E. Rueda Gomariz, F. Altamirano Medel, A. Fontaine, J. Mamani, J.M. Vignau Cano, A. Bermúdez García y M.A. Gómez Vidal

Hospital Universitario Puerta del Mar.

Objetivos: Los aneurismas toracoabdominales representan un desafío en la práctica clínica. Presentamos un caso de aneurisma toracoabdominal tipo I en el que se utiliza una técnica alternativa para optimizar el cuello distal.

Métodos: Paciente varón de 79 años, hipertenso, exfumador y con atrofia de Bernier con disección tipo B como hallazgo casual que en el seguimiento desarrolla una degeneración aneurismática en aorta torácica descendente con distancia menor de 20 mm a tronco celíaco. Se decide oclusión de tronco celíaco tras prueba de circulación colateral suficiente. Para asegurar el sellado distal se usaron fijaciones transmurales helicoidales.

Resultados: Estancia en cuidados críticos de menos de 24 horas, pudiendo ser dado de alta a domicilio al 4º día posoperatorio sin complicaciones. Los controles de imagen demuestran la ausencia de endofugas.

Conclusiones: Los aneurismas toracoabdominales suponen un reto quirúrgico por lo que debemos disponer del mayor número de herramientas posibles para su tratamiento.

P-1643665521.

CIRUGÍA HÍBRIDA SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA EN UN TIEMPO QUIRÚRGICO PARA PATOLOGÍA AGUDA DEL ARCO AÓRTICO

F. Altamirano Medel, M. Gómez Vidal, J.J. Otero Forero, T. Daroca Martínez, C. Jaén Garrido, E. Rueda Gomariz, A. Fontaine Von Buchwald y J.A. Mamani Moriano

Hospital Universitario Puerta del Mar.

Introducción y objetivos: Presentamos una intervención quirúrgica híbrida sobre arco aórtico, en un tiempo quirúrgico y sin circulación extracorpórea.

Métodos: Paciente de 69 años con antecedentes de hipertensión arterial, cuyo motivo de consulta fue hemoptisis de una semana de evolución. Se realiza en urgencias TAC con contraste intravenoso donde se objetiva hematoma y sangrado alveolar en lóbulo superior izquierdo pulmonar, por pseudoaneurisma aórtico en el cayado. Se realizó reconstrucción 3D con 3Mensio® con el diagnóstico de úlcera aórtica penetrante caudal al cayado y una segunda en aorta descendente. Se decide intervención diferida en quirófano, realizándose, en un solo tiempo quirúrgico, cirugía híbrida, sin necesidad de circulación extracorpórea: *debranching* tipo I de troncos supraaórticos con *bypass* Ao-tronco braquiocefálico/Ao-carótida izquierda con prótesis de Dacrón en pantalón. Colocación en aorta ascendente de anillo de Tailor como referencia para localización radioscópica posterior. Posteriormente, se realiza acceso abierto femoral izquierdo e implante de endoprótesis recubierta distal al *bypass*, con buen resultado comprobado por arteriografía.

Resultados: El paciente permaneció en unidad de cuidados intensivos durante 48 horas, sin complicaciones destacables, siendo dado de alta al cuarto día posoperatorio. Se realizó TAC de control previo al alta y en los 30 días posteriores donde se evidenció mejoría radiológica del sangrado pulmonar, correcta posición de la prótesis en zona 0 y clínicamente el cese de la sintomatología.

Conclusiones: La cirugía híbrida aórtica es una opción viable para pacientes con afectación del cayado aórtico donde la aorta ascendente es indemne y se puede realizar clampaje lateral, evitando circulación extracorpórea. El anillo de Tailor es una herramienta útil para localización radioscópica posterior de estructuras anatómicas en cirugía endovascular.

P-1643571784.

DISECCIÓN AÓRTICA TIPO A EN OCTOGENARIO. MENOS ES MÁS

M. Barquero Alemán, A. Miraglia, C.J. Velázquez Velázquez, E.A. Rodríguez Caulo y J.M. Barquero Aroca

Hospital Universitario Virgen Macarena.

Objetivos: Insistir en la importancia de que no siempre hacer más es mejor. Centrarnos siempre en el paciente, en lo que le salvará la vida y le dará calidad de la misma en función de su patología y posibles soluciones.

Métodos: Paciente de 84 años, HTA, temblor esencial, HBP y hemicolectomizado hace 14 años totalmente independiente que ingresa por cuadro de caída súbita sin pérdida de conocimiento mientras paseaba, refiriendo únicamente ligera molestia en la espalda. Tras angio-TAC se diagnostica de disección de aorta ascendente tipo A con origen distal a los senos de Valsalva y sin afectación de TSA con un diámetro de aorta ascendente de 9 cm. Tras ver las imágenes y pensando en la posibilidad de tratarse de un aneurisma de aorta ascendente roto con posibilidad de reparación quirúrgica únicamente mediante tubo supracoronario se decide traslado a quirófano. Se realiza canulación arterial axilar derecha y femoral izquierda; y canulación venosa femoral izquierda. Clampaje aórtico en zona 2 y clampaje de tronco braquiocefálico y de carótida izquierda para perfusión cerebral. Tras parada cardíaca con cardioplejia Del Nido y aortotomía se aprecia disección aórtica tipo A extendida hasta raíz aórtica.

Resultados: En un paciente de menor edad la solución sería realizar una cirugía de Bentall, pero basándonos en nuestro paciente decidimos que la mejor solución era realizar una sustitución de aorta ascendente por tubo supracoronario dando puntos amplios en raíz aórtica salvaguardando los ostia coronarios. El paciente, tras varias complicaciones en el posoperatorio propias de la edad fue dado de alta a su domicilio a los 34 días de su llegada al hospital.

Conclusiones: Individualizar el tratamiento quirúrgico en función del paciente y sus necesidades según comorbilidades y no en base a la capacidad técnica del cirujano.

P-1643305891.

DISEÑO DE ENDOPRÓTESIS DE AORTA ABDOMINAL EN PACIENTE CON ARTERIAS RENALES DOBLES

M. del Pozo Rodríguez, I. Tribes Caballero, M. Torres Loma-Ossorio, T. González Vargas, J.J. Muñoz Ruiz-Canela y F. Calleja Rosas

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: En la literatura están descritas variaciones anatómicas arteriales a nivel de todo el organismo, aunque se comenzó a dar importancia a su estudio con el desarrollo del trasplante renal, no es una cuestión que en nuestra práctica diaria pongamos en valor. Las variantes anatómicas de las arterias renales en la población caucásica se han estimado en un porcentaje no desdeñable de 20-30%, de entre ellas, la más frecuente es presentar arterias renales dobles. Esta condición obliga a replantear intervenciones, en nuestro caso cuando planificamos una endoprótesis vascular.

Métodos: Presentamos un caso clínico sobre un varón de 71 años diagnosticado de manera casual de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal en ecografía de abdomen. El estudio vascular mediante angioTC describe un aneurisma fusiforme en rango quirúrgico (72 mm de diámetro máximo y 91 mm de longitud). Tras valorar el caso junto con Radiología Intervencionista, se decide que es candidato a endoprótesis de aorta abdominal. Durante la planificación del procedimiento endovascular, es diagnosticado de una variante anatómica que consiste en presentar 4 arterias renales, 2 superiores y 2 inferiores, todas con origen independiente en la aorta abdominal.

Resultados: Se realiza el diseño a medida de la prótesis con Jotec. Se compone de un cuerpo principal que enrasa en su parte proximal con la arteria renal superior más baja, en este caso la derecha. Presenta dos aberturas para las ramas renales inferiores por las cuales se introduce la endoprótesis fenestrada que cubrirá las mismas.

Conclusiones: Debemos ser conscientes de que las variaciones anatómicas existen y conocer al menos las más frecuentes para, en caso

de encontrarnos pacientes con dicha alteración de la normalidad, poder solventar y tratar su patología con la misma probabilidad de éxito que cualquier otro paciente.

P-1643668253.

¿ES LA ENFERMEDAD ASOCIADA A IGG4 UN ENEMIGO SILENCIOSO PARA LA AORTA?

S. Torres Llaque, A. Eixeres Esteve, M.J. López Gude, J.E. Centeno Rodríguez, V. Benito Arnaiz, C. Barajas Díaz, E.M. Pérez de la Sota, C.A. Peralta Bravo, E.M. Aguilar Blanco y J.M. Cortina Romero

Hospital Doce de Octubre-Adultos.

Objetivos: La enfermedad por depósitos de IgG4 se relaciona con una infiltración linfoplasmocitaria y cambios fibroinflamatorios que pueden afectar a la aorta hasta en el 30% de los casos, produciendo cuadros de aortitis y aneurismas, cuya ruptura puede ocasionar complicaciones fatales.

Métodos: Describimos un caso de un varón de 65 años intervenido de manera programada por estenosis aórtica severa sobre válvula aórtica bicúspide con función biventricular normal y tamaños aórticos dentro de la normalidad, con hallazgo casual de aortitis por depósitos de IgG4 en una fase incipiente.

Resultados: Intraoperatoriamente se objetivó una aorta ascendente de aspecto inflamatorio y fibrinoso, de calibre normal, con raíz y cayado aórtico con pared de aspecto y diámetro normal. Tras la aortotomía se confirmó un engrosamiento circunferencial de la pared aórtica de hasta 1 cm, por lo que se procedió a la sustitución de aorta ascendente mediante una prótesis tubular de Dacrón en posición supracoronaria además de la sustitución valvular aórtica mediante prótesis mecánica. El análisis anatomopatológico de la aorta mostró infiltración linfoplasmocitaria de IgG4 compatible con enfermedad asociada a IgG4, descartándose causas infecciosas de aortitis. Se completó un estudio de extensión con PET-TC que no evidenció actividad inflamatoria en otros órganos. Se inició tratamiento con dosis bajas de corticoides durante 8 meses, que se suspendieron por ausencia de clínica en el seguimiento.

Conclusiones: La enfermedad asociada a IgG4 se caracteriza por el engrosamiento de la pared del vaso y si no se trata, puede evolucionar a formación de un aneurisma y/o disección aórtica. El tratamiento precoz de esta patología, como ocurrió en nuestro caso, puede evitar dichas complicaciones a largo plazo.

P-1643663981.

ESTANDARIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE PATOLOGÍA DE LA AORTA ASCENDENTE MEDIANTE ABORDAJE ENDOVASCULAR

A.I. Garzon Furné¹, G. Seguí Abrines¹, M. Vázquez Marfil¹, A. Ferreira Marzal¹, M. Esteban Molina¹, P. Castro Vera¹, L.M. Nuila Durán¹, F. Gomera Martínez¹, A. Abdallah¹, J.M. Olarte Villamizar¹, F. Rodríguez Serrano² y J.M. Garrido Jiménez¹

¹Hospital Virgen de las Nieves, ²Instituto de Investigación Biomédica (Isb) Granada.

Objetivos: Las endoprótesis de aorta ascendente (TEVAR) suponen una alternativa terapéutica en pacientes de alto riesgo quirúrgico. La complejidad del TEVAR en aorta ascendente reside en la proximidad anatómica de la válvula aórtica, las arterias coronarias y los troncos supraaórticos. Se expone a continuación un *How to do it*.

Métodos: En nuestro centro se han implantado 3 endoprótesis en aorta ascendente, en pacientes con aneurisma de aorta torácica, disección tipo A aguda y disección tipo A crónica. Es fundamental un estudio exhaustivo de la anatomía para la planificación del implante.

Realizamos acceso vía femoral, con control a través de la arteria femoral contralateral con *pigtail* en seno no coronario. La patología a tratar debe encontrarse por encima de la unión sinotubular para ser posible resolverla con TEVAR, quedando al menos 1cm de zona de *landing* tanto proximal como distal. La elección del tamaño de la misma también es muy importante: se recomienda sobredimensionar un 20% en patologías crónicas; 10% en agudas. Respecto a la longitud, empleamos como medida la curvatura mayor. Se emplea *spacing* a 180 lpm para el despliegue.

Resultados: Todos los pacientes sobrevivieron a la intervención. Uno de los pacientes ha precisado intervención por crecimiento del saco aneurismático, al que se le realizó embolización con *coils*. En el resto, las pruebas de control demuestran la ausencia de complicaciones y *endoleaks*. Las revisiones indican que se trata de una opción terapéutica con buenos resultados, baja tasa de reintervención y baja mortalidad, siendo una posibilidad en pacientes de alto riesgo quirúrgico.

Conclusiones: Las TEVAR de aorta ascendente son una buena alternativa en pacientes de alto riesgo para tratar patologías tanto agudas como crónicas, incluyendo la disección aórtica. Es vital la selección adecuada del paciente, en base a un extenso estudio anatómico, para planificar adecuadamente la intervención.

P-1643392897.

FROZEN ELEPHANT TRUNK (FET): CIRUGÍA DE ARCO HÍBRIDA

A. Miraglia, M. Barquero Alemán, N. Miranda Balbuena, O. Araji Tiliiani y J.M. Barquero Aroca

Hospital Universitario Virgen Macarena.

Introducción: Paciente de 63 años en seguimiento desde hace 5 años en nuestras CCEE por aneurisma de aorta ascendente y arco aórtico diagnosticado a raíz de estudio por parte de Cardiología de cuadros de angina y disnea de pequeños esfuerzos, hasta cumplir criterios quirúrgicos.

Objetivos: Compartir nuestra experiencia y animar a la difusión de la técnica *Frozen Elephant Trunk* para tratar de forma segura la patología de arco aórtico.

Métodos: Se cánula el tronco braquiocefálico con tubo de Dacrón del 8 mm, se canula AD, y cardioplejia por raíz de aorta. Se perfunde la cabeza, por braquiocefálico tras hipotermia de 28 grados, se claman carótida y subclavia izquierda. Se reseca el aneurisma de aorta ascendente y arco hasta origen de subclavia izquierda. Se implanta prótesis híbrida E-*vita* Open Plus (Jotec), con sutura continua a dicho nivel, a continuación, se sutura dicha prótesis a nivel de aorta ascendente a nivel sinotubular, implantando a continuación las ramas supraaórticas, subclavia, carótida izquierda y tronco innominado a la prótesis. Se comprueba el normofuncionamiento de la válvula aórtica y la hemostasia. Se dejan 2 drenajes pleurales. Se deja electrodo marcapasos epicárdico en ventrículo.

Resultados: Paciente de alta a las 2 semanas sin incidencias significativas a destacar en el posoperatorio.

