

CO50

256. ¿DEBEMOS RESPETAR EL ANILLO PULMONAR PEQUEÑO AL CORREGIR EL FALLOT?

Fernández L, Vázquez L, Cárdenas I, Marcos S, Bautista-Hernández V, Portela F
Unidad de Cardiopatías Congénitas. Complejo Hospitalario Universitario, A Coruña

Objetivo: estudiamos nuestra forma de corrección en los últimos 5 años para conocer el impacto de respetar el anillo pulmonar sobre la incidencia de reoperación y el desarrollo de insuficiencia pulmonar.

Material y métodos: treinta y seis niños corregidos empleando cuatro grupos de técnicas según se respete o no el anillo pulmonar, y el abordaje de la comunicación interventricular (CIV): a) CIV por aurícula + anillo intacto (6p); b) CIV por infundíbulo + anillo intacto (17p); c) CIV por aurícula y mínima apertura anular desde tronco pulmonar (6p), y d) CIV por infundíbulo y parche transanular (7p).

Resultados: ocho reoperaciones para desobstrucción del tracto de salida de ventrículo derecho (TSVD). Dos de ellas por insuficiente resección muscular en grupo 1. Seis reoperaciones

estuvieron en relación con el anillo pequeño (17% de la serie global, 26% en pacientes con anillo intacto). Dos de estas últimas para interponer conducto por DA cruzando el TSVD, y 4 se colocó parche transanular. Ningún paciente en los grupos 3 y 4 se reoperaron para ampliar TSVD. El *Z score* medio del anillo pulmonar de los reoperados fue de -3,4 frente a -1,7 en no reoperados en los grupos 1 y 2 (anillo intacto).

La incidencia de insuficiencia pulmonar grave inicial fue menor en los grupos con anillo intacto (8,7 vs 58,3%). En el seguimiento aumentó al 22% en los grupos 1 y 2, debido a las reoperaciones para colocar parche transanular.

Conclusiones: respetar el anillo conduce a mayor incidencia de reoperación por obstrucción, pero menor incidencia de insuficiencia pulmonar inicial y en el seguimiento.

CO51

189. COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS CLÍNICOS Y ECOCARDIOGRÁFICOS DE DOS SISTEMAS DE ABLACIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR

Reyes G, Badía S, Álvarez P, Leal O, Aguilar E, Sarraj A, Bustamante J, Nuche JM
Hospital Universitario de la Princesa, Madrid

Objetivo: comparar los resultados clínicos y ecocardiográficos de la ablación de la fibrilación auricular endocárdica por frío frente a la ablación epicárdica por ultrasonidos.

Métodos: se analizaron todos los pacientes intervenidos de cirugía de la fibrilación auricular mediante crioablación endocárdica (n = 88) y ablación por ultrasonidos epicárdica (n = 17). El tipo de energía empleado dependía de si el paciente requería cirugía sobre la válvula mitral (ablación endocárdica, intervención tipo Maze IV) o no (ablación epicárdica, ablación de venas pulmonares). Se realizó un seguimiento clínico y electrocardiográfico de los pacientes y un ecocardiograma a los 6 meses de la cirugía para valorar la contractilidad mecánica de la aurícula.

Resultados: los pacientes con ablación endocárdica eran más jóvenes (73 ± 8 vs 66 ± 10 años; $p = 0,003$) y con mayor

proporción de mujeres (76 vs 47%; $p = 0,02$). Los pacientes con ablación endocárdica presentaban más frecuentemente fibrilación auricular permanente (71 vs 53%; $p = 0,004$) y un mayor diámetro de la aurícula izquierda precirugía (53 ± 6 vs 49 ± 7 mm; $p = 0,03$). El tiempo de fibrilación auricular precirugía fue similar en ambos grupos (3,3 vs 4,1 años; $p = 0,37$). La conversión a ritmo sinusal eléctrico a los 3 y 6 meses tras la cirugía fue comparable en ambos grupos (77 vs 63% y 80 vs 66,7%, respectivamente). La contractilidad mecánica por ecocardiograma de aquellos pacientes en sinusal fue superior al 95% para ambos tipos de energía tanto en la aurícula derecha como en la izquierda.

Conclusiones: tanto la crioablación endocárdica como la ablación epicárdica con ultrasonidos son técnicas igual de efectivas para conseguir el ritmo sinusal.



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es