

**TP45****243. MOVIMIENTO SEPTAL PARADÓJICO: INEVITABLE O DEFECTO DE PROTECCIÓN**

Voces R, Pérez P, Rodrigo D, Vitoria Y, Rey E, Boado V

*Hospital de Cruces, Baracaldo*

Objetivo: el movimiento septal paradójico (MSP) es habitual, aunque no constante, en los enfermos intervenidos de cirugía cardíaca. Clásicamente se ha considerado la consecuencia inevitable de múltiples factores como la pericardiotomía. Intentaremos averiguar la influencia de la protección miocárdica en dicho hallazgo en los pacientes con cardiopatía isquémica.

Material y métodos: analizamos los enfermos intervenidos durante 2 años de revascularización coronaria, excluyendo aquellos que presentaran: infarto pre o postoperatorio, fracción de eyección anormal, MSP antes de la intervención. Clasificamos los enfermos según el tipo de protección miocárdica: a) sin clampaje aórtico, con o sin circulación extracorpórea (CEC), y b) con clampaje aórtico, empleando cardioplejía anterógrada (CA) y/o retrograda (CR). Recogimos el valor de la troponina y CPK-MB a las 24 h de la cirugía,

y los ecocardiogramas postoperatorios antes de los 3 meses y el primer año.

Resultados: recopilamos 69 enfermos: grupo A sin clampaje 34 (49,27%), de ellos 31 (44,92%) sin CEC; grupo B con clampaje 35 (50,72%), de los cuales 5 (7,24%) CA, 24 (34,78%) CA y CR, 3 (4,34%) CR. El MSP apareció en 11 casos (32,35%) en el grupo sin clampaje y en 25 (71,42%) del grupo con clampaje ( $p < 0,01$ ), aunque no existieron diferencias significativas entre los diferentes subgrupos según el tipo de cardioplejía. A las 24 h postoperatorias la troponina inferior a 0,15 y/o CPK-MB inferior a 20 presentó un valor predictivo negativo del 100%. De los 34 casos con MSP, en 5 (14,70%) desapareció en ecocardiogramas posteriores al tercer mes.

Conclusiones: el MSP en el enfermo coronario depende de la protección-sufrimiento miocárdico intraoperatorio, aunque no excluye otras causas, siendo reversible en ocasiones.

**TP46****112. IMPLANTACIÓN DE HOMOINJERTO POR ENDOCARDITIS INFECCIOSA PRECOZ SOBRE PRÓTESIS AÓRTICA COMPLICADA CON ABSCESO AÓRTICO POSTERIOR**

Tena Pajuelo MA, Vignau JM, Arriaza Gestoso M, Corrales JA, Daroca T, Gómez M, Bermúdez A, López A, Macías D, Alcántaro M

*Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz*

Objetivo: la endocarditis sobre prótesis valvular oscila entre 1-4%, siendo la mortalidad mayor que en válvulas nativas, por ser microorganismos más agresivos y tener mayor riesgo perioperatorio, especialmente entre el segundo y tercer mes, pudiendo incrementar su mortalidad hasta en un 50%. El microorganismo más frecuentes es el *Staphylococcus aureus*, destacando los coagulasa negativa, entre ellos, el *epidermidis* en los casos precoces.

Métodos: paciente varón de 65 años, portador de prótesis mecánica aórtica por estenosis grave, ingresa al mes por síndrome febril, disnea de reposo y leucocitosis. Hemocultivos seriados positivos para *Staphylococcus warnerii*, objetivándose en ecocardiografía transesofágica insuficiencia aórtica grave, imagen sugerente de verruga y absceso aórtico posterior con hipertensión pulmonar grave.

Resultados: el paciente fue sometido a explantación valvular bajo circulación extracorpórea (CEC). Se objetiva prótesis dehiscente en más de la mitad de su diámetro, con absceso anular periprotésico a nivel coronariano izquierdo y derecho. Se extirpa tejido infectado y se implanta homoinjerto valvulado, sustituyendo la raíz y reimplantando las coronarias mediante técnica de botón. No presentó complicaciones, dándose de alta a la semana.

Conclusiones: la endocarditis precoz, debido a su elevada mortalidad, se beneficia notoriamente de un tratamiento quirúrgico precoz, debiéndose individualizar el momento de la cirugía para evitar una insuficiencia cardíaca refractaria o la destrucción de tejidos perivalvulares. Se describen los detalles de esta intervención, siendo una alternativa eficaz en estos casos.



# BIO MED



unidix

# Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

