

# **Comunicaciones orales 2**



CO9

## 22. CIRUGÍA CORONARIA TRAS ANGIOPLASTIA CON STENT

Alegría Landa V, Carnero Alcázar M, Reguillo Lacruz F, Silva Guisasola JA, Alswies A, Cristóbal Castañón J, Rodríguez Hernández E  
*Hospital Clínico San Carlos, Madrid*

Objetivos: Evaluar el impacto de la implantación de *stents* coronarios previa a la cirugía de revascularización miocárdica.

Materiales y métodos: Desde enero de 2005 hasta diciembre de 2007, se ha evaluado retrospectivamente el impacto de la implantación en *stents* coronarios previa a la cirugía de revascularización miocárdica sobre la incidencia de eventos cardiovasculares, cerebrovasculares y complicaciones mayores en su postoperatorio.

Resultados: Setecientos once pacientes fueron sometidos de forma consecutiva a cirugía coronaria, 99 (13,9%; IC 95%: 13-14,8) eran portadores de algún *stent* en su árbol coronario en el momento de la cirugía. El grupo con *stent* presentaba menor edad (64,3 vs 67,2 años; p < 0,05), menor prevalencia

de infartos miocárdicos recientes preoperatorios (< 90 días) (22,9 vs 38,5%; p < 0,005), menor número de territorios coronarios lesionados (2,1 vs 2,6; p < 0,01) y mayor tasa de revascularizaciones incompletas (37,5 vs 24,5%; p < 0,05). El análisis univariante demostró que la implantación previa de *stents* aumenta el riesgo de infarto perioperatorio (criterio STS) (OR: 2,19; IC 95%: 1,24-3,85). El análisis multivariante no detectó diferencias significativas en mortalidad cardíaca o por todas las causas hospitalarias, ni en la incidencia de eventos cardio o cerebrovasculares mayores.

Conclusiones: La implantación previa de *stents* coronarios no aumenta el riesgo de la cirugía de revascularización miocárdica en nuestra experiencia.

CO10

## 66. RESULTADOS ACTUALES DEL SWITCH ARTERIAL EN LA TRANSPOSICIÓN DE GRANDES ARTERIAS EN NUESTRO MEDIO

Avalos Pinto R, Merino Cejas C, Casares Mediavilla J, Mataró López MJ, Conejero Jurado MT, Otero Forero JJ, González Eguraz M

*Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba*

Objetivos: El *switch* arterial es el tratamiento de elección para la transposición de grandes arterias. El patrón coronario es el principal factor de riesgo de mortalidad. Los resultados pueden estar condicionados por la experiencia.

Material y métodos: Se revisaron 41 neonatos, intervenidos consecutivamente entre 2003-2007: 7 (17%) tenían CIV y 9 (22%) tenían patrón coronario anómalo (1L-2 CxR: 3 casos; 1RL-2 Cx: 2 casos; coronaria única: 2 casos; coronaria intramural: 2 casos).

Resultados: La mortalidad total fue de 3 casos (7,3%): dos por isquemia miocárdica, al principio de la serie, ambos con patrón coronario anómalo (1L-2 CxR y 1RL-2 Cx) y uno por hipertensión pulmonar persistente del recién nacido. Todos los casos con patrón coronario normal, intervenidos en situación estable, evolucionaron favorablemente.

Analizando la mortalidad según los factores de riesgo:

- El patrón coronario anómalo no aumenta significativamente la mortalidad (p = 0,2).
- Ningún patrón coronario, considerado aisladamente, aparece como factor de riesgo.
- La hipertensión pulmonar persistente es el único factor de riesgo cuando se analiza en el grupo de coronarias normales (p < 0,05).

Conclusiones: La corrección anatómica de la transposición de grandes arterias tiene excelentes resultados precoces y tardíos.

La principal causa de mortalidad es la isquemia miocárdica. La presencia de un patrón coronario distinto del habitual ha desaparecido como factor de riesgo, después de superar la curva de aprendizaje.

Sólo la hipertensión pulmonar persistente del recién nacido aparece como factor de riesgo en la actualidad.

**CO11****168. RESULTADOS EN LA REPARACIÓN DEL CANAL ATRIOVENTRICULAR COMPLETO CON LA TÉCNICA DE DOBLE PARCHE**

Congiu S, Mayol J, Carretero J, García-Valentín A, Caffarena JM  
*Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat*

Presentamos nuestra experiencia con la técnica de doble parche en la reparación del canal atrioventricular.

