

COMUNICACIONES ORALES

XXVII Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular y Endovascular

Madrid, 5-7 de junio de 2024

SESIÓN 1

A-1706654391.

CIRUGÍA CARDIACA EN OCTOGENARIOS

A. Dantas Aveiro y F. Sbraga

Hospital Universitari de Bellvitge.

Objetivos: Revisar los resultados de cirugía cardiaca en pacientes octogenarios dado que el envejecimiento de la población se refleja también en la edad de los pacientes intervenidos.

Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de 322 pacientes mayores de 80 años intervenidos de cirugía cardiaca mayor del año 2014 al 2022, así como su seguimiento durante este periodo. Los datos se analizaron cualitativamente y cuantitativamente en su globalidad y por subgrupo según el tipo de procedimiento.

Resultados: La media de edad de los pacientes intervenidos es de 81,6 años. Las cirugías realizadas en nuestro centro corresponden a aproximadamente un 4-7% de nuestra actividad anual. Se destaca una disminución del número total de las cirugías después del 2020, así como un aumento de los procedimientos coronarios y una disminución de las cirugías valvulares. La cirugía realizada más frecuentemente durante este periodo fue la sustitución valvular aórtica (64%) seguida de la cirugía coronaria aislada (12,7%). Existe un 3,5% de mortalidad intrahospitalaria en las cirugías programadas con un EuroSCORE II medio de 4,5%. La media global de días de ingreso en Unidad de Críticos es de 4,8 días. Casi la mitad de los pacientes intervenidos presentaron complicaciones posoperatorias, siendo la fibrilación auricular paroxística la más frecuente (44%), seguida de las infecciones respiratorias y urinarias (25%). La mejoría de la clase funcional obtenida con la cirugía se mantuvo estable durante el seguimiento a 8 años de la intervención. En este periodo se contabilizaron un total de 90 *exitus*.

Conclusiones: Las cirugías cardíacas en mayores de 80 años han disminuido en nuestro centro. Sin embargo, no observamos un aumento significativo de mortalidad. La edad por sí sola no es un predictor de la morbilidad, por lo cual se deberían valorar otros criterios para decidir tratamiento quirúrgico.

A-1705839114.

EXTRACCIÓN TRANSVENOSA DE ELECTRODOS CON LÁSER EXCIMER: UN ANÁLISIS DE 15 AÑOS EN NUESTRO CENTRO (2008-2023)

A. Muñelo Paúl, V.X. Mosquera Rodríguez, L. Fernández Arias, M.C. Iglesias Gil, M. García Vieites, G. Ventosa Fernández, C. Velasco García de Sierra, J.M. Martínez Comendador, M. González Barbeito y J.J. Cuenca Castillo

Cirugía Cardiaca, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Objetivos: En las últimas décadas, se ha observado un aumento en la demanda de la extracción de electrodos transvenosos (EET) de dispositivos electrónicos implantables cardíacos (DEIC), especialmente en pacientes con casos clínicos complejos y riesgo elevado. Este estudio tiene como objetivo evaluar las tasas de éxito procedural y clínico de la EET con asistencia del láser Excimer, así como analizar la incidencia de complicaciones cardiovasculares, su gestión y desenlace.

Métodos: Se llevó a cabo un análisis en 128 pacientes consecutivos con DEIC, sometidos a EET mediante láser entre junio de 2008 y junio de 2023.

Resultados: En un total de 253 electrodos extraídos (91 auriculares y 136 ventriculares) con una mediana de 88 meses de antigüedad (rango 0-276 meses, media de 98,98 meses, desviación estándar 59,081 meses), el 65,4% presentaba electrodos con más de 5 años de antigüedad y el 43% anomalías en la permeabilidad venosa. Se logró una tasa del 94% en la extracción completa del dispositivo endovascular. Se registró un 5,5% de complicaciones cardiovasculares mayores, incluyendo un caso fatal. El análisis multivariante identificó la antigüedad de los electrodos, la presencia de DAI bibobina y la oclusión total del eje venoso ipsilateral como predictores de complicaciones cardiovasculares, mientras que el historial de cirugía cardiaca previa se identificó como factor protector. La mortalidad en pacientes que requirieron intervención emergente por complicación cardiovascular mayor fue del 11,9%.

Conclusiones: La EET de DEIC con láser Excimer demostró ser una técnica segura y altamente eficaz, incluso en pacientes de alto riesgo. Aunque las complicaciones cardiovasculares mayores son poco frecuentes, su identificación y tratamiento temprano son cruciales para la supervivencia del paciente.

A-1706647244.