Conclusiones: La estandarización y la simplificación de la técnica quirúrgica FET permite abarcar y tratar de forma más segura y con menos complicaciones, sobre todo a nivel cerebral y espinal, la patología de arco aórtico.

P-64329643.

IMPLANTE DE EVAR CON CO2 COMO ALTERNATIVA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA AÓRTICA E INSUFICIENCIA RENAL

I. Tribes Caballero, T. González Vargas, A. Guzón Rementería, L. Domínguez Gómez, A. del Toro Ortega, F. Calleja Rosas y J.J. Muñoz Canela

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: El fracaso renal por el uso de contraste yodado en los tratamientos endovasculares constituye una causa importante de morbilidad. Es habitual encontrar pacientes subsidiarios de tratamiento endovascular que asocian cierto grado de insuficiencia renal previa. En este sentido, el dióxido de carbono (CO₂) puede ser una buena alternativa. En nuestro centro, iniciamos en el año 2021 el uso de CO₂ para implante de EVAR en aneurisma de aorta abdominal, obteniéndose resultados satisfactorios con menor riesgo de nefrotoxicidad.

Métodos: Se presenta una serie de tres casos de implante de EVAR utilizando CO₂ como medio de contraste. En todos los casos se trató de aneurismas de aorta infrarrenal, en dos de ellos se utilizó endoprótesis AFX bifurcada y en uno Endurant II bifurcada con extensión ilíaca. Solo en un caso fue necesaria la inyección de una mínima cantidad de contraste para control posterior (10 cc), realizando el implante completo con CO₂ (700-800 mL aproximadamente). Se realizó doble antiagregación (AAS + clopidogrel) en los tres pacientes. En una ocasión fue necesaria angioplastia de femoral común, con buen resultado.

Resultados: En todos los casos se logró normo-implantación y expansión de las prótesis, con buen resultado radiológico. Retales permeables en todos los pacientes, con alta precoz en 48h sin complicaciones. En pruebas de imagen de control realizadas posteriormente no se detectaron endofugas.

Conclusiones: La patología aórtica es cada vez más frecuente debido al mayor acceso a las pruebas de imagen. La complejidad de los pacientes también ha aumentado, viendo en muchos casos patología renal asociada que dificulta el uso de pruebas de imagen y el tratamiento endovascular por la intolerancia a los contrastes yodados. El uso de CO₂ en estos casos supone una alternativa eficaz y segura en implante de EVAR, con una alta tasa de éxito y sin complicaciones renales asociadas.

P-1644788638.

REOPERACIÓN DE SEUDOANEURISMAS DE AORTA ASCENDENTE MEDIANTE HIPOTERMIA PROFUNDA Y PARO CIRCULATORIO PREVIO A LA RE-ESTERNOTOMÍA

J. M. Martínez Cereijo, S. Souaf Khalafi, B. Adrio Nazar, L. Reija López, D. Durán Muñoz, J. García Carro, G. Valencia Páez, J.A. Donoso Mera y A.L. Fernández González

Hospital Clínico Universitario de Santiago.

Introducción: El tratamiento de los pseudoaneurismas de aorta ascendente (SAA) es quirúrgico existiendo la posibilidad de rotura del pseudoaneurisma durante la re-esternotomía. Se presenta una serie de cuatro pacientes consecutivos con SAA donde se realizó hipotermia profunda y paro circulatorio previo a la reesternotomía (HPPC).

Métodos: Paciente 1. Varón de 61 años sometido a operación de Bono-Bentall por disección tipo A. Díez meses después es diagnosticado de endocarditis por *S. epidermidis* y SAA gigante. Es reintervenido mediante HPPC realizando un nuevo procedimiento de Bono-Bentall. Nueve meses después el paciente presenta masa pulsátil preesternal y SAA que precisó reintervención utilizando de nuevo HPPC. Se reseccó un segmento de 1 cm de longitud de Dacrón y se resuturó el resto a la aorta distal. La evolución transcurridos 6 meses es satisfactoria. Paciente 2. Varón de 59 años sometido a operación de Bono-Bentall. Dos meses después es diagnosticado de endocarditis por *S. epidermidis* y SAA roto a mediastino. Es reintervenido de urgencia mediante HPPC realizándose nuevo procedimiento de Bono-Bentall. La evolución transcurridos 28 meses es satisfactoria. Paciente 3. Mujer de 55 años intervenida de recambio valvular aórtico y de aorta ascendente suprasinusal por injerto de Dacrón. En una exploración radiológica a los 48 meses se observa SAA gigante. Es reintervenida mediante HPPC. Se resuturó la anastomosis distal del Dacrón. La evolución

transcurridos 18 meses es satisfactoria. Paciente 4. Mujer de 81 años intervenida de recambio valvular aórtico y de aorta ascendente suprasinusal por injerto de Dacrón. 16 meses después de la intervención presenta masa pulsátil preesternal y SAA. Es reintervenida mediante HPPC. Se resuturó la anastomosis proximal del Dacrón. La evolución transcurridos 20 meses es satisfactoria.

Conclusiones: La HPPC es una herramienta útil y segura en pacientes con SAA que por tamaño o localización presentan elevado riesgo de rotura del pseudoaneurisma durante la reesternotomía.

P-1643660111.

REPARACIÓN ABIERTA DE DISECCIÓN TIPO B ATÍPICA EN SÍNDROME LOEYS-DIETZ

G. Seguí Abrines¹, F. Gomera Martínez¹, A.I. Garzón Furné¹, M. Vázquez Marfil¹, A.C. Ramos Gutiérrez¹, P. Castro Vera¹, A. Ferreira Marzal¹, M. Esteban Molina¹, A. Abdo¹, H. Joachim Schäfers² y J.M. Garrido Jiménez¹

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves. ²University Hospital of Saarland.

Introducción: El síndrome de Loey-Dietz es una enfermedad autosómica dominante del tejido conectivo, causado por mutaciones en los genes TGFBR1, TGFBR2, SMAD3 y TGFB21. Se caracteriza típicamente por aneurismas y tortuosidad arterial, hipertelorismo y úvula bífida o paladar hendido. Lo debemos sospechar ante un paciente con fenotipo marfanoide con las características anteriores.

Métodos: Presentamos el caso de una mujer de 30 años, con antecedentes familiares de padre fallecido por disección aórtica y personales de luxación recidivante de rodilla, asma bronquial extrínseco y AIT sin secuelas. Diagnosticada de síndrome de Loey-Dietz, y en seguimiento por Cardiología por dilatación de raíz aórtica y aorta torácica descendente, sometida en primer lugar a cirugía de David. Con desarrollo de disección tipo B atípica posintervención. Aborto fallido, y embarazo no deseado. Cesárea en quirófano de Cirugía Cardíaca por alto riesgo obstétrico. En segundo tiempo, cirugía abierta de reemplazo de aorta torácica descendente, mediante toracotomía transversa ampliada. La intervención fue realizada con éxito.

Conclusiones: La afectación cardiovascular en el síndrome de Loey-Dietz es muy frecuente. Los pacientes afectados tienen alto riesgo de disección o rotura aórtica a edades muy tempranas, incluso con diámetros aórticos no muy dilatados. Se recomienda iniciar realizar estudios periódicos de imagen que incluyan aorta y ramas. Una de las dificultades para detectar la enfermedad es que se confunde con el síndrome de Marfan, pero con peor pronóstico, ya que los pacientes fallecen a edades más tempranas. El diagnóstico precoz es fundamental, ya que un tratamiento quirúrgico adecuado podría disminuir las complicaciones.

P-1642157103.

RESECCIÓN DE PSEUDOANEURISMA EN SENO CORONARIO DERECHO TRAS DISECCIÓN DE AORTA IATRÓGENA

A. Muinelo Paul, J.J. Cuenca Castillo, L. Fernández Arias, B. Oujo González, V.X. Mosquera Rodríguez, M.C. Iglesias Gil, J.M. Martínez Comendador, C. Velasco García de Sierra, M. García Vieites y F. Estévez Cid

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Introducción: La disección de la raíz de aorta contenida tras un procedimiento de intervencionismo coronario es infrecuente, y las recomendaciones actuales son manejo conservador. Durante el seguimiento ambulatorio, pueden presentarse hallazgos como el pseudoaneurisma de ostium de este caso que precisen intervención quirúrgica.

Objetivos: Describir el manejo e intervención quirúrgica en un caso de pseudoaneurisma en el ostium de la coronaria derecha tras una disección de raíz de aorta iatrogénica.

Métodos: Paciente varón de 67 años que en septiembre de 2019 sufre un IAM inferior y de ventrículo derecho que precisa coronariografía emergente, durante la cual se produce disección iatrogénica de aorta a nivel de seno de Valsalva derecho, que impide la reperfusión en fase aguda. Se realizó TAC de aorta, sin progresión de disección hacia aorta ascendente. Tras manejo conservador inicial, y TAC de control donde se objetiva disminución de la dilatación sacular del seno coronario, se decide control ambulatorio. En seguimiento, se observa imagen de pseudoaneurisma del seno de la coronaria derecha, por lo que se programa para cirugía electiva en septiembre de 2021.

Resultados: Durante la intervención quirúrgica se observa un gran pseudoaneurisma en seno de Valsalva derecho que engloba la salida de la arteria coronaria derecha, que se cierra con un parche de pericardio heterólogo. A la salida de circulación extracorpórea se observa disfunción derecha por lo que se realiza *bypass* de vena safena desde aorta ascendente a arteria coronaria derecha.

Conclusiones: El manejo conservador inicial de disección iatrogénica tras intervencionismo coronario limitada a la raíz de aorta resultó efectivo. El tratamiento quirúrgico del pseudoaneurisma limitado a ostium de la coronaria derecha con parche de pericardio heterólogo ofrece un buen resultado.

P-1643650981.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN PACIENTE CON RIESGO QUIRÚRGICO ALTO

C. Jaén Garrido, E. Rueda Gomariz, F. Altamirano Medel, T. Daroca Martínez y M. Gómez Vidal

Hospital Universitario Puerta del Mar.

Objetivos: Paciente de 62 años intervenido en 1996 de disección tipo I Bakey realizándose implante de tubo de Dacrón en aorta ascendente y cayado, quedando disección tipo B residual. Posteriormente en 2009 ante la progresión de la disección tipo B crónica se decide reintervención, teniendo que parar el procedimiento ante la debilidad de los tejidos tras la apertura esternal y disección de estructuras al producirse múltiples desgarros. Fue remitido a otros centros con mayor experiencia, donde fue rechazado para intervención quirúrgica ante el altísimo riesgo quirúrgico.

Métodos: Presentaba un dolor persistente aun estando en tratamiento por la unidad del dolor. En el último TAC de control: Disección aneurismática de la aorta torácica descendente tipo B, donde se aprecia una progresión de la dilatación del saco aneurismático a la altura de la carina (10,8 × 11,5 cm) con compresión del bronquio principal y arteria pulmonar izquierdo. Diámetro en la unión toracoabdominal de 83 × 13 cm.

Resultados: Ante la mala calidad de vida del paciente se decide realizar un procedimiento puramente endovascular. Previa realización de *bypass* carótido-carotídeo, se realiza control de arteria axilar derecha y arteria femoral derecha. Bajo control radioscópico y ecocardiográfico se realiza técnica de *through and through* con guía de nitinol, procediendo a la implantación de 3 endoprótesis telescópicas Gore TAG con protección de ramas principales viscerales. Posteriormente se procede a implante de endoprótesis Nexus con sus 2 componentes; Cuerpo principal en cayado aórtico y tronco braquiocefálico y cuerpo adyacente en aorta ascendente. Posteriormente el paciente evoluciona de forma favorable. En prueba de control se comprobó buen resultado con trombosis de la luz falsa.

Conclusiones: Existen alternativas a la cirugía convencional que conllevan un mayor trabajo de planificación y preparación, pero son técnicas novedosas con las que nos tenemos que ir familiarizando e introduciéndolas en nuestro día a día.

P-1643127754.

TRATAMIENTO HÍBRIDO DE GRAN ANEURISMA DEL ISTMO AÓRTICO: BYPASS CARÓTIDO-SUBCLAVIO Y ENDOPRÓTESIS TORÁCICA

A. Guzón Rementería, T. González Vargas, P.J. Aranda Granados, A. del Toro Ortega, J.J. Muñoz Ruíz- Canela y F. Calleja Rosas

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Objetivos: Con nuestro caso se pretende dar a conocer la importancia del estudio de imagen (TAC) con las reconstrucciones tridimensionales en el diagnóstico y planteamiento terapéutico del aneurisma de aorta, así como la técnica del tratamiento híbrido del aneurisma del arco.

Métodos: Se presenta caso de paciente de 47 años en estudio por hemoptisis de larga data por neumología, realizándose TAC con reconstrucción 3D donde se evidencia pseudocoartación aórtica asociada a gran aneurisma sacular con calcificación lineal de la pared a nivel del cayado de 48 × 48 mm que desplaza y comprime a la arteria pulmonar izquierda. Se plantea tratamiento híbrido (*debranching*). En un primer tiempo se realiza derivación quirúrgica desde la arteria carótida izquierda hacia la subclavia izquierda con injerto de Goretex de 6 mm anillado (se trata del *debranching* propiamente dicho). En un segundo tiempo se realiza endovascularmente el implante de una prótesis que se enrasa en ostium común del tronco braquiocefálico y carótida izquierda de 37 × 200 mm con buen resultado en control sin endofugas.

Resultados: El paciente presente un posoperatorio inmediato satisfactorio, por lo que es alta a domicilio sin clínica neurológica ni cardiovascular. Se realiza TAC de control previo al alta con *bypass* carótido-subclavio izquierdo permeable y endoprótesis de aorta torácica permeable sin evidencia de fugas.

Conclusiones: La revascularización previa de la arteria subclavia izquierda antes de la oclusión por un implante de endoprótesis se recomienda, sobre todo, en ciertos pacientes, como pacientes con *bypass* de AMI permeables, vertebrales derechas aberrantes u oclusión de arterias ilíacas. A su vez, la derivación quirúrgica de los troncos supraaórticos, posibilita el tratamiento endovascular de los aneurismas del arco aórtico. La tomografía computarizada toma gran importancia en la planificación de la estrategia terapéutica de estos pacientes.

P-1642532052.

USANDO TÉCNICA “BRANCH FIRST” EN DISECCIÓN AÓRTICA TIPO A

N. Miranda Balbuena, C.J. Velázquez Velázquez, M. Barquero Alemán, A. Miraglia y J.M. Barquero Aroca

Hospital Universitario Virgen Macarena.

Objetivos: Describir el uso de técnica “branch first” en disección aórtica tipo A.

