

Sesión V
Comunicaciones
Miscelánea II

5-1

CIRUGÍA DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA: 12 AÑOS DE EXPERIENCIA

E. Castedo, J. Ugarte, S. Serrano-Fiz, E. Monguió, R.A. Cabo, C.G. Montero, R. Burgos, M. González, M.A. Cavero, V. Moñivas, J.F. Oteo, G. Téllez de Peralta

Clínica Puerta de Hierro. Madrid

Objetivos: Analizar nuestros resultados en el tratamiento quirúrgico de la miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MHO) durante los últimos 12 años.

Material y métodos: Entre julio de 1993 y diciembre de 2005 hemos intervenido a 34 pacientes con MHO refractaria a tratamiento farmacológico. El procedimiento realizado fue una miectomía septal extendida, asociada a plicatura del velo anterior mitral en 27 casos (79%) y a reemplazo valvular mitral en 5 (15%). Se analizó la evolución posquirúrgica del grado de disnea, gradiente en el tracto de salida del ventrículo izquierdo (GTSVI), insuficiencia mitral (IM) y movimiento sistólico anterior (SAM).

Resultados: El seguimiento medio fue de 87 ± 36 meses. Tras la cirugía se produjo una reducción significativa

del GTSVI (de 99 ± 26 a 20 ± 8 mmHg; $p < 0,001$), del grado de IM (de $2,5 \pm 0,5$ a $0,7 \pm 0,7$; $p < 0,001$) y del SAM (de $2,9 \pm 0,4$ a $0,2 \pm 0,4$; $p < 0,001$), que se tradujo en una mejoría funcional de los pacientes. La mortalidad hospitalaria y la necesidad de marcapasos por bloqueo completo postoperatorio fueron del 2,9% ($n = 1$). No ha habido ningún caso de CIV ni de daño valvular mitroaórtico iatrogénico. La supervivencia actuarial fue del $97 \pm 3\%$ a los 5 años.

Conclusiones: La cirugía en pacientes con MHO produce una gran mejoría clínica con una baja morbimortalidad. Al tratar simultáneamente el componente miocárdico y el valvular de la enfermedad se consigue no sólo reducir el GTSVI, sino corregir la IM y abolir el SAM.

5-2

EFFECTOS DE LA RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA. RESULTADOS A MEDIO PLAZO

D. Ortiz, J. Granados, J.M. Calbet, C. Fontanillas, E. Saura, M. Benito, A. Miralles, J.M. Rabasa, D. Toral, J. Toscano, E. Castells
Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. Hospitales de Llobregat. Barcelona

La terapia de resincronización cardíaca mediante la estimulación tricameral se está consolidando como tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica.

Objetivo: Comprobar los efectos de la resincronización cardíaca a medio plazo basándonos en parámetros clínicos y ecocardiográficos.

Material y métodos: Desde julio de 2000 hasta enero de 2005 se han realizado 36 resincronizaciones: 26 miocardiopatías dilatadas, 3 valvulares y 7 isquémicas. La estimulación ventricular izquierda se consiguió mediante electrodos endocavitarios mediante sondaje del seno coronario en 32 pacientes y epicárdica en 4. Todos ellos estaban en grado funcional III-IV de la NYHA. Se analizaron los parámetros clínicos y ecocardiográficos preoperatorios y a los 6 meses de la resincronización.

Resultados: Se ha observado un incremento significativo de la fracción de eyección ($p < 0,05$) en el 83% de los pacientes, así como disminución de la insuficiencia mitral en 22 (61%). Asimismo 29 pacientes (80%) han mejorado en 1 o 2 grados su clase funcional.

Conclusiones: La estimulación tricameral obtiene notables resultados como terapia efectiva en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica con contraindicaciones para trasplante o previo a su inclusión en lista de espera y como cirugía asociada a revascularización coronaria en miocardiopatía isquémica.

El aumento de la fracción de eyección y la disminución de la insuficiencia mitral están en relación con la mejoría del grado funcional.

5-3

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR CON RADIOFRECUENCIA BIPOLAR

L. Maroto, J. Silva, A. González, M. Carnero, F. Reguillo, A. Alswies, F. O'Connor, E. Rodríguez
Servicio de Cirugía Cardíaca. Instituto Cardiovascular. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivos: Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de la fibrilación auricular (FA) con radiofrecuencia (RF) bipolar.