Desde el año 2000 se han realizado 56 correcciones en niños afectos de canal atrioventricular con válvula A-V común divididos en tres grupos, 31 tipo A, 6 tipo B, 19 tipo C. En todos los casos se utilizó doble parche de pericardio con cierre sistemático del *cleft* mitral. Edad media 8,2 meses (rango 3,5 meses a 2 años). Catorce niños presentaban síndrome de Down. La IM en la ecocardiografía preoperatoria era ligera en 34 pacientes, moderada en 20, grave en 2.

No hay mortalidad hospitalaria. Extubación inmediata en el 60,7%. Estancia media en UCI de 2,4 días. Dos pacientes reintervenidos por IM grave. Tres pacientes fallecieron durante un seguimiento medio de 3,7 años. Hallazgos ecocardio-

gráficos al alta: 47 pacientes con IM ligera (29 anuloplastia mitral), 7 moderada (6 anuloplastia mitral), 2 grave. En el seguimiento de 49 pacientes, 26 presentan IM ligera, 16 IM moderada, 7 IM grave. Dos enfermos recibieron sendas prótesis, uno con reintervención previa y otro con doble orificio mitral.

La reparación del canal atrioventricular completo incluye morbilidad sobre la válvula A-V izquierda. No encontramos relación entre el estatus funcional de la válvula antes y después de la intervención. La falta de tejido en el velo lateral izquierdo y la ausencia de síndrome de Down son factores de riesgo para mayor IM evolutiva. El cierre de la hendidura mitral y las técnicas de anuloplastia no aseguran una válvula mitral competente en el futuro.

**CO12****21. RESTAURACIÓN VENTRICAL. RESULTADOS A MEDIO PLAZO CON SEGUIMIENTO CLÍNICO Y CON RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA**

Cánovas López S, Gil Albarova O, García Fuster R, Hornero Sos F, Estévez V, Vázquez A, Martínez León J  
*Hospital General Universitario, Valencia*

Objetivos: Presentamos un estudio prospectivo de restauración ventricular según la técnica de Dor modificada.

Métodos: Cuarenta y siete pacientes se incluyeron prospectivamente durante 6 años. Criterios de inclusión fueron: presencia de cicatriz anteroseptal, fracción de eyección (FE) inferior al 40%, e índice de volumen telediastólico (IVTD) superior a 60 ml/m<sup>2</sup>. La edad media fue de 61,59 ± 9,26 años, y 59,5% de los enfermos estaban en clase III o IV de la NYHA. El tipo de disinergría predominante fue la acinesia (61%). La RM preoperatoria mostraba: VTS: 135 ± 40; VTD: 194 ± 61; índice de VTS (IVTS): 75 ± 27; IVTD: 108 ± 33; FE: 30% ± 7; 43,5% se realizó escarectomía. Se asoció anuloplastia mitral en el 13% de los pacientes.

Resultados: Mortalidad operatoria 2%. Seguimiento medio 29,79 ± 18 meses (0,97-72,60), máximo de 6 años. Supervivencia a 1, 3 y 5 años del 95, 95 y 90%, respectivamente. El 86% estaba en clase I, y el 14% en clase II de la NYHA. El 40% (19) tenía ausencia de IM; 50% (23) IM grado 1/4; 8,7% (4) IM grado 2/4. La FE mejoró de 30,6 ± 7 a 41,1 ± 9. El IVTS se redujo de 75,7 ± 27,4 a 51,3 ± 20,2 ml/m<sup>2</sup>, y el IVTD de 108,3 ± 33,5 a 82,2 ± 32,4 ml/m<sup>2</sup> (p entre < 0,05 y < 0,001).

Conclusiones: La cirugía de restauración ventricular puede de realizarse con unas cifras de morbilidad y mortalidad bajas. Disminuye los volúmenes y aumenta significativamente la FE y la clase funcional del enfermo. La supervivencia observada es superior a la esperada en el caso de que los pacientes no se hubieran realizado la restauración ventricular.