Métodos: Estudio sobre caso clínico de paciente varón 49 años que ingresa por clínica compatible con síndrome aórtico agudo. Tras angiotomografía computarizada es diagnosticado de disección aórtica tipo A con afectación de aorta ascendente y cayado aórtico hasta la salida de subclavia izquierda. Tras informar a paciente y familia de la situación clínica se indica cirugía de emergencia que aceptan.

Resultados: En quirófano se prepara canulación arterial en “Y” para, por una parte perfundir de manera retrograda arteria femoral izquierda en un primer momento y posteriormente perfusión cerebral anterógrada selectiva durante la cirugía. Se realiza corrección quirúrgica de disección mediante técnica de “branch first”. Mientras se induce hipotermia a 28 °C se lleva a cabo sutura termino-terminal entre TBC y una de las ramas de tubo tetrafurcado Gelware 12/10/8 × 8 (Vascutek). Conexión de rama de “Y” preparada anteriormente a di-

cho tubo para perfusión cerebral anterógrada. Anastomosis termino-terminal de carótida izquierda a otra rama de dicho tubo. Perfusión de ambos troncos supraaórticos. Una vez llegada a la hipotermia deseada se realiza parada circulatoria de hemicuerpo inferior con perfusión cerebral selectiva anterógrada por TBC y carótida izquierda, para poder explorar arco aórtico y realizar sutura de tubo recto a nivel de subclavia izquierda. Sustitución de raíz aórtica con técnica de Bono Bentall más *bypass* con vena safena autóloga por disección de arteria coronaria derecha. Posteriormente sutura de tubo valvulado con tubo recto antes suturado y finalmente sutura de tubo tetrafurcado a tubo valvulado en aorta ascendente. Tiempo de clampaje 155 min. Tiempo perfusión selectiva 25 min. Alta hospitalaria a los 19 días sin complicaciones.

Conclusiones: La técnica de “branch first” permite no realizar paro circulatorio total así como dejar una zona de anclaje extensa en arco aórtico para posibles futuros tratamientos endovasculares si son necesarios.

P-1643667510.

USO DE COILS COMO TRATAMIENTO DE ENDOFUGA TIPO II EN DISECCIÓN AÓRTICA TIPO B

M. Vázquez Marfil, G. Seguí Abrines, A.I. Garzón Furne, M. Esteban Molina, J.M. Olarte Illamizar, P. Castro Vera, A. Ferreira Marzal, L.M. Nuila Durán, F. Gomera Martínez, A.R. Abdallah, F. Rodríguez Serrano y J.M. Garrido Jiménez

Hospital Virgen de las Nieves.

Introducción: La disección aórtica es una de las patologías de mayor emergencia a intervenir en nuestra especialidad, y según el origen de la misma y el grado de afectación de la aorta y sus ramas, existen diferentes técnicas quirúrgicas.

Métodos: Varón, 46 años, que acude al SUH por dolor torácico e interestapular irradiado al MID, tras Body-TC se diagnostica de disección aórtica tipo B de Standford que se inicia en el cayado y alcanza la arteria iliaca común, con oclusión de luz verdadera en arteria iliaca común derecha. Se decide intervención quirúrgica urgente, donde se realiza *bypass* aorto-carotídeo izquierdo y tras ello, implante de endoprótesis aórtica enrasada en equivalente del tronco braquiocefálico derecho. Persiste oclusión de arteria iliaca común derecha por trombo, por lo que se realiza *bypass* femoro-femoral. Tras estabilización en UCI y correcta evolución en planta, presenta dolor súbito interestapular intenso, con realización de angioTC de aorta donde se observa extravasación periprotésica de contraste a luz falsa proveniente de arteria subclavia derecha (endofuga tipo II). Se programa segunda intervención para sellado de fuga, donde se colocan 2 coils desde arteria subclavia con cierre de *leak*.

Resultados: Tras la segunda intervención, el paciente evoluciona correctamente y tras una estancia total de 16 días se da el alta. Con los posteriores controles, se verifica que desde entonces se mantiene asintomático.

Conclusiones: El tratamiento con endoprótesis de la disección aórtica tipo B aguda se hace preciso de forma urgente cuando se presenta isquemia aguda de miembro inferior o dolor no controlable. Es posible emplear coils para embolización de endofugas tipo II en pacientes con endoprótesis en aorta torácica descendente.

P-1643663416.

USO DE COILS TRAS FRACASO TERAPÉUTICO DE CARDIATIS EN ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA

A.I. Garzón Furne¹, B. Bernal Gallego¹, G. Seguí Abrines¹, M. Vázquez Marfil¹, A. Ferreira Marzal¹, P. Castro Vera¹, A. Abdallah¹, M. Esteban Molina¹, L.M. Nuila Durán¹, F. Gomera Martínez¹, J.M. Olarte Villamizar¹, F. Rodríguez Serrano² y J.M. Garrido Jiménez¹

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves. ²Instituto de Investigación Biosanitaria (Ibs) Granada.

Objetivos: Las endoprótesis tipo Multilayer Flow Modulator (MFM) se están empleando en aorta ascendente dado que permiten aislar el aneurisma o disección, manteniendo el paso de sangre a los troncos supraaórticos. No obstante, puede ser precisa la reintervención por fallo de sellado.

Métodos: Paciente de 79 años, intervenido en 2019 por parte de Angiología en otro centro por aneurisma de aorta torácica, hallado incidentalmente. Se implantó una endoprótesis tipo *Cardiatis*. A los días del alta, reingresa por disnea, debida a derrame pericárdico hemático. En TC de control se aprecia paso de contraste a través de la endoprótesis (catalogado, erróneamente, como endofuga tipo IV). Se diagnostica de fallo de sellado del aneurisma y se procede a implante de endoprótesis en aorta ascendente (*Gore TAG 45 × 100 mm*; zona 0b hasta inicio de tronco braquicefálico). En el seguimiento, se aprecia el crecimiento del saco aneurismático parcialmente trombosado, debido a fallo de sellado de la *Cardiatis*. Se opta por cierre de dicho saco con coils, vía radial izquierda, en lugar de una nueva endoprótesis dado el alto riesgo quirúrgico y la salida de la arteria vertebral izquierda junto a subclavia sin compensación cerebral (ausencia de comunicantes posteriores).

Resultados: Se comprueba por radioscopia con contraste la correcta posición de los coils cubriendo la práctica totalidad del saco aneurismático, así como disminución del flujo al mismo. Es preciso cierto tiempo para que los mismos favorezcan la trombosis del saco, resultando finalmente en un sellado del mismo. Evolución favorable del paciente.

Conclusiones: Las endoprótesis tipo MFM pueden ser una opción para el tratamiento de las disecciones agudas tipo A, no obstante, se ha observado necesidad de reintervención por crecimiento del saco aneurismático hasta en un 47% de los casos (STRATO trial). El uso de coils permite el sellado del saco aneurismático, con un menor riesgo quirúrgico.

Cirugía de las infecciones

P-1643463674.

ABORDAJE QUIRÚRGICO EN SÍNDROME DE LEMIERRE CON HEMOPTISIS DE REPETICIÓN

M.A. Soler Oliva¹, E. Sánchez Domínguez¹, B. Ramos Barragán¹, I. Sanchís Haba¹, A. Adsuar Gómez¹, A. González Calle¹, E. Gutiérrez Carretero¹, M. García de la Borbolla Fernández¹, R. Hosseinpour² y J.M. Borrego Domínguez¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío-Adultos. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío-Infantil.

Objetivos: El síndrome de Lemierre es una secuela grave de una infección orofaríngea aguda, caracterizada por tromboflebitis séptica de la vena yugular interna (TSVYI) frecuentemente complicada con embolismos sépticos. Presentamos un caso de TSVYI que requirió cirugía tras fracaso del tratamiento conservador. Se presenta por su rareza y lo ilustrativo de las imágenes radiológicas y quirúrgicas.

Métodos: Varón de 21 años con cuadro febril, trismus y tumefacción submandibular una semana después de exodoncia quirúrgica por absceso odontógeno. Se observa en TAC colección cervical desde la zona de la exodoncia que infiltra vena yugular interna derecha (VYID). Se interviene de forma urgente drenando la colección e ingresa en UCI. Se aíslan en absceso *Eikenella corrodens*, *Prevotella baroniae* y *Streptococcus constellatus*, este también en hemocultivo. Se inicia tratamiento con ceftriaxona y metronidazol intravenosos y heparina sódica, presentando hemoptisis repetidas. En nuevo TAC se observa TSVYI derecha hasta la confluencia con la vena subclavia derecha (VSD) y émbolos sépticos pulmonares. Se valora el caso de forma multidisciplinar decidiéndose intervención urgente.

Resultados: Mediante esternotomía media extendida a borde supraclavicular derecho, se realiza control de las venas innominada, VSD y VYID. Heparinización local en vez de sistémica. Trombectomía del confluente venoso entre VSD y VYID así como ligadura de VYID en su desembocadura. La intervención se llevó a cabo de forma extrapericárdica. Se dejó sistema de lavado con Betadine® por haber comunicado el mediastino anterior con la zona del absceso cervical. Tras intervención: extubación a las 6 horas, no nuevos episodios de hemoptisis, retirada de drenajes y alta hospitalaria a los 18 días sin complicaciones a corto ni a largo plazo.

Conclusiones: La cirugía es un recurso en la TSVYI cuando no se resuelve con tratamiento conservador, consiguiendo evitar sus complicaciones potencialmente mortales.

P-1643525317.

DEFECTO SEPTAL TIPO GERBODE TRAS CIRUGÍA DE ENDOCARDITIS AÓRTICA

E. Castedo Mejuto, P. Martínez Cabeza, M. Miro Murillo, L. Riesco de la Vega, L.F. Molina Blázquez, M.C. Montero Hernández, M.C. Martín Delgado, A. López de Guzmán, S. Zhang Wang y M. Ortega Gil

Hospital Universitario de Torrejón.

Objetivos: El Gerbode es un raro defecto septal que origina un cortocircuito entre el ventrículo izquierdo y la aurícula derecha. Su origen puede ser congénito o adquirido. Presentamos un caso de Gerbode que se desarrolló tras una cirugía de endocarditis aórtica y que requirió reintervención.

Métodos: Paciente de 68 años con insuficiencia aórtica moderada en seguimiento y epilepsia tras cirugía de malformación arteriovenosa cerebral. Ingresa en nuestro centro por fiebre, tromboflebitis en brazo derecho, hemocultivos positivos a SAMR. Primer ecocardiograma transesofágico sin evidencia de endocarditis. Se instaura tratamiento con fosfomicina y daptomicina y 6 días después del ingreso presenta PCR en el contexto de bloqueo AV completo y bajo gasto. Ingresa en UVI, se implanta marcapasos transitorio y presenta una crisis tónico-clónica que obliga a intubación. Nuevo eco: insuficiencia aórtica masiva por caída del velo no coronario con imagen de absceso. Primera cirugía: prótesis aórtica biológica, reparación con parche de absceso en el aspecto ventricular del velo no coronario. Buena evolución inicial, pero en eco de control se detecta un Gerbode. Dada la evolución favorable y el tamaño pequeño de la fístula, se decidió inicialmente manejo conservador. Ecos posteriores de control: sobrecarga de cavidades derechas y QP/QS > 2, por lo que se reinterviene 3 semanas después de la primera cirugía: cierre del orificio de salida en aurícula derecha con puntos sueltos apoyados en pericardio y parche de pericardio circular sobre el área del defecto como refuerzo.

Resultados: Eco de control: no shunt residual, tricúspide competente y prótesis aórtica normofuncionante. Buena evolución y alta hospitalaria en ritmo sinusal tras completar tratamiento antibiótico.

Conclusiones: El Gerbode es una complicación muy infrecuente de las endocarditis que requiere tratamiento si genera compromiso hemodinámico. La cirugía es una excelente alternativa al tratamiento percutáneo en este escenario porque evita el material protésico.

P-1644963010.

ENDOCARDITIS INFECCIOSA SUBCLÍNICA E INSUFICIENCIA MITRAL: EL PAPEL DE LA TÉCNICA BORDE A BORDE ASOCIADA AL USO DE PARCHES DE PERICARDIO

N.W. Ajhuacho Rentería, M.A. Piñón Esteban, D. Molina Seguil, C. Mayor Déniz, C.M. Sisinni Ganly, B. Acuña País, J.C. Lugo Adán, R. Casais Pampín, J.J. Legarra Caderón y E. Casquero Villacorta

Hospital Alvaro Cunqueiro.

Introducción: La incidencia de la endocarditis infecciosa (EI) oscila entre 1,5-5/100.000 habitantes/año. Cuando genera insuficiencia mitral (IM), la reparación valvular mitral es beneficiosa frente al reemplazo, siempre que permita un desbridamiento completo del tejido infectado.

Caso clínico: Varón de 64 años, con antecedentes de pielonefritis aguda, hemocultivos positivos (*Staphylococcus hominis* y *Streptococcus parasanguinis*) y urocultivo positivo (*E. coli*). Consulta por disnea (NYHA II). El ETE muestra dos flujos de insuficiencia: prolapso del velo posterior y pequeño prolapso o rotura del anterior. En la intervención, presentaba una perforación de 6 × 8 mm del velo anterior, que es asimétrico (distancia septo-lateral de 31 mm en la mitad antero-lateral y 33 mm en la postero-medial). El borde libre del velo posterior era anfractuoso y fibroso, con estigmas cicatriciales y prolapso de P2. Se realiza valvuloplastia con parche oval de pericardio heterólogo, técnica borde a borde (A2-P2) y se estabiliza con anillo completo flexible Tailor 33 mm. Alta al 5º día, con una IM residual trivial mínima. En el seguimiento se mantiene libre de IM, reingresos y NYHA I.

Discusión: La EI debe considerarse en el diagnóstico de IM si hay antecedentes de bacteriemia, aun siendo estos remotos. La reparación ha mostrado beneficios en supervivencia, preservación de la función ventricular y eventos protésicos; (indicación IB ESC; 2015), siendo realizada en el 39% de los casos (Ferringa *et al.*). La experiencia con diferentes técnicas de reparación anatómica (neocuerdas) o funcional (corrección francesa y borde a borde) es esencial en etiologías complejas o mixtas. La reparación valvular mitral debe considerarse en la EI en centros de alto volumen y operadores experimentados. La reparación borde a borde resulta efectiva, versátil y reproducible para eliminar la IM en etiologías complejas.