MODELO EXPERIMENTAL PORCINO EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA Y PINZAMIENTO AÓRTICO: DESCRIPCIÓN DEL PROTOCOLO QUIRÚRGICO

C.B. Torres Terreros, J. Miguelena Hycka, M. Martín García, J. López Menéndez, P.F. García Chumbiray, M. Castro Pinto, R. Muñoz Pérez y J. Rodríguez-Roda Stuart

Servicio de Cirugía Cardiaca, Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Introducción: El abordaje quirúrgico en modelo animal porcino es de gran utilidad en el ámbito de la investigación traslacional y cardiovascular. Se han establecido similitudes entre humanos y cerdos sobre la base de características anatómicas y fisiológicas, que proporcionan información valiosa para estudios preclínicos. La mayor parte de la literatura describe técnicas de circulación extracorpórea (CEC) en cerdos en forma parcial, por lo que hemos desarrollado un protocolo de CEC con clampaje aórtico e isquemia cardiaca.

Objetivos: Elaborar y describir un protocolo quirúrgico en modelo animal porcino, empleando CEC total con parada cardiaca y pinzamiento aórtico en condiciones controladas de monitorización hemodinámica de manera similar al procedimiento en humanos.

Métodos: Estudio experimental que incluye 4 modelos porcinos, desde junio hasta noviembre del 2023, en una unidad experimental. Procedimiento desarrollado de forma multidisciplinar, con registro y monitorización de variables hemodinámicas, respiratorias y ecocardiográficas, en diferentes tiempos de la cirugía y bajo normas de práctica ética.

Resultados: Se incluyeron 4 modelos porcinos ($n = 4$, $76 \pm 16,9$ kg). Se realizó monitorización sistémica invasiva y controles ecocardiográficos antes y durante la cirugía. Se registraron datos de perfusión, controles analíticos, gasométricos y de coagulación. El abordaje quirúrgico se inició con esternotomía convencional; canulación arterial y venosa; entrada en CEC y parada cardiaca con cardioplejia anterógrada y pinzamiento aórtico en normotermia ($34-36$ °C). El procedimiento fue bien tolerado en el 75% de ellos, pudiendo desconectarlos de CEC. Se realizó transfusión de concentrado de hematíes en el cuarto animal, sin clara evidencia reacción transfusional inmediata.

Conclusiones: El desarrollo del protocolo quirúrgico en modelo animal porcino permite perfeccionar y optimizar técnicas quirúrgicas. Es una herramienta esencial en investigación biomédica traslacional, facilitando avances en el diseño de dispositivos, así como en el entrenamiento y desarrollo de habilidades del equipo de cirujanos.

A-1706292607.

PROTEGIENDO EL CORAZÓN AÑOSO:

¿INFLUYE EL TIPO DE CARDIOPLEJIA?

A. Eixerex Esteve, E.M. Pérez de la Sota, J.E. Centeno Rodríguez, E.M. Aguilar Blanco, J.A. Meca Aguirrezzabalaga, S. Torres Llaque, C. Peralta Bravo, A. Bachishvili, C. Coso Garrido, M.J. López Gude y C. Muñoz Guijosa

Servicio de Cirugía Cardiaca, Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos: El corazón añoso es particularmente vulnerable al daño por isquemia-reperfusión que ocurre durante la isquemia cardiaca. La cardioplejia Del Nido (DN), inicialmente desarrollada para la población pediátrica, podría proporcionar una protección adecuada en estos pacientes.

Métodos: Analizamos retrospectivamente los pacientes intervenidos en nuestro centro entre 2013-2019 con edad ≥ 80 años, comparando el uso de cardioplejia sanguínea intermitente tipo Buckberg (B) frente a cardioplejia DN en términos de morbilidad.

Resultados: Se interviniieron 341 pacientes ≥ 80 años durante el periodo de estudio (B: 147 vs. DN: 194), siendo la mayoría de las cirugías realizadas sustitución valvular aórtica, revascularización miocárdica o la combinación de ambas (B: 79 vs. DN: 70%). Ambos grupos presentaban características preoperatorias similares a excepción de una mayor edad (DN: $83,1 \pm 0,3$ vs. B: $82,4 \pm 0,3$, $p = 0,0014$) y EuroSCORE II (DN: $7,2 \pm 15$ vs. B: $5,2 \pm 10,6$, $p = 0,0058$) en el grupo de cardioplejia DN. Los pacientes presentaron un mayor tiempo de isquemia (DN: $97,3 \pm 68$ vs. B: $81,6 \pm 53$, $p = 0,000$) y una menor necesidad de desfibrilación tras el desclampaje (DN: 19 ± 7 vs. B: $70,7 \pm 7$, $p = 0,000$) con la cardioplejia DN. En el posoperatorio no se encontraron diferencias significativas en la tasa de IAM posoperatorio, FA posoperatoria, insuficiencia renal con necesidad de HFVVC o valores máximos de enzimas de daño miocárdico. A pesar de presentar una tendencia a mayor necesidad de horas de inotrópicos con la cardioplejia DN (DN: $46 \pm 6,5$, vs. B: $37,5 \pm 7$, $p = 0,07$), los pacientes no presentaron diferencias significativas en tiempos de estancia hospitalaria (DN: $13,9 \pm 61$ vs. B: $16,5 \pm 31$, $p = 0,3$) ni mortalidad intrahos-

pitalaria (DN: $7,2 \pm 4$ vs. B: $9,5 \pm 5$, $p = 0,44$), siendo incluso ligeramente inferiores en los pacientes con cardioplejia DN.

