

## TP15

**354. LESIÓN DE TRONCO PRINCIPAL IZQUIERDO Y CIRUGÍA CORONARIA: DIFERENTE EFECTO EN LA SUPERVIVENCIA SEGÚN LA EDAD**

García Fuster R, Paredes F, García A, Martín E, Cánovas S, Gil O, Hornero F, Martínez León J  
*Hospital General Universitario, Valencia*

**Objetivos:** la lesión grave de tronco coronario izquierdo (TCI) suele entrañar un mayor riesgo quirúrgico, especialmente si existe inestabilidad clínica. Su efecto en la supervivencia tardía es menos claro, especialmente en edades avanzadas. Valoramos su impacto pronóstico considerando el factor edad.

**Material y métodos:** tres mil quinientos un pacientes fueron intervenidos de cirugía coronaria aislada entre enero de 1995 - junio de 2011. Se clasificaron en grupo A: edad inferior a 65 años, grupo B: edad igual o superior a 65 años; 303 (19%) y 522 (27,3%) pacientes tenían lesión TCI grave. Se estudió el perfil de riesgo, técnica quirúrgica e influencia en la supervivencia.

**Resultados:** los pacientes con lesión TCI tenían peor grado funcional ( $p < 0,0001$ ) y más cirugía urgente ( $p < 0,0001$ ). En el grupo A fue más frecuente el empleo de injertos arteriales

múltiples (54,1 vs 40,1%,  $p < 0,0001$  con o sin lesión TCI), no así en el grupo B. La afectación TCI no aumentó la mortalidad hospitalaria (grupo A: 2,3 vs 1,5%,  $p = 0,32$ ; grupo B: 5,0 vs 4,0%,  $p = 0,37$ ), pero sí la supervivencia en el grupo B (actuarial 5 y 12 años con o sin lesión TCI:  $82 \pm 1,8\%$  vs  $88 \pm 0,9\%$  y  $49 \pm 3,6\%$  vs  $57 \pm 2,1\%$ ;  $p < 0,001$ ), no así en el grupo A ( $94 \pm 1,3\%$  vs  $94 \pm 0,6\%$  y  $76 \pm 3,5\%$  vs  $81 \pm 1,5\%$ ;  $p = 0,37$ ). La lesión TCI fue predictor de mortalidad tardía en el grupo B (*hazard ratio* [HR]: 1,42; intervalo de confianza [IC] 95%: 1,14-1,78;  $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** la lesión grave TCI no ha supuesto aumento significativo de mortalidad hospitalaria. En pacientes de edad igual o superior a 65 años sí se ha asociado como factor independiente a una peor supervivencia. El empleo de injertos arteriales y una menor comorbilidad ha podido beneficiar a los pacientes más jóvenes.

## TP16

**31. ABORDAJE TRANSAÓRTICO DE LA TETRALOGÍA DE FALLOT EN EL ADULTO**

González López MT, Gil Jaurena JM, Castillo Martín R, Cuenca Peiró V, Cano Nieto J, Gutiérrez de Loma J  
*Universitario Carlos Haya, Málaga*

**Fundamentos:** la corrección quirúrgica de la tetralogía de Fallot en la edad adulta es poco común, y el cierre de la comunicación interventricular (CIV) a través de la aorta es aún más infrecuente. Presentamos dos casos realizados en nuestro servicio, uno de ellos en *situs inversus*.

**Material y métodos:** caso 1: varón de 50 años diagnosticado de Fallot con gradiente infundibular de 90 mmHg, raíz aórtica de 40 mm con válvula normofuncionante y CIV subaórtica con cortocircuito bidireccional. Tras triple comisurotomía pulmonar y resección de fibrosis infundibular desde arteria pulmonar, se realiza aortotomía oblicua. Debido al acabalgamiento aórtico sobre la CIV, resulta sencillo su cierre con parche de dacrón (sutura continua) apoyado sobre cresta muscular y anillo de valva coronariana derecha, con un tiempo total de clampaje de 60 min. Caso 2: mujer de 29 años con Fallot en *situs inversus* y doble cava superior, gradiente pulmonar de

70 mmHg, válvula aórtica normofuncionante y CIV amplia. Se procede de manera similar al caso previo, obviando las complejidades espaciales propias del *situs inversus* al acceder a la CIV desde la aorta, con un tiempo de clampaje de 74 min.

**Resultados:** en ambos casos, la ecocardiografía transesofágica (ETE) intraoperatoria no mostró alteraciones. Ambos se encuentran en ritmo sinusal actualmente. Caso 1: en el seguimiento a 2 años, está en clase funcional I, sin CIV ni gradiente infundibular residuales. Caso 2: 1 año tras la cirugía, presenta gradiente infundibular residual de 25 mmHg sin CIV residual.

**Conclusiones:** el cierre de la CIV en la tetralogía de Fallot del adulto mediante abordaje transaórtico resulta sencillo, por las dimensiones de la raíz y el acabalgamiento sobre la misma. En casos de *situs inversus*, esta técnica facilita sobremanera la corrección final.



**BIOMED**



**unidix**

# Especialistas en cirugía cardiovascular

**desde 1977 al cuidado de tu salud**



**91 803 28 02**



**info@biomed.es**