P-1643664138. I

NFECCIÓN TARDÍA SOBRE ELECTRODO EPICÁRDICO TRANSITORIO ABANDONADO

A. Bellido Morales, F.J. Mancebón Sierra, A.S. Vaca Núñez, J. Fañanas Mastral, M. Matamala Adell y C. Ballester Cuenca

Hospital Miguel Servet.

Objetivos: Se expone el caso de un paciente varón de 80 años, con antecedentes de diabetes mellitus no insulino dependiente y cirugía de revascularización coronaria hace 20 años. Presenta absceso con exudado purulento en reborde costal izquierdo, adyacente a ángulo xifoesternal, recidivante tras debridamientos locales.

Métodos: Tras ser derivado a nuestro servicio por posible complicación tardía de cirugía cardíaca, se evidencia en tomografía axial computarizada, continuidad de absceso cutáneo con remanente de electrodo epicárdico transitorio abandonado. Se realiza inicialmente la resección de la porción extramediastínica del electrodo, por riesgo de complicaciones mayores debido a antecedente quirúrgico. Se aísla *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina en electrodo y tejidos circundantes resecaos. Es tratado con pauta prolongada de antibióticos específicos. Al cabo de dos meses, presenta recidiva de absceso cutáneo en la zona intervenida previamente. Es sometido a resección del remanente intramediastínico del electrodo (bucle amplio en cara inferior, trayecto sobre margen agudo y cara anterior de ventrículo derecho), a excepción de segmento intraepicárdico, mediante mini-esternotomía inferior. Además, se reseca xifoides y material de osteosíntesis de hemisternón inferior.

Resultados: Paciente es extubado precozmente. No precisa drogas vasoactivas ni transfusiones sanguíneas. Permanece afebril y sin clínica de infección sistémica en el posoperatorio. Completa de forma ambulatoria pauta de cuatro semanas de antibióticos tras extracción de material infectado. No vuelve a presentar recidivas.

Conclusiones: Los electrodos epicárdicos transitorios abandonados pueden causar complicaciones infecciosas tardías. Esto conlleva morbilidad asociada y posible necesidad de nuevas intervenciones. Al igual que en las infecciones de electrodos intravasculares, es necesaria la extracción completa del electrodo para hacer más probable la remisión total.

Cirugía valvular

P-1643644737.

ABORDAJE QUIRÚRGICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA SOBRE BIOPRÓTESIS AÓRTICA TRANSCATÉTER

E. Velasco García, Y. Carrascal Hinojal, N. Arce Ramos, B. Segura Méndez, C. Sánchez Torralvo, I. Vázquez Alarcón de la Lastra, D.D. Feliz Pérez, S. di Stefano, M. Fernández Gutiérrez, J.R. Echevarría Uribarri y J. Bustamante Munguira

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción: Hasta el 14% de los pacientes en los que se implanta bioprótesis aórtica transcáteter (TAVI) puede padecer endocarditis infecciosa, que asocia una elevada tasa de mortalidad hospitalaria. La etiología más frecuente es la infección por *Enterococcus* (25,9%), *Staphylococcus aureus* (16,1%) y *Staphylococcus coagulasa-negativos* (14,7%).

Métodos: Un varón de 60 años presenta estenosis aórtica severa y antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular y linfoma no Hodgkin. Se implanta bioprótesis aórtica por vía transfemoral. Dos años después, debuta con fiebre persistente refractaria a antibioterapia y bloqueo auriculoventricular paroxístico. El ecocardiograma muestra insuficiencia periprotésica ligera en seno coronario izquierdo, pseudoaneurisma en la unión mitroaórtica (15 × 23 × 5 mm) compatible con absceso periprotésico e insuficiencia mitral moderada. Los hemocultivos son positivos para *S. epidermidis* sensible a metilicina. Durante la intervención, se observa TAVI endotelizada y verrugas en borde libre de velos protésicos, absceso circunferencial en tracto de salida del ventrículo izquierdo infraanular, con afectación del aparato de conducción, y deformación del anillo mitral, que imposibilita la reparación valvular. Se retira la TAVI, se realiza exéresis de los velos nativos, se repara el anillo aórtico con parche de pericardio y se implantan prótesis mecánicas aórtica y mitral.

Resultados: A partir de las 32 horas del posoperatorio, el paciente presenta múltiples episodios de taquicardia ventricular autolimitada. A las 72 horas, sufre una parada cardíaca recuperada. Fallece diecisiete días después de la intervención por disfunción multiorgánica secundaria a shock séptico refractario, con hemocultivos positivos para *C. parapsilosis*. El análisis microbiológico de la prótesis fue positivo para *S. mitis*.

Conclusiones: La endocarditis sobre TAVI asocia elevada morbimortalidad. En casos en los que existen abscesos extensos, afectación del aparato de conducción y amplia destrucción tisular, los resultados de la intervención quirúrgica son más probablemente adversos a pesar de una reconstrucción adecuada.

P-1643323603.

ACCESOS ALTERNATIVOS PARA TAVI. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

L. Corominas García, E. Rosello Díez, M. Molina Sánchez, J.F. Tabilo, C. Fernández de Vinzenzi, M. Taurón Ferrer, L. Doñate Bertolín, P. Castro Cuba Torres, J. Montiel Serrano y A.J. Ginel Iglesias

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Objetivos: Describir los resultados de implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) por acceso no femoral en nuestro centro.

Métodos: Se registraron los datos de los pacientes intervenidos de TAVI por acceso no transfemoral desde enero de 2018 hasta diciembre de 2021 en nuestro centro. Se clasificaron los pacientes según Euroscore II: riesgo bajo < 4%, intermedio 4-8%, alto > 8%.

Resultados: Se intervinieron 37 pacientes consecutivos: 16 por acceso transapical (43%), 16 transaxilar izquierdo, 4 transcarotídeo izquierdo (11%) y 1 transaórtico (2,7%). La edad promedio fue 79,4 ± 6,5 (65-89); con predominio de sexo masculino (28, 76%); CF (NYHA) II (38%) y III (46%); EuroSCORE II promedio 7,1 ± 5,6%, la distribución por grupos de riesgo fue: bajo 11 pacientes, intermedio 15 y alto 11. 7 pacientes presentaban procedimientos cardíacos previos: 5 cirugías de revascularización miocárdica, 1 combinada de revascularización y mitral, y 1 TAVI, realizándose un procedimiento de *valve in valve*. Se observó insuficiencia residual significativa intraoperatoria en un caso. Ningún paciente presentó ruptura anular o necesidad de conversión a cirugía. Hubo un caso de muerte intraoperatoria por obstrucción de ostium coronario (acceso transapical). Se produjo una muerte durante el ingreso hospitalario por AVC y una muerte en el seguimiento (ICC descompensada). En 7 casos (19%) fue necesario el implante de MCP definitivo.

Conclusiones: Los accesos alternativos para TAVI suponen un acceso alternativo seguro y reproducible, habiéndose obtenido buenos resultados en nuestro centro.

P-1644966029.

AMPLIACIÓN DEL ANILLO AÓRTICO MEDIANTE TÉCNICA DE NICKS

J.A. Moreno Moreno, M. Arribas Leal, R. Taboada Martín, F. Gutiérrez García, S.J. Cánovas López, J. García-Puente del Corral, A. Jiménez Aceituna, M. Lorenzo Díaz, J.M. Aguilar Jiménez, R. Aranda Domene, M. Fernández Molina y J. Pérez Andreu

Hospital Virgen de la Arrixaca.

Introducción: A la hora de realizar un recambio valvular aórtico es posible que necesitemos ampliar el diámetro del anillo aórtico con el fin de implantar una válvula protésica de acuerdo a la superficie corporal del paciente, evitando de esta manera un posible *mismatch*. Con la técnica de Nicks conseguimos ampliar el anillo aórtico con una incisión a nivel del seno no coronario.

Métodos: Varón de 49 años. Hipertenso y fumador. IRC estadio V en hemodiálisis por poliquistosis renal autosómica dominante y nefrectomía derecha tras traumatismo. Insuficiencia aórtica severa y disfunción sistólica ligera. Superficie corporal de 1,74 m². Anillo aórtico de 19 mm. Para implantar una prótesis adecuada a la superficie corporal del paciente debemos realizar una ampliación del anillo aórtico. En este caso de optó por la técnica de Nicks debido a la experiencia del cirujano.

Resultados: Procedimiento realizado a través de esternotomía media, tras resección de válvula aórtica se comprueba anillo aórtico de 19 mm por lo que se decide ampliación de anillo aórtico por la técnica de Nicks (ampliación con parche de pericardio a nivel del seno no coronario). Tras la técnica se consigue implantar una prótesis biológica en posición aórtica del número 23.

Conclusiones: La ampliación del anillo aórtico es una técnica a conocer para evitar posibles casos de *mismatch* en paciente con anillos de pequeño tamaño y grandes medidas en la superficie corporal.

P-1644864715.

ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE LA CALCIFICACIÓN DEL ANILLO MITRAL EN LOS RESULTADOS DE LA SUSTITUCIÓN VALVULAR MITRAL

C. Sánchez Torralvo, S. di Stefano, B. Segura Méndez, E. Velasco García, I. Vázquez Alarcón de la Lastra, D.D. Feliz Pérez,

M. Fernández Gutiérrez, J.R. Echevarría Urbarri, Y. Carrascal Hinojal, N. Arce Ramos y J. Bustamante Munguira

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: Identificar la influencia de la calcificación del anillo mitral (CAM) en la sustitución valvular mitral.

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico recopilando 320 sustituciones valvulares mitrales entre 2012 y 2019. Revisamos el cateterismo en busca de calcificación del anillo mitral, distinguiendo entre ausencia de calcificación, calcificación ligera (< 50% de la circunferencia) y severa (> 50% de la circunferencia). Realizamos un análisis de la influencia del grado de calcificación del anillo mitral en cuanto a mortalidad y complicaciones.

Resultados: Un 37,8% de los pacientes presentaban calcificación del anillo mitral (11,6% grave). La CAM se asocia con una mayor PSAP (49,4 vs. 53,84 mmHg, $p = 0,018$) y un mayor gradiente valvular (6 vs. 8,95 mmHg, $p < 0,001$) en el preoperatorio. También, con mayor FEVI (55,94% vs. 59,72%, $p = 0,02$) y mayor gradiente posoperatorios (5 vs. 4,20 mmHg, $p = 0,008$). Relacionamos la CAM con mayor frecuencia de rotura de surco (3,3 vs. 1,25%, $p = 0,033$). La CAM se asocia también con mayor tasa de reintervención (9,9 vs. 3,53%, $p = 0,039$). La CAM grave se relaciona con tiempos de clampaje (104 vs. 129 min, $p = 0,001$) y de CEC (123,08 vs. 147,31 min, $p = 0,004$) más largos. En el posoperatorio se asocia a estancias más largas en unidad de críticos ($p = 0,030$), mayor tasa de síndrome de bajo gasto (64,86 vs. 41,84%, $p = 0,005$) y de reintervención (18,41 vs. 7,42%, $p = 0,031$). La CAM severa se relaciona con una mayor tasa de mortalidad hospitalaria (18,9 vs. 7,4%, $p = 0,030$). Todas las roturas de surco ocurrieron en pacientes con CAM grave (10,81 vs. 0%, $p < 0,001$). Además, en el grupo con calcificación grave objetivamos una alta tasa de complicaciones durante el seguimiento (40,54%).

Conclusiones: CAM es un factor predictor de peores resultados en sustitución valvular mitral. La calcificación grave condiciona negativamente el pronóstico de los pacientes sometidos a esta cirugía.

P-1643665970. A

ORTA NEGRA: HALLAZGO EN CIRUGÍA CARDÍACA

C. Mayor Déniz, J.C. Lugo Adán, B. Acuña País, M.A. Piñón Esteban, E. Casquero Villacorta, R. Casais Pampín, D. Molina Seguil y J.J. Legarra Caderón

Hospital Álvaro Cunqueiro.

Introducción: La alcaptonuria es un error congénito del metabolismo de los aminoácidos fenilalanina y tirosina, siendo un trastorno hereditario raro, autosómico recesivo, debido al déficit de la enzima oxidasa del ácido homogentísico (HGA), resultando en un exceso de HGA en sangre y orina. Se caracteriza por orina color oscuro, acumularse en los tejidos conectivos confiriéndoles una coloración negra (ocronosis), y artrosis por degeneración en las articulaciones.

Objetivos: Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de alcaptonuria por los hallazgos en una cirugía de sustitución valvular aórtica por estenosis grave.

Métodos: Mujer de 72 años con estenosis aórtica severa degenerativa, realizándose una sustitución valvular aórtica por una bioprótesis Tripecta de 19 mm, hallándose una coloración negra de la pared interna de la aorta y válvula aórtica, con fibrosis de los tres velos y calcificación severa del anillo valvular y aorta sinusal. Una vez recuperada de la cirugía cardíaca, se realiza artroplastia total de rodilla por gonartrosis y los traumatólogos describen depósitos negros en partes blandas y cartilagosas. Se envían muestras a Anatomía Patológica y a Laboratorio.

Resultados: Las muestras de anatomía patológica muestran hallazgos compatibles con alcaptonuria, como cambios reactivos y presencia de pigmentación pardo-marrón, y se confirma con la determinación en

orina de HGA en valores superiores a los de referencia. Es un problema que no tuvo ninguna repercusión médico-quirúrgica.

Conclusiones: El tratamiento de la alcaptonuria es prevenir la acumulación del HGA en los tejidos mediante dieta, y a su vez sintomático con antiinflamatorios por la artropatía. Recientemente se aprobó el uso de nitisinona, un inhibidor competitivo de la 4-hidroxi piruvato dioxigenasa que disminuye la síntesis y acumulación del HGA y sus metabolitos. Un diagnóstico precoz es de vital importancia para disminuir la acumulación del HGA y las complicaciones que acompaña.

P-1644408508.

BIOPRÓTESIS DE RÁPIDO DESPLIEGUE EDWARDS INTUITY E N POSICIÓN AÓRTICA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

S. Souaf Khalafi, G.A. Valencia Páez, J.M. Martínez Cereijo, L. Reija López, B. Adrio Nazar, L. Ángel, J. García Carro y D. Durán Muñoz

Hospital Clínico Universitario de Santiago.

Introducción: Las prótesis aórticas de despliegue rápido han surgido como una alternativa al reemplazo valvular aórtico convencional. Estas prótesis podrían disminuir los tiempos quirúrgicos y presentar un mejor comportamiento hemodinámico. Presentamos nuestra experiencia con la válvula Edwards Intuity en el recambio valvular aórtico.