Conclusiones: La cardioplejia DN proporciona una protección miocárdica adecuada y segura en pacientes añosos. En nuestra serie, a pesar de presentar mayor riesgo quirúrgico y mayor isquemia intraoperatoria, encontramos resultados equiparables de protección miocárdica entre cardioplejia sanguínea intermitente tipo Buckberg y la cardioplejia Del Nido.

A-1705948945.

RESULTADOS A 2 AÑOS DE MARCAPASOS DE RAMA IZQUIERDA EN UN SERVICIO CARDIOQUIRÚRGICO

I. Díaz de Tuesta Revilla, I. Tribes Caballero y M. Torres Loma-Ossorio

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Regional Universitario Carlos Haya.

Objetivos: Difundir las adaptaciones necesarias para implantar electrodos de rama izquierda en quirófano y analizar los resultados a 2 años tras el inicio de la técnica en un servicio cardioquirúrgico.

Métodos: Para disponer de capacidades de implante de rama izquierda sin obras ni inversiones, utilizamos un software de poligráfia sintética que emplea solo 4 electrodos en el tórax para detectar señales en 3 dimensiones. Desde una PDA la señal es analizada y descompuesta en 12 derivaciones virtuales. Las que son de interés para el implante son enviadas por un simple sistema de replicación de pantalla a una televisión de 60 instalada en el quirófano. Un 10 (36/343) de los pacientes a los que se implantó marcapasos desde 2022 a cierre de comunicación recibieron electrodo de rama izquierda (28 bicameral, 8 unicameral). Al tratarse de primoimplantes en población normal, sin indicación primaria de resincronización, se eligió una estrategia permisiva que permitiera cumplir con una programación normal de quirófano; si en un tiempo marcado no se conseguía estimulación óptima de rama, se aceptaba la mejor estimulación posible.

Resultados: En todos ellos se consiguieron umbrales óptimos de estimulación (08V/-03) y detección (10 mV/-46). Ningún paciente tuvo prolongación grave de QRS, siendo la más alta de 140 ms. 7 pacientes (20) tuvieron prolongación moderada de RS (120-140). En el 80 se consiguió estimulación selectiva de la rama izquierda. El promedio de LVAT fue 81/-11 ms, el promedio de QRS 118/-10 ms. No hubo dislocaciones ni otras complicaciones de implante. Un paciente sufrió una endocarditis mitraórtica a los 5 meses del implante, con cultivos negativos de electrodos en cámara derecha y generador.

Conclusiones: Con escasas modificaciones y una estrategia adecuada, se puede iniciar y mantener un programa eficiente de estimulación de rama izquierda en los servicios quirúrgicos con cartera de servicios de electroestimulación cardiaca.

A-1706305988.

TUMORES CARDIACOS: 45 AÑOS DE EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

C. Gotsens Asenjo, E. Roselló Díez, J. Montiel Serrano, M. Molina Sánchez, J.F. Tabilo Ahumada, C. Fernández de Vinzenzi, E. Pueblas, M. Taurón Ferrer, S. Casellas Casanovas, Á. Irabien Ortiz y A.J. Ginel Iglesias

Cirugía Cardiaca, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Objetivos: Analizar la casuística de los tumores cardíacos intervenidos en nuestra institución.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos de tumores cardíacos desde 1978 hasta 2023 en nuestro centro ($n = 113$). Se evaluó el síntoma guía, las características tumorales

(diagnóstico, localización, anatomía patológica), tiempo de seguimiento y supervivencia. Se ha utilizado el paquete estadístico de STATA y Excel.

Resultados: La mediana de edad fue de 60 años, 67 (59,3%) eran mujeres. Los síntomas guía fueron: accidente cerebrovascular (ACV, 22%), insuficiencia cardiaca congestiva (14%) e infarto de miocardio (5%), siendo el hallazgo casual (31%) el más frecuente. Su ubicación fue en aurícula izquierda (50,4%), aurícula derecha (12,4%), válvula aórtica (9,7%), válvula mitral (8,9%), pericardio (4,4%) y septo interauricular (3,5%). El diagnóstico anatopatológico fue: mixoma (47,8%), fibroelastoma (21,2%), trombo (5,3%), sarcoma (4,4%) y metástasis de tumores extracardiacos (4,4%). En 26 casos (23%) hubo discrepancia entre orientación diagnóstica y resultado anatopatológico. En 10 de estos pacientes no se previó resección con márgenes amplios ni estudio anatopatológico intraoperatorio porque se desconocía la naturaleza o comportamiento maligno del tumor antes de la cirugía. La mortalidad intrahospitalaria fue del 6,2% (4 de causa cardiovascular, 2 neurológica, 1 por recidiva del tumor). La mediana de seguimiento fue 59,2 meses (IQR 19,2;124). Tuvieron mayor mortalidad los sarcomas y las metástasis de tumores primarios. La supervivencia al año era del 93,2%, a los 5 años del 86% y a los 10 años del 84%.

