



214/3 - Procedimientos híbridos para el cierre de comunicaciones interventriculares

M.T. González López¹, A.M. Pita Fernández¹, R. Pérez-Caballero Martínez¹, J.L. Zunzunegui Martínez², F. Ballesteros Tejerizo² y J.M. Gil Jaurena¹

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

Resumen

Introducción y objetivos: Los abordajes híbridos combinan las ventajas de los procedimientos quirúrgicos e intervencionistas en situaciones inusuales, siendo útiles en cardiopatías congénitas seleccionadas. Presentamos nuestra experiencia inicial tras la reciente implantación de técnicas híbridas de cierre de comunicaciones interventriculares (CIV) musculares/medio-ventriculares en pacientes pediátricos.

Material y métodos: Desde enero 2014-diciembre 2015 (período 2 años), se realizó dicho procedimiento híbrido en 6 pacientes (todos varones). La edad media fue 22 ± 12 meses (rango 3 meses-9 años) y peso medio $8,9 \pm 3,1$ kg (rango 5,1-20,2). Todos (n = 6) presentaban CI VS múltiples musculares/medio-ventriculares de las cuales 1 era de tamaño moderado (5-6 mm). Además, 3 presentaban diagnósticos asociados: ventrículo derecho doble salida + estenosis pulmonar (n = 1), aurícula común + hipertensión pulmonar (n = 1) y reparación previa de coartación aórtica (n = 1).

Resultados: Abordajes/técnicas: mini-esternotomía inferior + cierre transventricular derecho (guía/introductor y amplatzer) con control por ETE (n = 3); Marcaje TRANS-CIV con guía vía yugular (seguido de cierre quirúrgico mediante mini-esternotomía + ventriculotomía derecha y rescate de guía, facilitando así la localización y cierre de CIV) (n = 2). 1 procedimiento (primero de la serie) fue fallido debido a laceración VI (reconversión a cirugía). En 2 pacientes se asoció corrección quirúrgica de los defectos asociados. No complicaciones post-operatorias. Seguimiento medio (13 ± 5 meses): 1 paciente requirió cierre percutáneo de shunt peri-dispositivo (4 meses post-implantación); actualmente ninguno presenta shunts residuales significativos. Todos presentan óptima clase funcional y desarrollo.

Conclusiones: Los abordajes híbridos individualizados según la anatomía de la CIV son seguros y eficaces cuando la morfología es inadecuada para cierre quirúrgico o percutáneo de forma estándar en pacientes pediátricos, ya sea como lesión aislada o con otros defectos cardíacos asociados.