Métodos: Se trata de una serie de casos en el que analizamos los resultados obtenidos con el implante de esta prótesis en pacientes con estenosis aórtica. Entre mayo de 2017 y diciembre de 2020 implantamos 25 prótesis aórticas Edwards Intuity (77,68 ± 6,4 años, 72% varones, EuroScore logístico: 8,34 ± 5,6). El análisis estadístico se ha realizado mediante el software estadístico R v.3.

Resultados: Hubo éxito en el implante en el 100% de los pacientes. Un paciente falleció en el posoperatorio (4%) y dos presentaron Ictus (8%). El tiempo medio de pinzamiento aórtico fue de 35,7 ± 8 minutos y el tiempo medio de circulación extracorpórea de 59 ± 16 minutos. En siete pacientes (28%) el procedimiento fue combinado, de los cuales seis (24%) con revascularización miocárdica y uno (4%) con sustitución de la aorta ascendente. Seguimiento medio de 12,7 ± 7,2 meses. No hubo ningún fallecimiento en el seguimiento. Al año, el gradiente máximo era de 11,66 ± 4,3 mmHg y el 100% de los pacientes presentaban grado funcional clase I de la NYHA.

Conclusiones: El recambio valvular aórtico con la bioprótesis Edwards Intuity para el tratamiento de la estenosis aórtica es factible, seguro y eficaz ya que se consigue una reducción en los tiempos de isquemia miocárdica y de circulación extracorpórea en comparación con la cirugía convencional, así como un comportamiento hemodinámico excelente.

P-1643661343.

CIRUGÍA VALVULAR EN EL SÍNDROME CARCINOIDE CARDÍACO: UNA REVISIÓN DE CASOS

A. Dantas Aveiro, F. Sbraga, P. Moliner Borja, J.M. Rabasa Baraibar, A. Blasco Lucas, K. Osorio Higa, J. Tejero Gomis, M.B. Cevallos Zambrano, L. Artinez-Sapiña Carro y M.V. Boglione

Hospital Universitari de Bellvitge.

Los tumores neuroendocrinos son raros, pero la cardiopatía carcinoide es frecuente en pacientes diagnosticados de síndrome carcinoide. Esta enfermedad afecta mayoritariamente al sistema valvular (particularmente cavidades derechas) que desarrolla un endocardio fibroso y engrosado. Aunque la fisiopatología de este proceso es compleja y no del todo conocida, se piensa que un importante factor es la exposición crónica a altos niveles de serotonina circulante. Debido al pe-

queño número de pacientes con esta enfermedad, el objetivo de este estudio es dar a conocer la experiencia de nuestro centro en el tratamiento quirúrgico del síndrome carcinoide cardíaco. Se analizaron de forma retrospectiva 3 casos con insuficiencias tricuspídea y pulmonar severas secundarias a síndrome carcinoide en el año 2021. Preoperatoriamente todos los pacientes se encontraban en clase funcional NYHA II-III, con funciones sistólicas conservadas y dilatación de cavidades derechas. Los pacientes fueron sometidos a cirugía de sustitución valvular tricuspídea y pulmonar por prótesis biológicas. El tiempo medio de ingreso fue de 16 días y como complicación posoperatoria destaca un caso de isquemia intestinal. En el control ecocardiográfico posoperatorio se objetivaron prótesis tricuspídeas normofuncionantes con gradientes correctos, mientras que de las prótesis pulmonares un caso presentó gradientes ligeramente elevados sin fuga intraprotésica significativa. Al año las prótesis tricuspídeas se mantuvieron normofuncionantes, y respecto a las prótesis pulmonares, dos casos presentaron aumento de los gradientes y de fuga intraprotésica que pasó a moderada-grave. Se objetivó mejoría de la clase funcional en todos los pacientes al año de la intervención. El tratamiento quirúrgico de la cardiopatía carcinoide es la opción de tratamiento más eficaz cuando existe afectación severa del sistema valvular, mejorando la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, se necesitan más estudios y un mayor período de seguimiento para valorar la elección y el funcionamiento de las prótesis, en particular en posición pulmonar.

P-1643650461.

CUERDA TENDINOSA AÓRTICA VERDADERA EN VÁLVULA TRICÚSPIDE

B. Segura Méndez, J.R. Echevarría Uribarri, M. Fernández Gutiérrez, C. Sánchez Torralvo, E. Velasco García, I. Vázquez Alarcón de la Lastra, D.D. Feliz, Y. Carrascal Hinojal, N. Arce Ramos, S. Di Stefano y J. Bustamante Munguira

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción: Las cuerdas tendinosas aórticas son infrecuentes, generalmente descritas asociadas a válvulas congénitas unicúspides, generando insuficiencia aórtica (IAo), siendo extremadamente raras con válvulas tricúspides.

Métodos: Mujer de 76 años, hipertensa en seguimiento por dilatación de aorta ascendente (AA) e IAo. Refería disnea de moderados esfuerzos. El ecocardiograma reveló dilatación de AA con unión sinotubular (UST) conservada, IAo grave y función biventricular conservada. El TC mostró dilatación de AA (sinusal: 42 mm; UST: 40 mm; ascendente: 48 mm), coronariografía sin lesiones coronarias. Intraoperatoriamente, se observó aorta friable, de pared fina. La válvula aórtica era trivalva con una cuerda tendinosa aórtica en el velo no coronario, con defecto de coaptación central, sin fenestraciones. Se realizó sustitución valvular aórtica por bioprótesis convencional número 23 y aortoplastia reductora con sutura.

Resultados: En el posoperatorio inmediato la paciente precisó de reintervención urgente por sangrado de AA. Posteriormente evolucionó favorablemente, con alta al décimo día posquirúrgico. El ecocardiograma de control mostró normofuncionamiento protésico. La anatomía patológica no mostró patología.

Conclusiones: Las cuerdas tendinosas son restos embrionarios del proceso de formación de cúspides en una etapa temprana del desarrollo de la válvula aórtica, resultando un tejido fibroso entre la válvula aórtica y la pared de la aorta, manteniendo la coaptación de la válvula. La ruptura puede ser causada por la dilatación de AA, degeneración valvular y el envejecimiento. Además, a mayor edad asocian hipertensión y un aumento espontáneo de la presión arterial puede provocar la rotura de las cuerdas tendinosas aórticas. El ecocardiograma transesofágico juega un papel clave en el diagnós-

tico, sin embargo, precisa de un diagnóstico diferencial con la propia distensión de las comisuras, perforaciones o fenestraciones de los velos. Es importante el diagnóstico y seguimiento de las mismas por riesgo de ruptura y generación de insuficiencia siendo preciso intervención quirúrgica para evitar dilatación y fallo ventricular.

P-1643312204.

DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE UN DISPOSITIVO PARA VISUALIZAR LA CARA VENTRICULAR DE VALVAS

I. Díaz de Tuesta Revilla

Hospital Regional Universitario.

Objetivos: Los accesos habituales en cirugía cardíaca (atriotomía, aortotomía) permiten un examen directo de las caras superiores de las válvulas cardíacas, pero no de las caras ventriculares. En caso de endocarditis y tumoraciones, conocer su estado ayuda a la toma de decisiones. Nuestro objetivo fue diseñar y construir una herramienta que permitiera examinar la cara ventricular de las válvulas cardíacas desde los accesos habituales de atriomotomía y apertura aórtica o pulmonar.

Métodos: Basado en el diseño del espéculo estándar y en el del periscopio, empleamos una herramienta de diseño asistido por ordenador para diseñar una varilla de soporte en L con dos plataformas de 1'2 cm inclinadas en ángulos opuestos 45°. En ellas se engarzan dos pequeños espejos circulares similares al de un espéculo. El dispositivo se ha manufacturado a partir de la esterolitografía generada por la aplicación CAD, imprimiendo en ABS de grado médico con una impresora 3D varios prototipos.

Resultados: El dispositivo final es apto para atravesar el orificio de una válvula aórtica, mitral o tricúspide y ofrecer una imagen directa (no especular) de la cara ventricular de las válvulas. Su simplicidad, sin electrónica ni mecánica, permite su uso inmediato.

Conclusiones: Se ha diseñado y construido un dispositivo que permite evaluar de forma rápida y directa la superficie ventricular de las válvulas cardíacas desde aurículas o aorta.

P-1644956991.

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL ALINEAMIENTO NEOCOMISURAL DE LA PRÓTESIS AÓRTICA TRANSCATÉTER ACCURATE NEO2 POR VÍA TRANSAXILAR IZQUIERDA

V.X. Mosquera Rodríguez, A. Bouzas Mosquera, B. Oujo González, A. Muínelo Paul, F. Estévez Cid, C. Velasco García de Sierra, J.M. Martínez Comendador, M.C. Iglesias Gil, L. Fernández Arias, M. García Vieites y J.J. Cuenca Castillo

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Objetivos: Determinar la seguridad, reproducibilidad y eficacia del alineamiento neocomisural de la prótesis valvular aórtica transcáteter autoexpandible Accurate neo2 (Boston Scientific) por vía transaxilar izquierda.

Métodos: Entre octubre 2021 y febrero 2022 se implantó una prótesis Accurate Neo2 por vía transaxilar izquierda en 12 pacientes (66,7% mujeres, edad media $82,2 \pm 7$ años, euroSCORE I $18,4\% \pm 12,2\%$ y euroSCORE II $6,1\% \pm 4,6\%$) en un quirófano híbrido. El cálculo de las proyecciones óptimas para lograr un adecuado alineamiento neocomisural se realizó mediante posprocesado de una TAC cardíaca preoperatoria. El resultado del alineamiento neocomisural se evaluó posimplante mediante ecocardiografía transesofágica y/o TAC. Se evaluó el ángulo de desviación neocomisural respecto a comisuras nativas: 0-15°, alineamiento comisural; 15-30°, malalineamiento leve; 30-45°, malalineamiento moderado, y 45-60°, malalineamiento grave.

Resultados: Las medias de perímetro de anillo aórtico, diámetro derivado de perímetro y área anular fueron $75,4 \pm 6,7$ mm, $23,9 \pm 2,2$ mm y $441,3 \pm 77,3$ mm², respectivamente. El tamaño protésico más frecuentemente implantado fue "M" (41,7%). Se logró alineamiento neocomisural en 10 pacientes y solo 2 casos presentaron malalineamiento comisural leve. Las medias de gradiente aórtico pico y medio fueron $12,9 \pm 5$ y $6,1 \pm 4,6$ mmHg, respectivamente. No hubo insuficiencia aórtica posoperatoria grado $\geq 2+$. El calibre medio de arteria subclavia izquierda fue $6,7 \pm 0,7$ mm. No hubo complicaciones de acceso vascular. No hubo mortalidad intrahospitalaria ni a 30 días. La mediana de estancia posoperatoria global fue 2 días (rango 2-7 días).

Conclusiones: El implante por vía transaxilar izquierda de la prótesis Accurate neo2 es una técnica fácil, eficaz y reproducible incluso en anatomías hostiles. La determinación de la técnica de implante específica basada en el TAC cardíaca preoperatoria facilita su alineamiento neocomisural por vía transaxilar. Su alineamiento neocomisural por vía transaxilar izquierda difiere de su homólogo por vía transfemorales, y se postula más sencilla debido a una mayor respuesta del giro del sistema de 1:1.

P-1643651629.

ENDOCARDITIS SOBRE PRÓTESIS MITRAL PERCUTÁNEA TENDYNE: REPORTE DE UN CASO

C.M. Sisinni Ganly, J.C. Lugo Adán, R. Casais Pampín, E. Casquero Villacorta, D. Molina Seguil, B. Acuña País, M.A. Piñón Esteban, N. W. Ajhuacho Rentería, C. Mayor Deniz y J.J. Legarra Caderón

Hospital Álvaro Cunqueiro.

Introducción: La implantación de una prótesis mitral transcáteter (TMVI) con prótesis *Tendyne* para tratamiento de la insuficiencia mitral severa (IM) sintomática en pacientes de alto riesgo quirúrgico fue realizada inicialmente en noviembre 2014. Desde su comercialización en España a finales de 2020, hemos realizado 4 implantes en nuestro centro hasta la fecha.

Objetivos: Presentamos el caso de una paciente con endocarditis temprana tras TMVI con prótesis *Tendyne* que precisó extracción de la prótesis.

Métodos: Mujer de 74 años con antecedentes de hipertensión, obesidad mórbida (120 kg) y litiasis coraliforme, diagnosticada de cardiopatía isquémica con IM funcional severa y esclerosis de velo posterior, e insuficiencia cardíaca. El *Heart Team* decidió TMVI con prótesis *Tendyne* tras desestimar cirugía convencional por alto riesgo quirúrgico y tratamiento de reparación mitral percutáneo *edge-to-edge* debido a características anatómicas valvulares desfavorables. La intervención se realizó sin complicaciones y con resultado exitoso. Seis meses después, la paciente presentó infección urinaria sintomática por *Streptococcus fecalis* y cuadro febril con hemocultivos positivos para *Streptococcus epidermidis*. Los ecocardiogramas realizados mostraron dos *leaks* periprotésicos de nueva aparición, de grado grave (ORE 0,8 cm², VC 0,8 cm²) con engrosamiento de velos protésicos y vegetaciones en cara auricular y ventricular del soporte. El PET-TAC confirmó el diagnóstico de endocarditis protésica.

Resultados: La paciente fue intervenida para explante de prótesis *Tendyne* y sustitución por bioprótesis Epic 31, y revascularización de descendente anterior con arteria mamaria. Se extrajo completamente el dispositivo transcáteter. La evolución posoperatoria fue satisfactoria, sin presentar complicaciones significativas.

Conclusiones: El TMVI ofrece resultados iniciales alentadores en un perfil de pacientes de alto riesgo. La endocarditis reportada sobre *Tendyne* es poco frecuente y grave. Es necesario un mayor número de pacientes y un mayor seguimiento para conocer los resultados reales tras TMVI con *Tendyne*.

P-1643653288.

¿ES LA TAVI UNA OPCIÓN RAZONABLE EN LOS PACIENTES MENORES DE 75 AÑOS? MANTENIENDO LA CIRUGÍA VALVULAR AÓRTICA COMO PRIMERA ELECCIÓN

S. Solís Gallego, U.M. Murgoitio Esandi, G.P. Cuerpo Caballero, M.Y. Villa Gallardo, C. García Mere, L. Díaz Calvo, R.H. Rodríguez-Abella González, A. Pedraz Prieto, D. Monzón Díaz, M. Ruíz Fernández, F.J. Rodríguez Lega y A. González Pinto

Hospital General Gregorio Marañón.