**CO13****118. ASISTENCIA VENTRICULAR MECÁNICA, EXPERIENCIA DEL CENTRO DEL CORAZÓN DE BERLÍN (BERLIN HEART INSTITUTE), ALEMANIA**

Chavez T, Potapov E, Gromman T, Hetzer R  
*Deutsches Herz-Zentrum Berlin, Alemania*

**Objetivos:** El *shock* cardiogénico después de un infarto agudo de miocardio presenta, a pesar de las medidas de reperfusión, una letalidad muy alta; en la mayoría de los casos sólo es posible una estabilización hemodinámica con ayuda de un sistema de asistencia ventricular. El Centro del Corazón de Berlín es una de las instituciones que más ha aplicado estos sistemas asistenciales. Queremos presentar los resultados de nuestra experiencia en este campo.

**Métodos:** Desde 1986, 1.253 pacientes fueron sometidos a implantación de un soporte ventricular mecánico, 1.162 adultos y 91 infantes. Se utilizaron 15 sistemas diferentes de asistencia mecánica; los sistemas más utilizados fueron: Berlin Heart EXCOR (645), Berlin Heart INCOR (159), Novacor (116), Micromed De Bocky VAD (40), entre otros.

**Resultados:** El número de pacientes trasplantados fue de 278, sistemas explantados después de recuperación hemodinámica 87, el tiempo de asistencia fue en un máximo de 1.096 días, en una media de 335 días. Sin los sistemas de asistencia mencionados, los pacientes no hubiesen tenido ninguna posibilidad de supervivencia. Después de la implantación de los sistemas se nota una rápida mejoría del funcionamiento multiorgánico de los pacientes. Los riesgos postoperatorios siguen siendo la hemorragia y la infección.

**Conclusiones:** Los sistemas de asistencia ventricular ofrecen la posibilidad de auxiliar o reemplazar por completo un corazón dañado. La mortalidad como consecuencia de cardiompatías dilatativas agudas o falla cardíaca por infarto agudo de miocardio ha sido considerablemente reducida mediante la aplicación de estos sistemas de asistencia ventricular.

**CO14****109. TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA, ALTERNATIVA AL TRASPLANTE CARDÍACO EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA. RESULTADOS A CORTO-MEDIO PLAZO**

Conejero Jurado MT, Casares Mediavilla J, Ruiz Ortiz M, Mataró López MJ, Ávalos Pinto R, Otero Forero J, González Eguaras M  
*Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba*

**Objetivo:** Analizar parámetros clínicos, ecocardiográficos y supervivencia tras terapia de resincronización cardíaca (TRC) en pacientes remitidos para valorar trasplante cardíaco.

**Método:** Entre abril de 2002 y noviembre de 2007 se implantaron 64 dispositivos de resincronización en pacientes con asincronía intraventricular y/o interventricular y disfunción ventricular grave, 25 de ellos con DAI (39,1%). Edad media de  $61,33 \pm 10,66$  años. Diagnóstico: cardiopatía isquémica 17 (26,6%), idiopática 29 (45,3%), hipertensiva 2 (3,1%). GF III-IV: 78,2%. FE media:  $23,07 \pm 7,49\%$ . IM moderada-grave: 16 (25%). Técnica quirúrgica: triple punción de vena subclavia izquierda, implantación de electrodos en AD (orejuela, 40,6%), VD (ápex, 59,4%) y en VI por seno coronario (vена posterolateral 28,1%, y en vena lateral 28,1%).

**Resultados:** Seguimiento de  $20, 42 \pm 11,94$  meses; el QRS pasó de  $161,07 \pm 31,81$  ms a  $136,50 \pm 30,94$  ms ( $p = 0,059$ ), y la FE media a  $26,32 \pm 8,22\%$  ( $p = 0,004$ ); intervalo A-V  $103,25 \pm 18,48$  ms; intervalo V-V  $18 \pm 15,78$  ms; el criterio de Pitzalis a  $93,12 \pm 77,63$  ms ( $p = 0,001$ ); retraso mecánico interventricular de  $52,41 \pm 34,94$  ms a  $12,21 \pm 13,45$  ms ( $p < 0,001$ ); diferencia entre segmentos retrasados de  $108,27 \pm 81,61$  ms a  $60,42 \pm 65,45$  ms ( $p = 0,001$ ); IM en 47 pacientes (59,57%) ( $p = 0,035$ ). Dos trasplantes (3,1%). Eventos mayores (muerte, ingreso por ICC o trasplante cardíaco): 16 (25%).

