

CO5

207. REVASCULARIZACIÓN ARTERIAL COMPLETA CON TÉCNICA DE TECTOR: CUANDO NO EMPLEARLA

Voces Sánchez R, Hamzeh G, Crespo A, Lizama L, Cubero A, Rey E, Aramendi JI
Hospital de Cruces, Barakaldo Garazi Letamendi. Hospital de Galdakano, Galdakano

Introducción: la técnica de Tector (TT) permite revascularización arterial completa (RAC), pero las características anatómicas de los injertos, las coronarias y su mecánica de flujos pueden desencadenar casualmente isquemia postoperatoria.

Material y métodos: analizamos los enfermos con TT operados los últimos 5 años, los flujos intraoperatorios en ambos injertos, la correlación con el número de anastomosis, diámetro, zona de implantación (anterior, lateral, posteroinferior), y si presentaron isquemia postoperatoria. Calculamos el flujo/mm², el índice flujo/min/mm² entre arteria mamaria izquierda (AMI)/arteria mamaria derecha (AMD), comparándolos con los de injertos libres y mamarias pediculadas aisladas.

Resultados: recopilamos 134 enfermos: 60 (44,77%) se realizó RAC con TT; 47 (35,07%) TT + injerto libre; 17 dos mamarias pediculadas aisladas.

El flujo medio con TT de la AMI en cara anterior fue 52,98 ml/min (rango 17-169), 31 ml/min/mm² (1,83-26,28);

la AMD a cara lateral y/o inferoposterior 52,11 ml/min (15-127), 18,76 ml/min/mm² (1,80-14,82); índice AMI/AMD 1,88.

El flujo en cara inferoposterior con injerto libre, 38,29 ml/min, 30,00 ml/min/mm² fue superior al realizado con TT ($p < 0,01$); no así el de AMD pediculada, 39,15 ml/min, 11,98 ml/min/mm² (no significativa [NS]).

Pero el índice AMI/AMD con mamarias pediculadas fue 1,33, menor que con TT ($p < 0,05$).

Ocho casos presentaron isquemia en cara inferior: todos TT y RCA; siete tenían coronaria derecha (CD) dominante, con lesiones proximales y escasa-nula circulación colateral. Cuatro cumplieron criterios de infarto, realizándose cateterismo, mostrando tres escaso relleno de CD con injertos permeables.

Conclusión: el flujo con TT es preferencial hacia cara anterior, pero en región posteroinferior es menor que empleando un injerto aislado o AMD pediculada aislada.

Pacientes con isquemia de CD dominantes y lesiones proximales-mediales, es preferible revascularizarlos con injertos aislados dado el riesgo de hipoperfusión.

CO6

237. MIECTOMÍA SEPTAL AMPLIADA VIDEODIRIGIDA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON GRADIENTE DINÁMICO INTRAVENTRICULAR. EXPERIENCIA Y RESULTADOS EN 53 CASOS

Heredia Cambra T, Mata Cano D, Bel Mínguez AM, Doñate Bertolín L, Pérez Guillén M, Castelló Ginestar A, Torregrosa Puerta S, Margarit Calabuig JA, Valera Martínez FJ, Bartual Olmos MC, Montero Argudo JA

Hospital La Fe, Valencia

Objetivo: analizar el impacto de la miectomía en pacientes con gradiente dinámico intraventricular, tanto a nivel hemodinámico, como clínico y evolutivo.

Material y métodos: estudio prospectivo observacional en pacientes tratados con esta técnica entre octubre de 1998 y enero de 2010. En la evaluación de los parámetros de medición se utilizó la ecografía y la resonancia magnética, pre y posquirúrgicas, a 3 y a 12 meses.

Resultados: se realizaron 53 procedimientos, 48 en pacientes con miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCHO) y cinco en hipertrofias septales concomitantes a valvulopatía aórtica. La reducción media del gradiente ventricular fue de 81,29 mmHg (desviación estándar [DE] 42,29), en el grosor del tabique fue de 8,14 mm (DE 5,6). Al año la pared posterior experimentó una disminución adicional de 0,76 mm (DE 1,8) ($p = 0,023$). Tanto la clase funcional New York Heart

Association [NYHA] como el dolor torácico mejoraron de forma significativa ($p < 0,0001$). La necesidad de implantación de marcapasos fue del 5,7%, con una mortalidad hospitalaria del 7,5%, siendo el EuroSCORE logístico medio de 13,8%. La supervivencia media fue 82,3 meses (IC 95%: 75,86-88,61), no existiendo muertes de causa cardiológica tras el alta.

Conclusiones: la cirugía debe ser el tratamiento de elección cuando exista gradiente dinámico intraventricular a pesar del tratamiento farmacológico, dados los excelentes resultados obtenidos. La reducción del gradiente es inmediata y facilita la regresión de la hipertrofia en áreas sobre las que la cirugía no ha actuado. Este fenómeno podría explicar el descenso de arritmias ventriculares en nuestros pacientes, no necesitando nuevos implantes de desfibrilador automático implantable (DAI).



BIO MED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