Objetivos: Comparación de los resultados que proporciona la implantación de válvula aórtica transcáteter (TAVI) vs. sustitución valvular aórtica en pacientes menores de 75 años.

Métodos: Desde enero del 2013 hasta noviembre de 2021 se analizaron de forma retrospectiva las actas de las sesiones médico-quirúrgicas de nuestro hospital, donde se presentaron 465 casos. Se descartaron 59 pacientes que no eran candidatos a implantación percutánea de válvula aórtica por precisar algún procedimiento más allá de TAVI y/o revascularización coronaria. Así mismo, se seleccionó a aquellos pacientes con edad menor a 75 años por ser los que contemplan una toma de decisión más ambigua. Finalmente, tras aplicar los criterios de exclusión, se analizaron un total de 145 pacientes.

Resultados: De los 145 pacientes incluidos, 91 se sometieron a sustitución valvular aórtica (SVAO) frente a 54 procedimientos percutáneos, siendo la edad media significativamente mayor en TAVI (TAVI: 73,2 años vs. SVAO: 66,68 años; p: 0,000). El EuroSCORE mostró riesgo superior en TAVI (6,7 vs. 4,28). Aumentaron los procedimientos percutáneos del 7,7% del total en 2013 a 71,4% en 2021. Tras un seguimiento medio de 1698 días, la mortalidad fue significativamente mayor frente al procedimiento quirúrgico (TAVI: 22,2% vs. SVAO: 7,7%, p: 0,02). Con respecto a otras complicaciones, destaca la elevada presencia de marcapasos 33,3% en el grupo percutáneo vs. 9,9% quirúrgico (p: 0,002), no siendo significativa la comparación en ACV (TAVI: 7,4% vs. SVAO: 8,8%), ni clase funcional de los supervivientes (p: 0,24). Se observó un ingreso hospitalario menor en el grupo de TAVI (TAVI: 8,9 días vs. SVAO: 12,48 días, p: 0,039).

Conclusiones: El procedimiento TAVI ha ido ganando relevancia en pacientes < 75 años. Se suele aplicar a pacientes de mayor edad y riesgo y ofrece un ingreso hospitalario más reducido. Sin embargo, resta por saber el perfil de paciente que más se beneficiaría ya que a medio-largo plazo los resultados en términos de mortalidad e implante de marcapasos desaconsejan una utilización exacerbada de la técnica transcáteter.

P-1644873786.

¿ES POSIBLE MEJORAR EL RESULTADO DE LA SUSTITUCIÓN VALVULAR MITRAL CON UN NUEVO DISEÑO DEL ANILLO DE SUTURA?

M.N. de Antonio Antón², C. Muñoz Guijosa¹, M.E. Monguió Santín², E. Berastegui García², M. Monteagudo Vela², M.L. Cámara Rosell¹, María Luisa, I. Julià Amill¹, M.F. Aguirre Caamaño², C. Fernández Gallego¹, S. Badía Gamarra¹ y G. Reyes Copa²

¹Hospital Germans Trias i Pujol. ²Hospital de la Princesa.

Introducción: La prótesis valvular mitral On-X® está actualmente en estudio para evaluar la seguridad de disminuir el rango terapéutico de anticoagulación. Además, se ha diseñado un nuevo anillo de sutura (Conform-X) para mejorar su implantación.

Objetivos: Analizar los resultados hemodinámicos y clínicos de los pacientes intervenidos de sustitución valvular mitral por prótesis On-X® 25 con anillo Estándar (ONXE) frente a la prótesis On-X® 25/33 anillo Conform-X (ONXC).

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes intervenidos de sustitución valvular mitral con prótesis ONXE (n = 28) y prótesis ONXC

(n = 497) entre 2001 y 2018. Se compararon las características basales, resultados clínicos y hemodinámicos de ambos grupos utilizando un análisis por emparejamiento.

Resultados: Los pacientes intervenidos con la prótesis ONXE eran de forma estadísticamente significativa más propensos a tener mayores niveles de creatinina, diabetes, hipertensión arterial, hipertensión pulmonar severa, insuficiencia mitral de causa isquémica y endocarditis. No hubo diferencias en cuanto a mortalidad quirúrgica (OR 1,92; IC95% 0,54-9,75). La supervivencia a largo plazo fue mayor en los pacientes intervenidos con ONXC (OR 2,60; IC95% 1,38-4,89). Tras el análisis de emparejamiento, la supervivencia a largo plazo fue mayor con ONXC; OR 1,91; IC95%: 0,97-3,77). No se encontraron diferencias en cuanto a eventos adversos relacionados con las prótesis. La presencia de *leak* paravalvular fue mayor en los pacientes con ONXE (13 vs. 5,1%; p = 0,03). El gradiente medio transvalvular fue similar entre ambas prótesis (ONXE: 4,25 ± 1,26 vs. ONXC: 4,61 ± 1,84 mmHg; p = 0,38).

Conclusiones: A pesar de existir diferencias clínicas entre ambos grupos la supervivencia a largo plazo parece ser mejor con la prótesis Conform-X. No hubo diferencias significativas en cuanto a los transvalvulares pero la presencia de fuga paravalvular fue mayor en el grupo Estándar On-X. Se necesitan más estudios para confirmar dichos hallazgos.

P-1640692050.

ESPERANZA DE VIDA EN PACIENTES OPERADOS DE RECAMBIO VALVULAR AÓRTICO POR ESTENOSIS AÓRTICA DE BAJO GRADIENTE CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA EN COMPARACIÓN CON OTROS TIPOS DE ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA

C. Vigil-Escalera López¹, D. Hernández-Vaquero Panizo¹, E.A. Rodríguez Caulo², O.R. Blanco Herrera³, E. Berastegui García⁴, F.J. Arias Dachary⁵, S. Souaf Khalafi⁶, G. Parody Cuerda², G. Laguna Núñez⁷, A. Adsuar Gómez⁸, M. Castella Pericas⁹, J.F. Valderrama Marcos¹⁰, I. Pulitani¹¹, S. J. Cánovas López¹², A. Ferreira Marzal¹³, A. García Valentín¹⁴, M. Carnero Alcazar¹⁵, M.P. Pareja Peláez¹⁶, J.A. Corrales Mera¹⁷, J.A. Blázquez González¹⁸, D. Macías Rubio¹⁹, D. Fletcher Sanfeliu²⁰, D. Martínez López²¹, E. Martín Gutiérrez²², M. Martín García²³, J.A. Margarit Calabuig²⁴, R. Hernández Estefanía²⁵, M.E. Monguió Santín²⁶, J.J. Otero Forero²⁷ y J. Silva Guisasaola¹

¹Hospital Universitario Central de Asturias. ²Hospital Universitario Virgen Macarena. ³Hospital La Fe. ⁴Hospital Germans Trias i Pujol. ⁵Hospital Reina Sofía. ⁶Hospital Clínico Universitario de Santiago. ⁷Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ⁸Hospital Universitario Virgen del Rocío-Adultos. ⁹Hospital Clínic de Barcelona. ¹⁰Hospital Regional Universitario. ¹¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. ¹²Hospital Virgen de la Arrixaca. ¹³Hospital Virgen de las Nieves. ¹⁴Hospital General Universitario de Alicante. ¹⁵Hospital Clínico San Carlos. ¹⁶Hospital Universitario Virgen de la Salud. ¹⁷Hospital Universitario de Badajoz. ¹⁸Hospital La Paz. ¹⁹Hospital Universitario Puerta del Mar. ²⁰Hospital Universitario Son Espases. ²¹Hospital Universitario Puerta de Hierro. ²²Hospital Universitario de León. ²³Hospital Ramón y Cajal. ²⁴Hospital de La Ribera. ²⁵Fundación Jiménez Díaz. ²⁶Hospital de la Princesa. ²⁷Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

Introducción: El recambio valvular aórtico (RVAo) puede modificar la historia natural de la estenosis aórtica severa (EAoS). Sin embargo, en comparación con la población general, estos pacientes tienen una pérdida en su esperanza de vida. Se desconoce la esperanza de vida de los pacientes que se someten a RVAo debido a EAoS de bajo gradiente con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) conservada.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes entre 50 y 65 años a los que se les realizó un RVAo aislado en 27 centros españoles durante 18 años. Analizamos las supervivencias esperadas y observadas a los 18 años de pacientes con EAoS de bajo gradiente con FEVI preservada y todos los demás tipos de EAoS. Comparamos ajustando mediante propensity score la esperanza de vida de los pacientes con EAoS de bajo gradiente con FEVI preservada frente a EAoS de alto gradiente con FEVI preservada.

Resultados: Se analizaron 5.084 pacientes. Para los pacientes con EAoS de bajo gradiente y FEVI preservada, la supervivencia observada a los 10, 15 y 18 años fue del 86,6% (IC95% 85,3-87,8), 75% (IC95% 72,7-77,2) y 63,5% (IC95% 58,8-67,8). La supervivencia esperada a los 10, 15 y 18 años fue del 90,2%, 82,1% y 75,7%. En la muestra emparejada, la supervivencia de los pacientes con EAoS de bajo gradiente con FEVI preservada fue similar a aquellos con EAoS de alto gradiente con FEVI preservada, *log rank test*, p = 0,95; HR = 1 (IC95% 0,7-1,4; = 0,95).

Conclusiones: Existe una pérdida en la esperanza de vida de los pacientes en todos los tipos de EAoS operados de RVAo. Esta pérdida es mayor en pacientes con disfunción ventricular izquierda y menor en pacientes con estenosis aórtica de gradiente bajo o alto con fracción de eyección preservada. El beneficio de la cirugía es similar entre estos dos últimos grupos.

P-1644797527.

EXPERIENCIA INICIAL CON IMPLANTE DE VÁLVULAS TRANSCATÉTER POR VÍA AURICULAR EN PACIENTES CON CALCIFICACIÓN SEVERA DEL ANILLO MITRAL

S. Torres Llaque, J.E. Centeno Rodríguez, M.J. López Gude, A. Eixeres Esteve, E.M. Pérez de la Sota, C. Barajas Díaz, V. Benito Arnaiz, C.A. Peralta Bravo, E.M. Aguilar Blanco y J.M. Cortina Romero

Hospital Doce de Octubre-Adultos.

Objetivos: Describir la técnica para el implante de prótesis transcáteter bajo visión directa en pacientes con calcificación severa del anillo mitral (MAC) y analizar nuestra experiencia inicial.

Métodos: Realizamos esta técnica en 2 pacientes con estenosis mitral severa, grado funcional III/IV e hipertensión pulmonar. El STS risk score fue 23 y 75% respectivamente. En las pruebas preoperatorias (tomografía computarizada y ecocardiograma) se evidenció calcificación severa del anillo mitral en herradura y alta posibilidad de obstrucción del neotracto de salida del ventrículo izquierdo (área < 2 cm²), en caso de TAVI en MAC. Valorada por nuestro Heart Team se decidió el implante de una válvula transcáteter bajo visión directa (vía auricular). El procedimiento se realizó mediante esternotomía media y circulación extracorpórea. A través de una atriotomía izquierda; se reseco el velo anterior, dejando el velo posterior y el MAC. Después de medir el tamaño de la prótesis se da el mínimo número de puntos posibles desde la cara auricular alrededor del anillo para suturar posteriormente a la prótesis. A la prótesis escogida se le sutura una banda de teflón encima del faldón y se dan unos puntos en las comisuras para el momento del implante. Se introduce en el anillo la prótesis crimpada y se comienza a liberar hinchando el balón mientras se guía con los puntos comisurales previamente fijados en los trígonos.

Resultados: En los ecocardiogramas transtorácico y transesofágico intra y posoperatorios se observó normofunción de las prótesis con gradiente medio de 3 mmHg, sin *leaks* periprotésicos ni obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo. La mortalidad intrahospitalaria fue de un paciente a los 73 días posoperatorios por mediasinitis. El otro paciente tuvo una buena evolución clínica y mantiene seguimiento.

Conclusiones: La técnica descrita es una opción quirúrgica adecuada para pacientes con MAC y sin opción percutánea.

P-1644961551.**INFLUENCIA DE LA APARICIÓN DEL IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO TRANSCATÉTER EN LA CIRUGÍA DE SUSTITUCIÓN VALVULAR AÓRTICA. ¿HEMOS PERDIDO LA BATALLA?**

M. Martín García, J. Miguelena Hycka, M. Castro Pinto, J. López Menéndez, C.B. Torres Terrero, R. Muñoz Pérez y J. Rodríguez-Roda Stuart

Hospital Ramón y Cajal.

Objetivos: La aparición del implante valvular aórtico transcáteter (TAVI) ha supuesto un cambio en el tratamiento de la valvulopatía aórtica llegando a influir en la cirugía de sustitución valvular aórtica tanto en el perfil de los pacientes como en el número de cirugías.

Métodos: Analizamos 762 pacientes intervenidos de sustitución valvular aórtica aislada en nuestro centro entre los años 2008-2020 divididos en 2 grupos en función del inicio del programa TAVI en nuestro hospital: pacientes intervenidos entre el 2008-2014 (412 pacientes) y los intervenidos entre 2015-2020 (350 pacientes) tras el inicio del programa.

Resultados: La edad media de los pacientes intervenidos entre 2015-2020 fue de 68,9 años (IC95% 67,7-70) que comparada con la edad media de los intervenidos entre 2008-2014 de 72,9 años (IC95% 71,9-73,6) resultó ser menor de manera estadísticamente significativa ($p < 0,01$). El riesgo quirúrgico de los pacientes intervenidos antes de la aparición de la TAVI, EuroScore 1 de 7,2 (IC95% 6,7-6,8), disminuyó significativamente ($p < 0,01$) en los pacientes intervenidos posteriormente, EuroScore 1 de 6 (IC95% 5,3-6,7). El porcentaje de prótesis biológicas implantadas actualmente es mayor que el de prótesis mecánicas (73,7 vs. 22,3%) comparado con las prótesis implantadas antes del 2015 (41,5 vs. 58,5%). El número de cirugías de sustitución valvular aórtica ha disminuido a lo largo de los años con respecto al número de TAVI suponiendo en el año 2015 el 72,9% de las intervenciones sobre la válvula aórtica y el 26,2% en el año 2020.

Conclusiones: La aparición de la TAVI ha supuesto un gran impacto en la cirugía de sustitución valvular aórtica con una notable disminución del número de cirugías. Los pacientes operados actualmente presentan menor riesgo quirúrgico. A pesar de que los pacientes intervenidos son cada vez más jóvenes, el implante de válvulas biológicas es cada vez más frecuente.