Material y métodos: Desde febrero de 2004 hemos intervenido 53 pacientes, 55% varones, edad 62 años (DE 11); 79% valvulares; FA persistente o permanente en el 81%. Duración media de FA 52 meses (1-240 meses) y tamaño auricular izquierdo 53 mm (38-72 mm). Se hizo aislamiento de las venas pulmonares izquierdas y derechas y aislamiento/ligadura de la orejuela izquierda. En los pacientes con FA persistente/permanente se asociaron lesiones de ablación entre las venas pulmonares y entre éstas y el anillo mitral. En el 41% se asociaron líneas de ablación en la aurícula derecha.

Resultados: Tiempos de CEC e isquemia 94 (DE: 29) y 73 min (DE: 26). El 98% de los pacientes salieron del quirófano en ritmo sinusal (RS). La FA recurrió en el postoperatorio inmediato en el 43% de los pacientes. Cuatro pacientes (7,5%) precisaron el implante de MP definitivo. Al alta 77% en RS, 96% recibían anticoagulantes orales y 90% antiarrítmicos. No hubo mortalidad hospitalaria. Con un seguimiento medio de 7,4 meses, a los 3 meses el 53% en RS, a los 6 meses el 81,3% y al año el 75%.

Conclusiones: La ablación con RF bipolar de la FA es una técnica rápida y sencilla que permite tratar la FA asociada sin elevar la morbilidad. Los resultados a corto plazo son esperanzadores pero necesitamos más pacientes y seguimiento más prolongado para conocer los resultados a medio y largo plazo.

5-4

IMPACTO DE LA INMIGRACIÓN EN CIRUGÍA CARDÍACA

M.A. Castro Alba, B. Romero Ferrer, L. Delgado Ramis, M. Fernández Guitérrez, J. Orrit Palacios, M.L. Cámara Rosell, X. Ruyra Baliarda
Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Barcelona

Según el Padrón Municipal los extranjeros a 1-01-2005 en España suponen el 8,46% (en Cataluña un 11,4%) con un incremento del 23% respecto a 2004.

Objetivo: Evaluar el impacto en la praxis de la cirugía cardíaca del cambio poblacional que experimenta nuestra zona.

Material y métodos: Revisión de historias clínicas de pacientes extranjeros intervenidos entre los años 2001 y 2005.

Resultados: 90 pacientes extranjeros de un total de 2.454 fueron intervenidos durante este período, distribuidos como sigue: 8 en 2001 (2,49%), 22 en 2002 (4,48%), 21 en 2003 (4,18%), 11 en 2004 (1,89%) y 28 en 2005 (5%).

En el total de valvulares hubo un 35% de pacientes en FA previa con tratamiento anticoagulante. Se implantaron un 45% de prótesis mecánicas, un 27,5% de bioprótesis, cirugía reparadora en un 22,5% y operación de Ross en un 5%. Al alta el 57,5% recibían anticoagulación.

Conclusiones: El cambio poblacional que experimenta nuestro país tiene una repercusión directa en el tipo de cirugía que se practica en nuestro centro. Destacan pacientes jóvenes, mujeres y con patología valvular reumática. Los problemas de la anticoagulación incitan a elegir prótesis biológicas o a realizar una cirugía reparadora.

Procedencia	Proporción	Hombres	Edad	Coronarios	Valvulares	Reumatismo
Europa Occidental	38,9%	80%	62,3	60%	25,7%	45,4%
Magreb	27,8%	68%	38	16%	64%	70,5%
Asia	10%	100%	46,2	55,6%	33,3%	33%
Subsaharianos	8,9%	87,5%	38,7	25%	75%	100%
Sudamérica	7,8%	28,6%	54,5	28,6%	42,9%	50%
Europa del Este	5,5%	60%	50,5	40%	60%	66%

5-5

EXPERIENCIA GLOBAL Y RESULTADOS ACTUALES DEL TRASPLANTE CARDÍACO

F.J. Valera, A. Castelló, D. Mata, M. Pérez, S. Torregrosa, F. Serrano, J.A. Margarit, J.A. Montero, L. Almenar, L. Martínez-Dolz
Servicios de Cirugía Cardiovascular y Cardiología. Hospital General Universitario La Fe. Valencia

Objetivos: Presentamos la experiencia global y los resultados del trasplante cardíaco durante 19 años de actividad.