Conclusiones: Se trata de la serie más larga sobre tumores cardíacos publicada en nuestro país. El principal síntoma guía fue el ACV, aunque fueron más frecuentes los diagnosticados casualmente. Los mixomas fueron los tumores cardíacos más reportados, seguidos del fibroelastoma. En 10 casos la anatomía patológica intraoperatoria podría haber modificado los márgenes quirúrgicos, lo cual enfatiza la importancia de un diagnóstico preoperatorio preciso.

A-1706642592.

USO DE LA REALIDAD VIRTUAL EN LA PLANIFICACIÓN DE LA EXTRACCIÓN DE ELECTRODOS POR TÉCNICAS PERCUTÁNEAS

E. Gutiérrez Carretero, A. de Alarcón Gonzales, G. Gómez Ciriza, E. Arana Rueda, M. García de la Borbolla, I. Sanchís Haba, M. Domingo Rivas, T. Smani, A. Ordóñez e I. Valverde

Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Introducción: Las complicaciones durante la extracción de electrodos por técnicas percutáneas endovasculares son poco frecuentes, pero pueden ser mortales y debidas fundamentalmente a las intensas adherencias fibrosas de los cables a las paredes venosas. Una correcta identificación de estas adherencias permite elaborar estrategias más seguras de extracción.

Objetivos: Utilización de técnicas de realidad virtual para la adecuada planificación de las extracciones de cables mediante tracción percutánea endovascular.

Métodos: Estudio piloto de 12 pacientes con electrodos de dispositivos de estimulación cardíaca, en los que, por tiempo de implante y tipo de dispositivo, se sospechaba que la extracción iba a ser dificultosa. A todos ellos se les realizó un angiotac sincronizado cuyo resultado se procesó posteriormente con realidad virtual para una mejor identificación de la posición de los cables en un entorno 3D, así como sus adherencias.

Resultados: De los 12 enfermos intervenidos, 10 eran varones y 2 hembras con un rango de edad de 54 a 84 años y en 10 de ellos la extracción fue motivada por un proceso infeccioso. En todos ellos la realidad virtual permitió identificar correctamente las adherencias de los electrodos a las venas, al endocardio o entre ellos, lo que motivó un cambio en la técnica de extracción en 5 de ellos, siendo exitosa en todos los casos.

Conclusiones: La realidad virtual mostró ser una herramienta muy útil para la planificación de casos difíciles de extracción de electrodos por técnicas percutáneas.

SESIÓN 2

A-1705933559.

DONACIÓN CARDIACA EN ASISTOLIA CONTROLADA.

¿HA LLEGADO PARA QUEDARSE?

A. Torres Clares¹, S. Urso¹, M. Soriano Hernández¹, L. Ríos Rodríguez², R. Bellot Fernández², J.L. Romero Luján¹, M.Á. Tena Pajuelo¹, L. Doñate Bertolín¹, J.I. Juárez del Río¹, M.V. Groba Marco¹, M. Galván Ruiz¹, M. Fernández de Sanmamed Girón¹, A. García Quintana¹, V. Peña Morant¹, L. Santana Ortega¹, J.Á. López Ruiz-Verdú¹, J.A. Serna Gómez¹ y F. Portela Torrón¹

¹Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. ²Complejo Hospitalario Materno Insular.

Objetivos: El propósito de este estudio fue describir los perfiles hemodinámicos y clínicos de los receptores de corazones donados en asistolia controlada (DAC) en comparación con los receptores de corazones donados después de la muerte encefálica (ME).

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo donde se analizan consecutivamente los trasplantados cardíacos (TC) en un solo centro hospitalario, desde diciembre de 2019 hasta diciembre de 2023. Los datos analíticos se han obtenido de la base de datos del Departamento de Cirugía Cardiaca de nuestro hospital.

Resultados: De los 76 TC realizados, 11 corazones se donaron por DAC (14,47%). La mayoría de los receptores fueron varones (81,81% DAC vs. 83,07% en ME, p = 0,9). La edad media de los donantes fue similar en ambos grupos (46,1 años DAC vs. 46,2 años ME; p = 0,97), al igual que la edad de los receptores (55,6 años DAC vs. 56,2 años ME; p = 0,83). La etiología de la cardiomiopatía más frecuente en el grupo DAC fue isquémica (63,63%), mientras que en el grupo de ME fue la cardiomiopatía dilatada (52,31%). A nivel de soporte pretrasplante se utilizaron los siguientes dispositivos: balón de contrapulsación intraaórtico (DAC 18,2 vs. ME 15,4%; p = 0,81), ECMO-VA (DAC 9,1 vs. ME 6,2%; p = 0,71) y asistencia ventricular izquierda ± derecha (DAC 9,1 vs. ME 1,5%; p = 0,15). La supervivencia global a 3 años fue del 87,3% (error estándar 4,6%). Los eventos de mortalidad del grupo ME fueron 7. No se registraron eventos de mortalidad en los TC procedentes de DAC.