**Conclusiones:** La TRC es una alternativa para los pacientes remitidos para trasplante cardíaco, con alta tasa de éxito primario, mejorando la asincronía ventricular, FE, IM y con alta supervivencia libre de eventos mayores.

**CO15****20. NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL CON EL SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIORRESPIRATORIA ECMO**

Castelló Ginestar A, Torregrosa S, Pérez Guillén M, Mata D, Heredia T, Valera F, Montero A  
*Hospital Universitario La Fe, Valencia*

**Objetivos:** Evaluar los resultados de nuestra experiencia inicial con el sistema de asistencia cardiorrespiratoria ECMO.

**Material y métodos:** Desde diciembre de 2006, 13 pacientes (9 varones) con *shock* cardiogénico y edad media de 52 años (32-74) necesitaron ECMO en nuestro hospital. La etiología fue: miocardiopatía 4 pacientes; *shock* poscardiotomía 3; rechazo agudo injerto cardíaco 2; *shock* post-IMA 2; rechazo crónico injerto cardíaco 1; fallo primario injerto cardíaco 1.

**Resultados:** La duración media del soporte fue 139 h (5-330). La evolución de los pacientes en ECMO fue: puente a trasplante 7 pacientes (54%), con una duración media de 99 h (5-192); puente a recuperación 2 pacientes (15,4%), con una

duración media de 255 h (180-330); mortalidad en ECMO 4 pacientes (30,8%), con una duración media de 140 h (76-240). La supervivencia del puente al trasplante (postrasplante) fue 70,5% (5/7). La supervivencia del puente a la recuperación fue 50% (1/2). Hubo 6 muertes hospitalarias (46,3%). Un paciente falleció después de ser dado de alta hospitalaria; por lo tanto, la supervivencia actual es de 6 pacientes de 13 (46,3%).

**Conclusiones:** El empleo de ECMO ha permitido la supervivencia en 6 de 13 pacientes (46,3%) con *shock* cardiogénico agudo grave refractario a tratamiento médico y balón de contrapulsación, que no hubieran podido sobrevivir con ningún otro método terapéutico.

**CO16****164. REMODELACIÓN GEOMÉTRICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO COMO TRATAMIENTO DE LOS ANEURISMAS VENTRICULARES POSTINFARTO**

Calleja Rosas F, Sarria García E, Aranda Granados PJ, Valderrama Marcos JF, Castillo Martín R, Rubio Lobato L, Gutiérrez de Loma J

*Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga*

**Objetivos:** La remodelación geométrica del ventrículo izquierdo (Jatene, Dor, Cooley) es la técnica de elección en el tratamiento de los aneurismas ventriculares. El objetivo del la presente comunicación es el análisis de nuestros resultados.

**Material y métodos:** Se trata de 85 pacientes con infarto agudo y aneurisma ventricular anterior de más de 6 semanas de evolución. La edad media era de  $61 \pm 18$  años, el 87% hombres. El 92% presentaba angina III-IV, insuficiencia cardíaca avanzada 35% y arritmias ventriculares 12%. La fracción de eyección global era del 39%. La porción ventricular contráctil era buena (fracción de eyección por exceso: 0,13, normal > 0,10). La enfermedad coronaria era extensa: 7,5 sobre 12.

Todos los pacientes fueron intervenidos bajo CEC (112 + 21 min), clampaje aórtico ( $62 \pm 15$  min) y cardioplejía. Se prac-

ticó una sutura circular en el cuello del aneurisma y parche intraventricular. Se implantaron 1,5 injertos coronarios/paciente. El balón intraaórtico de contrapulsación fue usado en el 23% de los casos.

**Resultados:** La mortalidad operatoria fue del 4,7% (4 casos), tres por bajo gasto y uno por embolia pulmonar. La fracción de eyección postoperatoria por ECO (30 casos) fue del 46%. El grado funcional postoperatorio fue de I en el 79% de los pacientes.

**Conclusión:** La remodelación ventricular aplicada a pacientes con aneurismas ventriculares con FE global moderadamente deprimida, buena capacidad contráctil de la porción no aneurismática y enfermedad coronaria extensa ofrece una baja mortalidad y mejoría de la FE postoperatoria.



# BIO MED



unidix

# Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