Material y métodos: De 1987 a 2005 se han practicado en nuestro servicio 439 trasplantes cardíacos (TC) y 24 cardiopulmonares. Hemos analizado la variación en el tiempo de las indicaciones, perfil de donante y receptor, trasplantes urgentes frente a programados, así como los resultados a corto y largo plazo en diferentes períodos de tiempo, tratando de correlacionar dichos resultados con cambios en el manejo, técnica quirúrgica, protección miocárdica y pauta de inmunosupresión.

Resultados: En los últimos 5 años el procedimiento se ha estabilizado en unos 30 casos-año. La causa es la cardiopatía isquémica en un 41%. El 25% de los trasplantes son urgentes, en pacientes con drogas, ventilación asistida y/o contrapulsación aórtica.

La mortalidad hospitalaria es del 10%, disminuyendo hasta el 5% en el último período analizado, con el fallo primario del injerto como principal causa, seguido de la infección. En el TC urgente y el retrasplante la mortalidad es significativamente mayor. Tras el primer año, la enfermedad vascular del injerto (EVI) constituye la principal causa de mortalidad.

Conclusiones: El TC continúa siendo de elección en las miocardiopatías de diversa causa en fase terminal, con baja mortalidad hospitalaria. En la actualidad la escasez de donantes ha llevado a una estabilización en el número de TC realizados. En el futuro debemos mejorar la prevención y tratamiento de la EVI para aumentar la supervivencia a largo plazo.

5-6

TRASPLANTE CARDIOPULMONAR: EXPERIENCIA DE 8 AÑOS EN NUESTRO CENTRO

E. Monguió, E. Castedo, J. Segovia, R.A. Cabo, S. Serrano-Fiz, C.G. Montero, R. Burgos, G. Téllez, M. Gómez Bueno, L. Alonso-Pulpón, J. Ugarte
Hospital Universitario Clínica Puerta de Hierro. Madrid

Objetivo: Analizar los resultados de nuestro programa de trasplante cardiopulmonar (TXCP).

Material y métodos: Entre 1997 y 2005 hemos realizado 19 TXCP, tres de ellos de carácter urgente (15,8%). La edad media de los pacientes fue de 37,22 años y el 58% eran varones. La enfermedad de base era síndrome de Eisenmenger (31,5% de los casos); hipertensión pulmonar primaria (26,3%); síndrome tóxico (10,5%); fibrosis quística más miocardiopatía dilatada (10,5%); cardiopatía congénita compleja (10,5%) y fibrosis pulmonar (5,2%).

Resultados: Los tiempos medios de isquemia y circulación extracorpórea fueron de 272 y 227 min, respectivamente. Hubo un caso de muerte intraoperatoria (5,2%) debida a hemorragia quirúrgica incoercible. La mortalidad hospitalaria

fue del 47% (n = 9), y las causas de dicha mortalidad fueron fallo multiorgánico en 3 casos, hemorragia postoperatoria en dos, fallo primario del injerto en dos, y complicaciones infecciosas en otros dos. El seguimiento medio fue de 53 ± 30 meses. Dos pacientes (10,5%) fallecieron durante el seguimiento a los 44 y 50 meses. La supervivencia actuarial a los 3 años fue del 52,6%. El 36,8% continúan vivos en la actualidad, todos ellos en grado funcional I-II.

Conclusiones: En nuestra limitada experiencia el TXCP es un procedimiento técnicamente complejo con una indudable curva de aprendizaje, que condiciona una alta mortalidad precoz. No obstante, la supervivencia a corto y medio plazo es buena y los pacientes que superan la fase hospitalaria experimentan una franca mejoría funcional.

