

CO33

188. ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO FRENTE A ABORDAJE ESTÁNDAR EN CIRUGÍA DE RECAMBIO VALVULAR AÓRTICO

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

Objetivo: comparar resultados obtenidos en pacientes sometidos a recambio valvular aórtico aislado por abordaje mínimamente invasivo frente a esternotomía estándar.

Métodos: entre enero de 2006 - diciembre de 2011, 524 pacientes fueron sometidos de forma programada a recambio valvular aórtico aislado, de los cuales 454 fueron realizados mediante abordaje estándar (grupo E) y 70 mediante miniesternotomía en «J» (grupo M). Consideradas variables preoperatorias, tiempos de circulación extracorpórea (CEC) y clampaje aórtico, resultados postoperatorios (morbimortalidad, estancias en unidad de cuidados intensivos [UCI] y postoperatoria total) y coste económico global (estancias en UCI, sala, intervención quirúrgica, consumo de fungible, implante y otros recursos).

Resultados: las características preoperatorias de la población fueron similares, sin diferencias significativas en cuanto

a edad (68 ± 9 vs 69 ± 8 años) y EuroSCORE I aditivo ($6,04 \pm 3,00$ vs $5,38 \pm 2,23$) entre grupo E y M, respectivamente. Sin embargo sí hubo diferencias significativas en cuanto a mortalidad (4,2 vs 0%; $p < 0,005$), tiempo de CEC (95 ± 38 vs 84 ± 21 min; $p < 0,001$), tiempo de clampaje aórtico (72 ± 28 vs 65 ± 15 min; $p < 0,001$), días de estancia en UCI ($4,31 \pm 5,27$ vs $3,14 \pm 1,2$; $p < 0,05$) y días totales de estancia hospitalaria ($9,68 \pm 7,6$ vs $7,87 \pm 4,0$; $p < 0,05$) entre grupo E y M, respectivamente. El grupo M presentó un consumo de 1.771,21 €/paciente inferior al grupo E.

Conclusión: la cirugía mínimamente invasiva para el recambio valvular aórtico puede ser beneficiosa tanto en términos de morbimortalidad como en términos económicos. Dado que el estudio presentado es retrospectivo, creemos que futuros análisis prospectivos aleatorizados serían convenientes para profundizar los hallazgos obtenidos.

CO34

51. SUSTITUCIÓN VALVULAR AÓRTICA CON PRÓTESIS BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE. ¿VÁLVULAS SOPORTADAS O NO SOPORTADAS?

Rodríguez-Caulo EA, García-Borbolla M, Velázquez CJ, Castro A, Miranda N, Ramírez B, García-Borbolla R, Gutiérrez MA, Pérez-Duarte E, Téllez JC, Araji O, Barquero JM
Hospital Virgen del Rocío, Sevilla

Objetivos: en la sustitución valvular aórtica (SVAo) se considera que las prótesis no soportadas (PNS) revierten la hipertrofia ventricular izquierda en mayor cuantía que las prótesis soportadas (PS). No existe una comparativa en una población no anglosajona. Pretendemos detectar diferencias significativas analizando la supervivencia, la clase funcional de la *New York Heart Association* (NYHA) y la regresión del índice de masa ventricular izquierda (IMVI), entre otros.

Métodos: estudio analítico retrospectivo, pareado mediante puntuación de propensión, de 120 pacientes intervenidos de forma programada de SVAo aislada por estenosis aórtica grave desde abril de 2002 - marzo de 2009 con prótesis biológicas de pericardio bovino (60 PNS Freedom, 60 PS Mitroflow, Sorin Group) sobre un total de 138.

Resultados: el seguimiento medio fue de $48,4 \pm 22$ meses. No se detectaron diferencias en la clase funcional NYHA (media $1,78 \pm 0,5$ PNS; $1,72 \pm 0,6$ PS; $p = 0,616$) ni en la regresión media del IMVI, que fue de $42,2 \text{ g/m}^2$ (25,3%) en PS y de $36,3 \text{ g/m}^2$ (22,6%) en PNS ($p = 0,467$). Las PNS presentaron menores gradientes medios transaórticos (PS: $14,4 \pm 6,8 \text{ mmHg}$; PNS: $9,3 \pm 3,2 \text{ mmHg}$; $p = 0,05$) y mayores índices de áreas de orificio efectivo (PS: $0,76 \pm 0,1 \text{ cm}^2/\text{m}^2$; PNS: $0,83 \pm 0,1 \text{ cm}^2/\text{m}^2$; $p = 0,04$) dentro de los primeros 24 meses, igualándose posteriormente. Tampoco existieron diferencias en la supervivencia ($p = 0,185$).

Conclusiones: las PS de nueva generación son tan efectivas como las PNS, sin presentar diferencias estadísticamente significativas en supervivencia, clase funcional NYHA ni regresión del IMVI durante el seguimiento, incluso en pacientes con anillo aórtico de 19-21 mm.



BIO MED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