Conclusiones: Los resultados en términos de supervivencia a corto plazo de los receptores de corazones en DAC son comparables con los de receptores de corazones donados después de ME. Estos resultados iniciales sugieren que la DAC es una técnica prometedora y segura cuya aplicación permitirá ampliar el abanico de donantes y disminuir las listas de espera del TC.

A-1706180971.

CAPACIDAD FUNCIONAL Y NIVEL DE DEPENDENCIA A CORTO Y MEDIO PLAZO TRAS INFECCIÓN COVID-19 GRAVE ASISTIDA CON ECMO. EXPERIENCIA DE UN CENTRO TERCIARIO

E.M. Pérez de la Sota, A. Eixeres Esteve, M.J. López Gude, E.M. Aguilar Blanco, P. Sanz Ayan, A. Bachishvili, C. Coso Garrido, J.E. Centeno Rodríguez, J.A. Meca Aguirrebalaga y C. Muñoz Guijosa

Servicio de Cirugía Cardiaca, Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos: Describir nuestra serie de pacientes COVID con ECMO y analizar la clase funcional y el nivel de dependencia de los supervivientes a corto y medio-largo plazo.

Métodos: Entre marzo 2020 y julio 2022 implantamos 71 ECMO en pacientes COVID-19. Mediante historia clínica y consulta telefónica se

valoró limitación funcional y grado de dependencia de los 39 supervivientes a los 3 meses, a 1 año y a 31 diciembre 2023.

Resultados: Población principalmente masculina (68%), con edad media de 49 años (26-71) y un 56% de pacientes con IMC ≥ 30 ; como tratamiento previo antibióticos (90%), antivirales (53%) y el 72% había sido pronadido en al menos una ocasión. El implante mayoritario de ECMO fue VV (93%) con acceso femoro-yugular en el 90%. El tiempo medio de intubación preimplante fue 5 días (0,5-23) y el tiempo de soporte 11 días (1-28), siendo desconectados 48 pacientes (67,5%) y alta hospitalaria 39 (55%), 29 a domicilio y 10 a centros de rehabilitación. El seguimiento medio fue de 31 meses (18-45) y no se registraron fallecimientos. La clase funcional NYHA a 3, 12 y 45 meses fue 10%, 21% y 29% (I), 64%, 60% y 13% (II) y 25,5%, 18,5% y 13% (III), respectivamente. La limitación funcional y el nivel de dependencia según la escala de Leiden a los 3, 12 y 45 meses fue 10,5%, 21% y 39,5% (grado 0), 33,5%, 42% y 42% (grado 1), 36%, 26% y 13% (grado 2) y 23%, 10,5% y 5% (grado 3), respectivamente.

Conclusiones: Tras el alta, casi un 25% de pacientes COVID asistidos con ECMO presentan una limitación funcional moderada con dependencia parcial. La capacidad funcional mejora progresivamente, encontrándose al año un 63% en NYHA I-II y a largo plazo más del 80% están asintomáticos y totalmente independientes para la vida diaria y laboral.

A-1705948991.

DIFERENCIAS DE SEXO Y RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL TRASPLANTE CARDIACO

E. Sandoval Martínez, I. Morales-Rey, P.J. Caravaca, E. Quintana, M. Ascaso, J. Alcocer, E. Sole, M.Á. Castel, M. Farrero, A. García-Alvarez, M. Castella y D. Pereda

Hospital Clínic de Barcelona.

Objetivos: Varios trabajos demuestran un menor acceso de las mujeres a terapias avanzadas para la insuficiencia cardiaca. Paralelamente, el sexo femenino se ha relacionado con peores resultados y forma parte de varias escalas de riesgo. Nuestro objetivo es investigar el perfil de paciente y los resultados del trasplante cardiaco según el sexo.

Métodos: Análisis retrospectivo de todos los pacientes que recibieron un trasplante cardiaco de 1999-2023 (n = 434). Los pacientes fueron divididos según su sexo. Las características basales, intra y posoperatorias se presentan como media \pm desviación estándar, mediana (RIC) o porcentaje según corresponda. Las comparaciones se realizaron con test de chi-cuadrado o test de U Mann-Whitney. El método Kaplan-Meier se usó para comprobar la relación entre sexo y mortalidad. Las curvas de supervivencia se compararon el con test log-rank.

