



214/1 - Manejo de dispositivos percutáneos en el trasplante en cardiopatías congénitas

M.T. González López¹, N. Gil Villanueva², M. Camino López², J.M. Gil Jaurena¹, R. Pérez-Caballero Martínez¹, A.M. Pita Fernández¹, F. Ballesteros Tejerizo² y C. Medrano López²

¹Cirugía Cardíaca Pediátrica; ²Cirugía Pediátrica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Dada la anatomía en cardiopatías congénitas, muchos pacientes son portadores de dispositivos percutáneos en el momento de la cirugía, obligando al cirujano a manejarlos sin dañar estructuras. El trasplante cardíaco en este contexto constituye un reto. Presentamos nuestras técnicas actuales y resultados.

Material y métodos: Período de 36 meses (2013-2015): 32 trasplantes en pacientes con cardiopatías congénitas, de los cuales 13 eran portadores de un total de 18 dispositivos percutáneos [ramas pulmonares (n = 11), VCI (n = 2), ductus (n = 1), aorta descendente (n = 1), túnel lateral Fontan (n = 1), fenestración (n = 1), fistula sistémico-pulmonar (n = 1)]. Edad $9 \pm 3,5$ años (rango 1 mes-25 años); peso 28 ± 11 kg (rango 3,7-64); todos fisiología univentricular: hipoplasia izquierda (n = 9), atresia tricúspide (n = 2), atresia aórtica/CIV (n = 1) y TGA/CRIS-CROSS/estenosis subpulmonar (n = 1). Paliación previa: Fontan (n = 6), Fontan Take-Down (n = 2), Glenn (n = 4), Bibanding (n = 1).

Resultados: La extracción parcial/completa de dispositivos se precisó en 76,9% (n = 10), precisándose las siguientes técnicas de reconstrucción (tejidos donante/heterólogos): hemiarco (15,3%, n = 2), plastia arterias pulmonares (23%, n = 3), reconstrucción hilio-hilio (61,5%, n = 8) y reconstrucción VCS (15,3%, n = 2). Tiempo medio CEC 291 ± 15 minutos (rango 186-431), isquemia total 235 ± 21 (rango 140-276), requiriéndose parada circulatoria (13 ± 4 minutos) en 38,4% (n = 5) para extracción de dispositivos (ramas pulmonares y VCI). Mortalidad a 30 días 14,1% (n = 2) (1 sepsis; 1 disfunción grave). En seguimiento ($21,4 \pm 7,5$ meses, rango 3-35): libertad intervencionismo 81,8% (n = 9); no casos mortalidad. Todos (n = 11): óptima clase funcional.

Conclusiones: Las técnicas quirúrgicas deben adaptarse de forma paralela al desarrollo del intervencionismo. La extracción de dispositivos junto con una extensa reconstrucción anatómica individualizada es fundamental para optimizar el pronóstico post-trasplante.