5-7

CIRUGÍA DEL CONDUCTO ARTERIOSO PERMEABLE: HOSPITAL DE DÍA

G. Davalos^{1,2}, S. Endara¹, B. Sandoval¹, Y. Cando², C. Mendoza²

¹Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Metropolitano. Quito. Ecuador. ²Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Pediátrico Baca Ortiz. Quito. Ecuador

Objetivos: Valorar la viabilidad de un programa ambulatorio para la cirugía de la persistencia de conducto arterioso (PCA).

Material y métodos: 201 pacientes operados de PCA de forma electiva y utilizando un abordaje torácico mínimamente invasivo sin sección muscular y extrapleuraleal. El 73,13% fueron mujeres, la edad media fue $39,8 \pm 39,74$ (rango 0,6-167) meses. Todos los pacientes fueron evaluados con ecocardiograma preoperatorio, el 86,5% presentaron PCA aislado, los restantes se asociaron con patologías intracardíacas principalmente defectos de tabique interauricular o interventricular. La presión arterial pulmonar media fue de $42,5 \pm 13,3$ (rango 20-80) mmHg. La trisomía 21 se presentó en el 10,9%.

Resultados: El procedimiento operatorio se realizó en hospital de día en el 61,39% de los casos, el 33,1 y el 4,9% permanecieron hospitalizados por uno y dos días, respectivamente. Las causas para la hospitalización mayor a 24 h se relacionaron con el grado funcional previo a la cirugía; eventos intraoperatorios (desgarro PCA, sección del conducto); efectos postanestésicos (depresión respiratoria, náusea-vómito), causas pulmonares (atelectasias segmentarias, neumotórax > 30% del hemitórax) y a petición familiar. No se registró mortalidad en la serie y en ningún caso fue necesario el reingreso.

Conclusión: La técnica quirúrgica menos invasiva y los protocolos de manejo en el grupo de estudio acortan la estancia hospitalaria, permitiendo en un porcentaje significativo utilizar la modalidad de hospital de día de forma segura.

5-8

ABLACIÓN QUIRÚRGICA DE FIBRILACIÓN AURICULAR CRÓNICA: LA EXPERIENCIA EN ZURICH

A. Weber, O. Reuthebuch, D. Kisner, R. Tavakoli, J. Holzmeister, M. Genoni
Hospital Universitario. Zurich. Suiza

Objetivo: Mostrar la eficacia de diferentes alternativas de ablaciones quirúrgicas y comparar resultados con el método convencional de *cut-and-sew maze III*.

Pacientes y método: Entre enero de 1999 y diciembre de 2004, 110 pacientes recibieron tratamiento quirúrgico por fibrilación auricular crónica y un seguimiento de mínimo 6 meses. Todos estos pacientes fueron tratados simultáneamente de otras patologías (64 mitrales, 21 aórticas, 11 tricúspides, 14 coronarios). Las técnicas utilizadas se resumen en *cut-and-sew* (10), radiofrecuencia (88), crioablación (3) y microondas (9). Los patrones de lesión fueron MAZE III (10), isolación de venas pulmonares (9) y con líneas de conexión (91).

Resultados: El seguimiento clínico se completó en 103/110 (94%) con un tiempo postoperatorio medio de 23,6 meses (rango 7-67 meses). La mortalidad temprana fue 5/110 (4,5%).

En 27/110 (24,5%) un marcapasos tuvo que ser implantado. Ritmo sinoidal estable se recuperó en el 75,7% de los casos. El MAZE III tradicional tuvo éxito en 9/10 pacientes (90%), la crioablación en 3/3 (100%), microablación en 5/9 (56%) y radiofrecuencia en 63/88 (72%) pacientes. De los pacientes a los que se les extrajeron los dos apéndices auriculares, 41/78 (53%) recuperaron el ritmo sinoidal estable. El 28% (29/193) pudo abandonar la anticoagulación oral. El grado de NYHA bajo de $2,5 \pm 0,75$ a $1,27 \pm 0,48$ ($p < 0,05$).

Conclusiones: En nuestra experiencia el método tradicional MAZE III sigue mostrando los resultados más satisfactorios. Sin embargo, técnicas alternativas emergentes con diferentes fuentes de energía y patrones de lesión más leves, esto es, más seguros y rápidos, están adquiriendo importancia para restaurar el ritmo sinoidal y mejorar el estado clínico del paciente.



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es