Resultados: Entre 434 pacientes incluidos, 23,3% eran mujeres y 76,7% hombres. Las mujeres eran significativamente más jóvenes (49,3 vs. 55,8 años; p $\leq 0,001$) y presentaban mayor incidencia de miocardiopatía dilatada e hipertrófica (35,6 vs. 28,5% y 8,9 vs. 2,7%, $\leq 0,001$). Los varones presentaban un peor perfil cardiovascular. Las mujeres se trasplantaron más en situación electiva (80,2 vs. 70%, p 0,04). No hubo diferencias entre las variables intra o posoperatorias. Durante el seguimiento a largo plazo, las mujeres presentan tendencia a una mejor supervivencia (67,3 vs. 47,7%, p 0,07). En el análisis multivariante, el sexo femenino permanece como un factor independiente asociado a buen pronóstico [HR 0,49 (0,31-0,77), p 0,002].

Conclusiones: La población femenina esta infrarrepresentada. Las receptoras presentan unas características basales más favorables y mayor supervivencia a largo plazo. Estudios adicionales son necesarios para comprobar si estos resultados se deben a diferencias en las características de la población o si existe un sesgo de selección en el acceso a terapias avanzadas.

A-1705958810.

ECMO “A DISTANCIA” EN PACIENTES SARS-COV-2 IMPLANTADOS EN HOSPITALES PERIFÉRICOS: ¿HAY DIFERENCIA CON LOS PACIENTES IMPLANTADOS EN EL PROPIO CENTRO?

E.M. Pérez de la Sota, E.M. Aguilar Blanco, A. Eixerés Esteve, M.J. López Gude, S. Torres Llaque, C.A. Peralta Bravo, J.E. Centeno Rodríguez, J.A. Meca Aguirre-Zabalaga y C. Muñoz Guijosa

Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos: Analizar los pacientes con infección SARS-CoV-2 implantados con ECMO en nuestro centro y en hospitales periféricos referentes y estudiar posibles diferencias preimplante, durante el soporte y en la supervivencia tras el alta.

Métodos: Entre marzo 2020 y julio 2022 implantamos 71 ECMO en pacientes COVID, 39 en nuestro hospital (C) y 32 a distancia en hospitales periféricos (HP).

Resultados: La serie global presentaba una edad media de 49 años (26-71), 68% eran varones, con un 56% de pacientes con un IMC ≥ 30 e implante mayoritario de ECMO VV (93%) en configuración femoro-yugular (90%). El tiempo medio de intubación preimplante fue 5 días (0,5-23) y el tiempo de soporte 11 días (1-28), pudiendo ser desconectados 48 pacientes (67,5%) y dados de alta 39 (55%). No hubo diferencias significativas preimplante entre ambos grupos en variables demográficas, tratamiento médico recibido, complicaciones no pulmonares e indicación clínica, si bien en el grupo C había menos pacientes con IMC ≥ 30 (49 vs. 66%) y un mayor empleo de antivirales (61,5 vs. 44%) e inotrópicos (15,5 vs. 3%). Tras el implante, el grupo HP presentó más complicaciones neurológicas (6 vs. 2,3%) y un menor uso de anticoagulación (19 vs. 5%), así como mayores tiempos de soporte ($13 \pm 4,74$ vs. $10 \pm 5,8$ días), UCI ($29 \pm 14,7$ vs. $25 \pm 13,6$ días) y hospitalización ($38 \pm 17,29$ vs. $33 \pm 16,16$) y una mayor mortalidad hospitalaria (61,5 vs. 47%) sin significación estadística. Con un seguimiento medio de 31 meses (18-45), la supervivencia a 3, 12 y 45 meses fue del 100% en ambos grupos.

Conclusiones: Los pacientes COVID implantados con ECMO en hospitales periféricos presentaron una evolución comparable a pacientes de nuestro propio hospital a pesar de mayores complicaciones neurológicas, unos tiempos de asistencia, UCI y hospitalización más largos y mayor mortalidad hospitalaria. La supervivencia a medio-largo plazo es excelente en ambos grupos.

A-1705537330.

EXPERIENCIA EN DAC CARDIACA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA: PROGRAMA DE EXTRACCIÓN CARDIACA EXTRAHOSPITALARIA

A. Guevara Bonilla, C. Domínguez Massa, C. Aguirre Ramón, A. Merino Orozco, J.A. Rincón Almanza, E. Tebar Botí, M. Pérez Guillén, S. Torregrosa Puerta, T. Heredia Cambra, M.J. Dalmau Sorli, I. Martín González, F.J. Valera Martínez y J. Martínez León

Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

Objetivos: En España, desde el año 2020 se realizan trasplantes cardíacos de corazones obtenidos a partir de la donación en asistolia controlada (DAC). Mostramos nuestra experiencia desde el inicio del programa de DAC cardíacas. Para ello, se ha implementado un protocolo de extracción cardiaca extrahospitalaria dentro de la Comunidad Valenciana.