P-1643658837.**MORTALIDAD EN REPARACIÓN VALVULAR TRICÚSPIDE PROFILÁCTICA EN CIRUGÍA VALVULAR MITRAL CONCOMITANTE**

F.J. Rodríguez Lega, M.Y. Villa Gallardo, G.P. Cuerpo Caballero, U.M. Murgoitio Esandi, C. García Mere, S. Solís Gallego, L. Díaz Calvo, R.H. Rodríguez-Abella González, A. Pedraz Prieto, D. Monzón Díaz, M. Ruíz Fernández, R. Fortuny Ribas y A. González Pinto

Hospital General Gregorio Marañón.

Introducción y objetivos: La cirugía valvular tricúspide concomitante en cirugía cardiaca izquierda se recomienda o debe ser considerada en insuficiencia tricúspide grave o ligera/moderada con dilatación anular tricúspide o en pacientes sintomáticos. Su realización de manera profiláctica y capacidad de mejorar la supervivencia a largo plazo no están reportadas en la literatura. El objetivo de este estudio es determinar la mortalidad operatoria y supervivencia en pacientes sometidos a reparación valvular tricúspide en ausencia de insuficiencia tricúspide severa ni dilatación anular en cirugía valvular mitral.

Métodos: Analizamos los pacientes intervenidos de cirugía valvular mitral con insuficiencia tricúspide \leq II sometidos a una anuloplastia tricúspide profiláctica concomitante desde marzo de 2015 hasta abril de 2021. Se incluyeron 199 pacientes intervenidos de manera conse-

cutiva. Se registró la mortalidad operatoria y se estimó la supervivencia según Kaplan-Meier durante el seguimiento de los pacientes.

Resultados: La mortalidad operatoria fue del 2,51%. El seguimiento medio de los pacientes fue de $2,37 \pm 1,77$ años. La supervivencia según el método Kaplan-Meier fue 5,3 años (IC95% 5-5,59). A 1 año fue 92,2% (IC95% 88,3-96,2), a 3 años 89,8% (IC95% 85,2-94,6) y a 5 años 81,5% (IC95% 71,3-93).

Conclusiones: La realización de una anuloplastia tricúspide concomitante profiláctica en cirugía cardiaca izquierda puede realizarse de manera segura. La supervivencia a 5 años no es inferior comparada con la cirugía concomitante en presencia de insuficiencia tricúspide severa o dilatación de anillo. La reparación valvular tricúspide podría mejorar la supervivencia a largo plazo al prevenir el fallo ventricular derecho.

P-1644646543.**PRÓTESIS EDWARDS INTUITY ELITE EN CIRUGÍA DE SUSTITUCIÓN VALVULAR MITRAL Y AÓRTICA CONCOMITANTE. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS MEDIANTE PROPENSITY SCORE**

L. Varela Barca, R. Hernández Estefanía, A.M. Heredero Jung, M.P. Caderón Romero, A. Donado Miñambres, C. Ibáñez Lorente, M.I. García Vega, M. Tomás Mallebrera y G. Aldámiz-Echevarría Castillo

Fundación Jiménez Díaz.

Objetivos: Las prótesis denominadas “de anclaje rápido” están ya consolidadas en el tratamiento habitual de la valvulopatía aórtica, pero existe poca evidencia en relación con su utilización en procedimientos combinados (sustitución mitral y aortica en el mismo procedimiento). Analizamos nuestra experiencia inicial con la válvula EDWARDS INTUITY Elite en pacientes que también precisaban de sustitución mitral.

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico de los pacientes intervenidos por valvulopatía mitral y aortica desde 1/1/2018 hasta el

| | Intuity+SVM (8) | Prot Ao +SVM (8) | p |
|-----------------------------------|-----------------|------------------|------|
| Edad (años), media (DE) | 76,3 | 73,5 (6,1) | 0,40 |
| Sexo varón, n (%) | 6 (75) | 4 (50) | 0,61 |
| Euroscore II. Media (DE) | 6,1 (3,3) | 5,4 (2,8) | 0,46 |
| Cirugía urgente, n (%) | 8 (100) | 8 (100) | |
| NHYA > III, n (%) | 8 (100) | 8 (57,15) | 0,86 |
| Disf. VI, n (%) | 3 (37,5) | 3 (37,5) | 1,00 |
| Cirugía previa, n (%) | 0 (0) | 1 (12,5) | 1,00 |
| Nefropatía, n (%) | 4 (50,0) | 2 (25,0) | 0,61 |
| Factores de riesgo cardiovascular | | | |
| Hipertensión arterial, n (%) | 8 (100) | 8 (100) | |
| Diabetes mellitus, n (%) | 2 (25) | 0 (0) | 0,47 |
| EPOC, n (%) | 0 (0) | 2 (25) | 0,47 |
| Arteriopatía periférica, n (%) | 3 (37,5) | 1 (12,5) | 0,57 |
| Hipertensión pulmonar, n (%) | 5 (62,5) | 1 (12,5) | 1,00 |
| Afectación valvular | | | |
| Estenosis aórtica, n (%) | | | |
| Insuficiencia aórtica, n (%) | | | |
| Gradientes posoperatorios | | | |
| Grad Ao medio, media (DE) | 8,7 | | |
| Grad Ao pico, media (DE) | | | |

31/1/2021. Los pacientes se dividieron en dos grupos: utilización en posición aórtica de la prótesis EDWARDS INTUITY Elite, o de otra válvula de implantación clásica. Se analizaron los resultados quirúrgicos de ambos grupos después de realizar emparejamiento con Propensity Score (PS) ajustado a EuroScore II y según tamaño valvular.

Resultados: Se intervinieron un total de 51 pacientes con necesidad de sustitución mitral y aórtica en el mismo procedimiento. En ocho de ellos se implantó la prótesis EDWARDS INTUITY Elite. Para el grupo control, después de la aplicación del PS, se seleccionaron ocho pacientes en los que se emplearon prótesis de implantación clásica. Las características basales de ambos grupos fueron comparables en cuanto a edad, sexo y comorbilidades. Los tiempos de CEC y de isquemia fueron inferiores en el grupo INTUITY frente al control: (112 vs. 134 p = 0,007) y (84 vs. 108; p = 0,007) minutos, respectivamente. También se observó una reducción del tiempo de ingreso en UCI (2,5 días de media en INTUITY frente a 3,8 días en el grupo control (p = 0,08) y disminución en el tiempo de estancia hospitalaria (10,6 días frente a 14,6 días). No se registraron complicaciones quirúrgicas ni disfunciones protésicas posprocedimiento.

Conclusiones: El empleo de la válvula EDWARDS INTUITY Elite en cirugía mitro-aórtica es segura y reproducible y presenta buenos resultados quirúrgicos en relación con tiempos quirúrgicos y estancia en UCI.

P-1643648460.

REPARACIÓN AÓRTICA CON ANILLO GEOMÉTRICO

I. Hidalgo Torrico, D. Padrol Bages, D. Fletcher Sanfeliu, R. Tarrío Fernández, L. Vidal Boned, F. Enríquez Palma, G. Ventosa Fernández, R.L. Barril Baixeras y J.I. Sáez de Ibarra Sánchez

Hospital Universitario Son Espases.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos con anillo geométrico en nuestro centro entre abril de 2019 y noviembre de 2021. Se analizaron las características clínicas e intraoperatorias, la morbimortalidad hospitalaria, la supervivencia actual y la necesidad de reintervención.

Resultados: Se intervinieron un total de 12 pacientes. El 75% fueron hombres. La edad media fue 62,8 años. El 41,7% estaban en clase funcional (NYHA) III. El 27,3% presentaban disfunción ventricular. El EuroScore II medio fue 3,4% y el Logístico 8,3%. La técnica de reparación aórtica consistió en: 5 anuloplastias aisladas y 7 anuloplastias con corrección de prolapsos. En 4 pacientes también se sustituyó la aorta ascendente. Los tiempos medios de CEC y clampaje aórtico fueron 153 y 135 minutos respectivamente. 2 reparaciones no fueron exitosas y precisaron reintervención. El resto de pacientes presentó IAo $\leq 1/4$ en la ecocardiografía posoperatoria. La estancia mediana en UCI fue de 3 días (IQR 2) y hospitalaria de 7 días (IQR 1,5). No hubo ningún caso de mortalidad hospitalaria. El seguimiento medio fue de 14 meses, sin ningún *exitus* ni reintervención en el seguimiento.

Conclusiones: El implante de anillo geométrico es una técnica segura, eficaz y reproducible que simplifica la reparación valvular aórtica y que proporciona unos buenos resultados sin incremento de la morbimortalidad intrahospitalaria. Sin embargo, es necesario un seguimiento a largo plazo para establecer la durabilidad y la necesidad de reintervención.

P-1643667680.

REPARACIÓN MITRAL PRECOZ: IMPACTO DE LA DISFUNCIÓN VENTRICULAR Y LA HIPERTENSIÓN PULMONAR EN LOS RESULTADOS Y LA EVOLUCIÓN TRAS CIRUGÍA DE REPARACIÓN MITRAL

U.M. Murgoitio Esandi, G.P. Cuerpo Caballero, A. Pedraz Prieto, F.J. Rodríguez Lega, M.Y. Villa Gallardo, C. García Mere, S. Solís,

L. Díaz, R.H. Rodríguez-Abella González, M. Ruíz, D. Monzón Díaz y A. González Pinto

Hospital General Gregorio Marañón.

Introducción: La reparación mitral, en manos experimentadas, ofrece resultados que animan a la indicación precoz. Las guías clínicas se hacen eco de estas recomendaciones con un nivel de evidencia cada vez mayor. Sin embargo, con frecuencia los enfermos siguen presentando en quirófano una evolución de la cardiopatía que puede tener un impacto negativo en los resultados. Analizamos la influencia de la disfunción ventricular (DV) y la hipertensión pulmonar (HTP) en los resultados quirúrgicos y la evolución posoperatoria como marcadores de precocidad en la indicación.

Métodos: Se analizan los pacientes intervenidos en nuestro centro desde el inicio del programa de reparación mitral C-SUR. De enero 2015 a diciembre de 2021 927 pacientes recibieron atención quirúrgica en la válvula mitral. De estos, 333 pacientes recibieron una reparación valvular. Entre ellos, 269 presentaban DV y 64 contractilidad normal. A su vez, 232 pacientes presentaban HTP (de cualquier grado). Se analizó la clase funcional a 3 meses, 1 año y 2 años (CF 3m, CF1a, CF2a) así como la mortalidad a 30 días y complicaciones hospitalarias: cardiovasculares (CCV), reintervención por sangrado (RS), ventilación prolongada (VP), insuficiencia renal (IRA), accidente cerebrovascular (ACV), infección o implante de marcapasos (MCP).

Resultados: Los pacientes con disfunción ventricular presentaban mayor riesgo (Euroscore II con DV: 6,69 vs. noDV: 3,31; p: 0,078). No se observaron diferencias de mortalidad a 30 días (DV: 0 vs. DV: 1,9%; p: ns). Sí hubo diferencias en CCV (26,0 vs. 12,6%; p: 0,002), RS (14,0 vs. 8,1%; p: 0,081), VP (19 vs. 8,8%; p: 0,013), IRA (23 vs. 11,4%; p: 0,009). No hubo diferencias en ACV, infección o implante de marcapasos. Con respecto a la situación funcional a partir de los 3 meses se empezaron a apreciar diferencias (CF3m ns; CF1a p: 0,032; CF2a: p: 0,078). Con respecto a hipertensión pulmonar, se realizaron más plastias tricúspides (HTP: 53,9% vs. noHTP: 31,7%; p: 0,000). Tampoco se apreciaron diferencias de mortalidad. En este caso, la hipertensión pulmonar tampoco predecía diferencias en clase funcional (CF3m, CF1a, CF2a ns). Ninguna de las complicaciones previamente descritas eran más frecuentes en presencia de HTP.

Conclusiones: La disfunción ventricular es un condicionante importante de los resultados quirúrgicos y de la recuperación funcional en el seguimiento, mientras que la hipertensión pulmonar no asocia más riesgo ni peor evolución, indicando un estadio más precoz en la evolución de la valvulopatía mitral.

P-1644962339.

REPARACIÓN VALVULAR EN LA INSUFICIENCIA MITRAL: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL

D. Fletcher Sanfeliu, I. Hidalgo Torrico, D. Padrol Bages, L. Vidal Boned, G. Ventosa Fernández, A.J. Velásquez Carneiro, R. Tarrío Fernández, F. Enríquez Palma, R.L. Barril Baixeras y J.I. Saéz de Ibarra Sánchez

Hospital Universitario Son Espases.

Objetivos: Presentar los resultados de reparación mitral (RM) en un centro de referencia nacional de reparación valvular.

Métodos: Estudio retrospectivo a partir de una base de datos elaboradora de forma prospectiva del servicio de cirugía cardíaca de nuestro centro. Período de estudio: 19 años (diciembre 2002-diciembre 2021). Análisis descriptivo de variables preoperatorias, intraoperatorias y resultados posoperatorios en cirugía de RM aislada o combinada.

Resultados: 934 pacientes sometidos a RM fueron incluidos, con una edad media de 68 años y un EuroScore Log y II medios del 8,15% y 5,22% respectivamente. La tasa de RM fue 63,5% respecto a un total de 1.470 intervenciones mitrales. El 69% fueron cirugías electivas. El

35,7% de pacientes se encontraban en insuficiencia cardíaca. El 35% presentaban disfunción ventricular $\leq 40\%$. La principal etiología de las insuficiencias mitrales (IM) fueron las degenerativas (42,5%), seguidas de las isquémicas (25,3%) y de las funcionales no isquémicas (15,7%). El 64,9% fueron RM complejas. La técnica realizada sobre el velo posterior cambió a partir de 2015 a favor de las neocuerdas sobre la resección. La mortalidad global fue del 2,1%, con predominio de las endocarditis e isquémicas. La tasa de complicaciones mayores fue del 6,3%. La estancia mediana fue de 9 días. El 98% de pacientes presentó una IM residual grado < 2 al alta (el 72% una IM grado 0). La tasa de reintervención mitral fue del 2,4% tras un seguimiento medio de 104 meses.

Conclusiones: Nuestro centro presenta una alta tasa de RM con resultados excelentes de mortalidad, IM residual y necesidad de reintervención, comparables a los mejores registros internacionales.

P-1644883078.

RESECCIÓN DE FIBROELASTOMA AÓRTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

P.N. Menjura Chaves

Hospital Reina Sofía.

