

## CB24

**58. ACTITUD FRENTE AL FLUJO SANGUÍNEO PULMONAR ADICIONAL EN LA OPERACIÓN DE GLENN**

Serrano Martínez F<sup>1</sup>, Castelló Ginestar A<sup>1</sup>, Mata Cano D<sup>1</sup>, Montero Argudo JA<sup>1</sup>, Caffarena Calvar JM.<sup>a1</sup>, Mayol J<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Hospital La Fe, Valencia; <sup>2</sup>Hospital San Juan de Dios, Valencia

**Introducción y objetivos:** un aspecto controvertido en la operación de Glenn es la conservación o anulación del flujo pulmonar adicional. El objetivo es presentar nuestra actitud frente a dicho flujo y analizar sus efectos posteriores.

**Material y método:** estudio sobre 69 pacientes diagnosticados de corazón univentricular sometidos a cirugía de Glenn (51 con Fontan completado). En 42 pacientes (grupo A) se preservó un flujo pulmonar adicional controlado (FPAC), mientras que en los restantes 27 (grupo B) no se conservó. Se realizó comparación estadística de variables post-Glenn, pre- y post-Fontan aplicando el test exacto de Fisher o la t Student.

**Resultados:** en la fase post-Glenn no hubo diferencias entre ambos grupos respecto a morbilidad, tiempo de intubación, estancia hospitalaria ni necesidad de vasodilatadores pulmonares, siendo mayores la saturación de oxígeno (SaO<sub>2</sub>) (p = 0,0081) y presión vena cava superior (VCS) (p = 0,0069) en grupo A. En cateterismo pre-Fontan no se

observaron diferencias respecto a presión pulmonar, presión telediastólica ventricular (PTDV), existencia - grado insuficiencia válvulas auriculoventriculares (AV) ni función ventricular, siendo mayor en el grupo A el tamaño de ramas pulmonares (p = 0,0140) y SaO<sub>2</sub> (p = 0,0002). Tras completar Fontan no se apreciaron diferencias en morbilidad, tiempo de intubación, estancia hospitalaria, necesidad de fármacos vasodilatadores pulmonares ni estadio funcional.

**Conclusiones:** el mantenimiento de FPAC no incrementa la morbilidad post-Glenn ni altera la conservación funcional del ventrículo único, permitiendo llegar a la fase pre-Fontan con mayor SaO<sub>2</sub> y mejor tamaño de ramas pulmonares. La existencia o ausencia de FPAC no influyó en los resultados del Fontan posterior, aunque consideramos interesante mantenerlo, especialmente en casos con ramas pulmonares pequeñas. La paliación pre-Glenn tipo *banding* pulmonar se asoció a mayor imposibilidad de conservar un FPAC.

## CB25

**67. LECCIONES APRENDIDAS DEL TRASPLANTE CARDIOHEPÁTICO SIMULTÁNEO**

Gómez F, Castellà M, Campelos P, Quintana E, Sandoval E, Mestres CA, Fondevila C, Mulet J  
*Hospital Clínic, Barcelona*

El trasplante simultáneo combinado de corazón e hígado es una opción de tratamiento en pacientes en fase final de la insuficiencia cardíaca y hepática. Desde su descripción inicial por Starzl en 1985, no ha sido un procedimiento muy expandido, siendo pocos y de escasa cuantía los registros que aparecen en la literatura. Presentamos dos hermanos de 51 y 54 años afectados de amiloidosis familiar en su variedad transtiretina amiloidea (ATTR) (mutación gen E89K de la transtiretina), ambos con miocardiopatía restrictiva e hígado congestivo con ingresos previos por descompensación hepática e insuficiencia cardíaca. Tras el estudio pretrasplante cardíaco y hepático completo sin contraindicación al mismo, fueron incluidos en lista de trasplante cardíaco-hepático. Dado el grado avanzado de insuficiencia de ambos órganos, se consideró la opción de

trasplante en un solo tiempo como única posibilidad. El trasplante fue llevado a cabo en dos fases, con el implante inicial cardíaco y, una vez terminada la circulación extracorpórea, se procedió a la fase hepática. Se plantean los problemas del trasplante en dos tiempos o simultáneo a partir de órganos de un solo donante, la ubicación en las listas de espera, la técnica quirúrgica, el momento de la administración de protamina, el cierre esternal pre o postrasplante hepático y el manejo intra y postoperatorio. Ambos pacientes presentaron un curso postoperatorio correcto, dándose de alta hospitalaria a los 20 y 27 días del trasplante con correcta función cardíaca y hepática. Los controles ambulatorios de ambos pacientes son favorables, mostrándose en clase funcional I y sin descompensaciones hepáticas.



**BIOMED**



**unidix**

# Especialistas en cirugía cardiovascular

**desde 1977 al cuidado de tu salud**



**91 803 28 02**



**info@biomed.es**