Métodos: Desde noviembre/2022 a diciembre/2023 se han realizado 13 valoraciones cardíacas en el contexto de la DAC. Criterios de inclusión del donante: donante p ≤ 55 años. Consentimiento familiar de donación. Previsión de tiempo de isquemia caliente funcional p ≤ 30 min. Criterios de exclusión del donante, los propios de una donación

cardiaca más: infusión de adrenalina, infusión de dobutamina, infusión de noradrenalina $\geq 0,3 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$. A destacar el uso de un sistema de perfusión Quantum incluso fuera del centro trasplantador en hospitales que no disponen de Servicio de Cirugía Cardiaca. Este es un estudio descriptivo retrospectivo.

Resultados: De los 13 posibles donantes, 11 fueron corazones válidos, 1 de ellos extraído para un hospital fuera de la comunidad. La media de edad de los donantes fue de 39 años, la mayoría hombres. En total 10 pacientes trasplantados en nuestro hospital. La media del tiempo de isquemia fue de 117 min. En 5 pacientes se describió un fallo primario de injerto. Un total de 8 supervivientes todos ellos con FEVI $\geq 60\%$ al alta. De los 2 *exitus* uno fue por fallo de injerto a los 7 días del trasplante.

Conclusiones: El sistema de perfusión Quantum nos permitió una monitorización continua del metabolismo aerobio y anaerobio, un correcto vaciamiento de las cavidades cardíacas y la administración de cardioplejia con control de presión, temperatura y flujo. Nuestra experiencia resalta las posibilidades de éxito con corazones obtenidos a partir de una DAC, representando un aumento del número de donantes y disminución del tiempo de espera para el trasplante.

A-1705602551.

FUNCIÓN VENTRICULAR DERECHA Y ASISTENCIAS VENTRICULARES. ESTUDIO EXPERIMENTAL

Á. Pedraz Prieto, D. Monzón Díaz, G.P. Cuerpo Caballero, R.H. Rodríguez-Abella González, F.J. Rodríguez Lega, U.M. Murgoito Esandi, C. García Mere, S. Solís Gallego, L. Díaz Calvo, Á. Álvarez Tomás, G. López-Peña, M. Ruiz Fernández y Á. González Pinto

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Gregorio Marañón.

Objetivos: Estudiar, mediante catéter de arteria pulmonar (CAP) y ecocardiografía, los cambios en la función y perfusión ventricular derecha (VD) tras el implante de un dispositivo de asistencia ventricular izquierda (DAVI) según el tipo de flujo y el grado de asistencia.

Métodos: Estudio experimental en un modelo porcino sano. Se crearon 2 grupos de 16 animales, implantado en cada grupo un tipo de DAVI: Biomedicus 540® (flujo continuo) y Berlin Heart Excor® (flujo pulsátil). Se establecieron 3 momentos de estudio: previo al implante del DAVI (situación basal), tras 30 minutos asumiendo la mitad del gasto cardíaco (GC) con el dispositivo (asistencia parcial) y tras otros 30 minutos asumiendo la totalidad del GC (asistencia total). En cada momento se estudiaron la función ventricular derecha mediante CAP y ecocardiografía, y su perfusión mediante microesferas coloreadas.

Resultados: El DAVI de flujo continuo asoció un deterioro de la función ventricular derecha objetivada por el CAP, como demuestran el descenso del RVSWI [SB: 3,35 (3,94), AP: 2,21 (2,62), AT: 1,85 (2,86), $p = 0,02$], del PAPI [SB: 1,49 (1,75), AP: 1,10 (0,75), AT: 1,28 (1,16), $p = 0,02$] y del cociente TASPSE/PSAP (SB: $0,68 \pm 0,24$, AP: $0,54 \pm 0,20$, AT: $0,49 \pm 0,20$, $p = 0,04$) y el aumento del cociente PVC/PCP [SB: 0,74 (0,45), AP: 1 (0,42), AT: 1,16 (0,69), $p = 0,01$]. A nivel ecocardiográfico se observó un descenso no significativo del TAPSE y del cambio de área fraccional. No se observaron cambios en la perfusión. El dispositivo de flujo pulsátil no produjo alteraciones en la función ventricular derecha objetivadas por el CAP. Por el contrario, la ecografía sí evidenció una dilatación ventricular derecha y un mayor desarrollo de insuficiencia tricúspide [SB: 0 (0%), AP: 4 (25%), AT: 9 (56,3%), $p \leq 0,001$], especialmente durante la AT. Por último, se observó un aumento de la perfusión ventricular derecha durante la asistencia total.

Conclusiones: El DAVI de flujo pulsátil preservó mejor la función del VD que el de flujo continuo, especialmente durante la AP. No se observaron claros cambios en la perfusión con la asistencia.