Las neoplasias cardíacas primarias son un fenómeno infrecuente, siendo el fibroelastoma papilar de especial atención por su tendencia a manifestarse mediante fenómenos embolígenos. Se presenta el caso de una mujer de 47 años, que presenta cuadro de focalidad neurológica con lesiones en neuroimagen compatibles con etiología embólica, a raíz de la cual se documenta lesión adherida a velo aórtico en ecocardiografía transesofágica. Tras establecer diagnóstico diferencial, incluidos mixoma y endocarditis infecciosa, se decidió resección quirúrgica, visualizándose lesión excrecente y pediculada adherida a velo coronario izquierdo compatible con fibroelastoma aórtico, que se extrae por completo, permitiendo la preservación del tejido nativo valvular. Las características histológicas de la lesión fueron confirmadas por anatomía patológica.

P-1643666352.

RESULTADOS CONTEMPORÁNEOS DE LA CIRUGÍA AISLADA VS. CONCOMITANTE DE LA VÁLVULA TRICÚSPIDE

M.B. Cevallos Zambrano, A. Miralles Cassina, F. Sbraga, M. Potocnik, K. Osorio Higa, D. Toral Sepúlveda, D. Ortiz Berbel, J. Tejero Gomis, M.V. Boglione, J.E. Toscano Fernández, A. Dantas Marqués y L. Martínez de Sapiña Carro

Hospital Principes de España CS Bellvitge.

Objetivos: Comparar los resultados intrahospitalarios y a medio plazo de los pacientes intervenidos de cirugía tricuspídea aislada *versus* los que la recibieron de manera concomitante a otro procedimiento primario.

Métodos: Revisión retrospectiva de los pacientes intervenidos de la válvula tricúspide, ya fuera de manera aislada (TA) o como procedimiento concomitante (TC), desde enero del 2014 a diciembre del 2021 en nuestro centro. No se excluyó ningún tipo de procedimiento combinado. Se analizaron la morbimortalidad y resultados ecocardiográficos tanto intrahospitalarios como al seguimiento a medio plazo.

Resultados: 217 pacientes fueron intervenidos de la válvula tricúspide en el periodo de estudio, 20 TA y 197 TC. El valor medio del Euroscore II fue 7,79% (TA 5,56% \pm 5,95, TC 8,01% \pm 8,69; p 0,22). Los pacientes sometidos a cirugía aislada mostraron una mayor mortalidad intrahospitalaria respecto al grupo de cirugía combinada, aunque esta no llegó a ser significativa (10% vs. 7,7%, respectivamente; p 0,416). La regurgitación tricuspídea (RT) $> II$ al alta fue mayor en la

TA sin ser significativa estadísticamente (15% en TA vs. 4,5% en TC; $p = 0,064$). Se observó una supervivencia similar para ambos grupos (83,8% en TC vs. 86,7% en TA; log rank: 0,102) y sin diferencias en la clase funcional NYHA $\leq II$ (95% en TC vs. 92,3% en TA; $p = 0,90$). Al final del seguimiento no se observaron diferencias en cuanto a RT $> II$ (15% en TA vs. 12,9% en TC $p = 0,6$).

Conclusiones: La mortalidad actual de la cirugía aislada de la válvula tricúspide podría llegar a equipararse a la combinada con otros procedimientos. Los protocolos de evaluación preoperatoria llevados a cabo por un grupo multidisciplinar y la selección del momento de la intervención podrían ser clave para la obtención de mejores resultados.

P-64365929.

RESULTADOS QUIRÚRGICOS EN LA ENFERMEDAD DE BARLOW

S. Solís Gallego, F.J. Rodríguez Lega, G.P. Cuerpo Caballero, U.M. Murgoitio Esandi, M.Y. Villa Gallardo, C. García Mere, L. Díaz Calvo, R.H. Rodríguez-Abella González, A. Pedraz Prieto, D. Monzón Díaz, M. Ruíz Fernández y A. González Pinto

Hospital Gregorio Marañón.

Introducción: La enfermedad de Barlow supone cerca del 30% de los pacientes sometidos a cirugía valvular mitral. El objetivo de este estudio es analizar la tasa de reparabilidad, número de técnicas reparadoras utilizadas y libertad de insuficiencia mitral severa durante el seguimiento.

Métodos: Analizamos los pacientes con enfermedad de Barlow sometidos a cirugía mitral en nuestra institución entre febrero 2015 y diciembre 2021. Se incluyeron 179 pacientes de nuestra serie (19,31%).

Resultados: La mortalidad operatoria fue del 2,2% (4 pacientes). La tasa de reparabilidad fue 89,4% (160 pacientes). Referente a ésta, se observaron diferencias estadísticamente significativas según el tipo de prolapso ($p = 0,000$). En el prolapso bivalvar se precisaron la utilización de 3 o más técnicas en el 73,9% de los casos (frente al 57,2% y 62,5% en prolapso posterior y anterior respectivamente). Técnicas utilizadas fueron: anuloplastia (98,75%), cierre festonal (44,38%), resección triangular (41,88%), implantación de neocuerdas (41,25%), *sliding* (16,88%) y comisurotomía (4,38%). La estimación de supervivencia por grupos fue para SVM 4,01 \pm 0,53 años (IC95% 2,97-5,04) y para RVM 6,27 \pm 0,16 años (IC95% 5,82-6,46) (log rank p 0,003). El seguimiento medio de los pacientes fue de 2,31 \pm 0,14 años (rango 0,01-6,75). Durante el seguimiento ecocardiográfico la presencia de insuficiencia mitral $\leq II$ fue 86,5%, 75,9% y 70,3% a los 3m, a 1 y 2 años respectivamente.

Conclusiones: La supervivencia tras cirugía de reparación valvular mitral en la enfermedad de Barlow es superior en comparación con la sustitución valvular mitral. La complejidad de la patología, principalmente si existe afectación bivalvar, requiere de técnicas quirúrgicas combinadas que logran resultados seguros respecto al porcentaje libre de enfermedad residual (insuficiencia mitral $\leq II$).

COMUNICACIÓN RETIRADA

COMUNICACIÓN RETIRADA

P-1644684360. TORACOTOMÍA DERECHA PARA REEMPLAZO VALVULAR MITRAL A CORAZÓN LATIENDO

A. González-Caldevilla Fernández, P.J. Alados Arboledas, J.J. Domínguez del Castillo, I. Pernia Oreña y L. Bilbao Carrasco

Hospital Reina Sofía.

Objetivos: En el presente poster se pretende presentar el abordaje por toracotomía y canulación periférica elegido para la sustitución valvular mitral sin clampaje aórtico.

Métodos: El estudio se presentará tipo caso clínico, explicando antecedentes del paciente y pruebas diagnósticas, así como tratamientos previos y posteriores realizados y técnica quirúrgica empleada.

Resultados: Resolución del caso con buen resultado funcional, hemodinámico y estético para el paciente.

Conclusiones: Confirmar la toracotomía derecha a corazón latiendo como una práctica quirúrgica alternativa válida para la sustitución valvular mitral en casos como el presentado, en el que el clampaje está contraindicado.

P-1643571300. USO DE TORNIQUETES EN EL IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA PERCEVAL

M. Barquero Alemán, A. Miraglia, C.J. Velázquez Velázquez, E.A. Rodríguez Caulo y J.M. Barquero Aroca

Hospital Universitario Virgen Macarena.

Objetivos: Mostrar nuestro proceder para un mejor posicionamiento y mayor facilidad de implante de la prótesis biológica aórtica Perceval mediante el uso de torniquetes.

Métodos: En cirugía de recambio valvular aórtico, nuestro grupo tiene muy estandarizada la técnica en cuanto al implante de prótesis Perceval se refiere. Generalmente tras un abordaje por miniesternotomía a nivel de 3^o-4^o espacio intercostal se procede a canulación aórtica y venosa en cava superior o aurícula derecha.

Posteriormente tras clampaje aórtico e infusión de cardioplejia hemática con lidocaína realizamos una aortotomía alta. Colocamos puntos de tracción en cada una de las comisuras. Resecamos los velos aórticos. Tras las mediciones de la prótesis damos los 3 puntos guía en los nadires de cada velo. Una vez montada la prótesis en el sistema de liberación pasamos cada punto por la misma y recogemos ambos extremos del hilo con un torniquete. Una vez pasados los tres torniquetes bajamos la prótesis a nivel del anillo aórtico y apretamos los torniquetes para asegurar su posición. Tras ello procedemos a la liberación de la prótesis. Retirada de torniquetes, puntos guía y puntos de tracción. Cerramos la aortotomía y realizamos una salida de CEC convencional.

Resultados: En nuestra serie de más de 50 prótesis implantadas desde el uso de torniquetes no tenemos ningún caso de necesidad de recolocación de la misma.

Conclusiones: El uso de torniquetes es un buen método para minimizar el error en el implante de la prótesis biológica Perceval. El uso de torniquetes facilita el implante al cirujano de dicha prótesis y evita la dependencia de un segundo operador. Facilidad para el implante en tamaños pequeños de difícil visión.

P-1643651338. VALVULOPATÍAS POSTRAUMÁTICAS

E. Velasco García, J.R. Echevarría Uribarri, M. Fernández Gutiérrez, B. Segura Méndez, C. Sánchez Torralvo, I. Vázquez Alarcón de la Lastra, D.D. Feliz, N. Arce Ramos, Y. Carrascal Hinojal, S. Di Stefano y J. Bustamante Munguira

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción: Las valvulopatías cardíacas secundarias a traumatismos torácicos son poco frecuentes. Su diagnóstico resulta difícil, ya que en fase aguda se suelen producir en pacientes politraumatizados en los que coexisten lesiones graves más evidentes, y en fase crónica los enfermos a menudo permanecen asintomáticos mucho tiempo.

Métodos: Un varón de 21 años presenta un politraumatismo grave con afectación facial y cervical, fracturas costales complicadas con hemo-neumotórax y contusión pulmonar, fracturas vertebrales múltiples, contusiones hepática y esplénica, y fractura falángica de mano derecha. El cuadro se resuelve con tratamiento conservador, sin secuelas aparentes. Diez años después, el hallazgo casual de un soplo cardíaco precede al diagnóstico de insuficiencia aórtica grave por perforación de velo no coronario e insuficiencia tricúspide severa por prolapsos del velo posterior. Ambas lesiones se atribuyen al politraumatismo. El paciente se encuentra asintomático y es programado para cirugía valvular. Durante la intervención, se observa perforación en velo no coronario de la válvula aórtica y se repara mediante cierre del orificio con sutura de parche de pericardio autólogo. En la válvula tricúspide, se implanta neocuerda en velo posterior por rotura de cuerda tendinosa a dicho nivel y se realiza una anuloplastia con anillo.

Resultados: El paciente se mantiene clínica y hemodinámicamente estable durante el posoperatorio y es dado de alta el séptimo día tras la intervención. En el ecocardiograma de control se observa corrección de las insuficiencias aórtica y tricúspide, con anillo tricúspide normoposicionado, quedando un chorro residual de insuficiencia aórtica ligera.

Conclusiones: A pesar de su infrecuencia, las lesiones valvulares deben sospecharse en pacientes politraumatizados, especialmente en impactos de alta energía. El diagnóstico precoz de las valvulopatías puede aumentar las posibilidades de reparación valvular, lo cual mejora el pronóstico de la patología al conservar la función ventricular y evitar las complicaciones inherentes a las prótesis valvulares.

Manejo perioperatorio

P-1644957822.

VALIDACIÓN DE EUROSORE II SEGÚN EL RIESGO QUIRÚRGICO PREOPERATORIO

F. Pascual de la Fuente¹, A.M. Bel Mínguez¹, O. Gil Albarova¹, M. Bueno Codoñer¹, R. García Fuster¹, C. Rueda Muñoz¹, M. Juez López¹, J.H. Taylor¹ y C. Palau Martí²

¹Hospital General Universitario de Valencia. ²Hospital La Fe.

Introducción: La escala EuroSCORE ha sido una herramienta útil para estimar la mortalidad asociada a la cirugía cardíaca. En 2011 se introduce una escala mejorada, EuroSCORE II que aporta un riesgo de mortalidad perioperatoria inferior que su predecesor pero también más preciso.

Objetivos: Se pretende comparar los resultados del EuroSCORE logístico y EuroSCORE II con la mortalidad observada en la muestra de pacientes. Además se pretende estratificar los resultados de EuroSCORE II en pacientes de bajo, medio y alto riesgo quirúrgico.

Métodos: Se toma como muestra la cohorte de pacientes intervenidos en el servicio de Cirugía Cardíaca de nuestro centro entre los años 2017 y 2021 (n = 1.443). Se calculó la media de EuroSCORE logarítmico, EuroSCORE II (en porcentaje) y mortalidad. Además se estratificaron los pacientes según su valor de EuroSCORE II (0-2%, 2-5% y > 5%) en tres grupos (n = 574, n = 528, n = 341) respectivamente. Además se calcularon nuevamente las medias en cada uno de los grupos.

Resultados: La media del EuroSCORE logístico de nuestra muestra fue 11,8% mientras que la del EuroSCORE II fue de 4,06%. La mortalidad total observada alcanzó el 4,02%. En el grupo de menor riesgo quirúrgico el EuroSCORE logístico y el EuroSCORE II fueron 4,5% y 1,28% respectivamente. La mortalidad en este rango fue del 1,05%. En el grupo intermedio la mortalidad fue del 3,22%, el EuroSCORE logístico fue del 11,16% y el EuroSCORE II del 3,1%. Para el grupo de riesgo quirúrgico más elevado la mortalidad ascendió al 10,26%. El EuroSCORE logístico alcanzó un valor de media de 25,24% mientras que el EuroSCORE II estimó una mortalidad del 10,2%.

| Grupo | N | Exitus | EuroSCORE I | EuroSCORE II (%) | Mortalidad (%) |
|-------|------|--------|-------------|------------------|----------------|
| 0-2% | 574 | 6 | 4,50033101 | 1,28378049 | 1,05 |
| 2-5% | 528 | 17 | 11,1637121 | 3,10378788 | 3,22 |
| > 5% | 341 | 35 | 25,242346 | 10,2025513 | 10,26 |
| Total | 1443 | 58 | 11,840104 | 4,05735274 | 4,02 |

Conclusiones: El EuroSCORE II es más preciso que el EuroSCORE logístico para la estimación de la mortalidad preoperatoria en pacientes que se van a someter a cirugía cardíaca. La estratificación según el riesgo quirúrgico no parece alterar la precisión de esta escala.