SESIÓN OPTAN A PREMIO 1

A-1705925340.

24 AÑOS DE SEGUIMIENTO TRAS CIRUGÍA DE SWITCH ARTERIAL. RESULTADOS Y CORRELACIÓN CON CAPACIDAD FUNCIONAL

F.J. Arias Dachary, L. Boni, E. García Torres, M. Flores Fernández, A. Caro Barri, E. Montañés Delmás, V. Benito Arnaiz, M.A. Granados Ruiz, B. Toral Vázquez, L. Albert de la Torre, M.D. Herrera Linde y A. Mendoza Soto

Cirugía Cardiaca Infantil, Instituto Pediátrico del Corazón, Hospital Materno Infantil 12 de Octubre.

Métodos: 218 pacientes fueron sometidos a switch arterial entre 1999 y 2022. Los datos sobre las reintervenciones se estimaron mediante el método de Kaplan-Meier y se compararon mediante una prueba de log-rank. Los factores de riesgo para la reintervención se evaluaron mediante análisis de regresión de Cox multivariable y univariable. Todos los análisis fueron de dos colas con un error alfa de 0,05.

Resultados: Se produjo mortalidad hospitalaria en 15 pacientes (6,9%), muerte tardía en 3 (1,6%) y 17 pérdidas de seguimiento. La mediana del tiempo de seguimiento de supervivientes fue de 12,91 años. Se realizaron 40 reintervenciones en 25 pacientes (12,3%). La reoperación de la válvula aórtica fue el procedimiento realizado con mayor frecuencia (6/40). Se realizaron 54 cateterismos en 41 pacientes (20,2%). La colocación de stent en la arteria pulmonar izquierda fue el procedimiento realizado con mayor frecuencia (12/54). El factor de riesgo para cualquier reoperación en el análisis multivariable fue la reparación del arco aórtico asociada ($HR = 3,6$; $p = 0,019$). Sin embargo, en el análisis univariable fueron: subtipo Taussig-Bing ($HR = 5,9$; $p = 0,001$) y reparación del arco aórtico asociada ($HR = 5,3$; $p \leq 0,01$). 69 con una mediana de 14,8 años después de la ASO fueron evaluados mediante PCPE utilizando el protocolo de Bruce. El VO₂ máximo promedio fue de 32,6 ml/kg/min, y el 76,3% de los valores predichos.

Conclusiones: Reportamos una baja mortalidad hospitalaria. Nuestra tasa de reoperaciones y cateterismos se compara favorablemente con las principales series internacionales. Identificamos la reparación asociada del arco aórtico y/o la anomalía de Taussig-Bing como factores de riesgo para la reoperación. La prueba PCPE mostró que la capacidad funcional está ligeramente reducida en comparación con niños sanos, pero es muy aceptable para esta cohorte de pacientes con cardiopatía congénita reparada.

A-1706643584.

25 AÑOS DE CIRUGÍA DE ROSS: SEGUIMIENTO Y RESULTADOS EN PACIENTES REOPERADOS EN NUESTRO CENTRO

C.M. Sisinni Ganly, J.C. Lugo Adán, F. Estévez Cid, R. Casais Pampín, C. Mayor Déniz, L. Sánchez Campaña y J.J. Legarra Calderón

Servicio de Cirugía Cardiaca, Hospital Álvaro Cunqueiro.

Objetivos: La cirugía de Ross es un procedimiento relativamente poco frecuente debido a su alta complejidad técnica. Analizamos los resultados de pacientes reintervenidos por disfunción del autoinjerto u homoinjerto tras cirugía de Ross en nuestro centro.

Métodos: Desde el año 1998, 105 pacientes se intervinieron de cirugía de Ross en nuestro centro. Se revisaron retrospectivamente los datos de un subgrupo de pacientes que se reintervinieron tras cirugía de Ross debido a disfunción del autoinjerto o del homoinjerto. Se estudiaron las características de este subgrupo y la supervivencia mediante un análisis de Kaplan-Meier.

Resultados: El seguimiento medio de la serie total fue de 17,5 5 años. En este periodo, 30 pacientes (28,6%) requirieron al menos una reintervención: por disfunción del autoinjerto 13 pacientes (4,3%), por disfunción del homoinjerto 8 (2,6%), y por disfunción conjunta del

autoinjerto y del homoinjerto 9 pacientes (3%). El tiempo medio de reintervención debido al autoinjerto fue de $11,8 \pm 5,5$ años, y debido al homoinjerto $11,6 \pm 4,9$ años. La mortalidad hospitalaria fue nula. El seguimiento de estos pacientes fue de $18,6 \pm 2,4$ años y la mortalidad durante este plazo fue del 30% ($n = 3$): 2 de ellos por causa cardiológica y otro por causa no cardiológica. La supervivencia a 17 años fue similar en los pacientes que requirieron reintervención y en los que no la requirieron (90 vs. 78,7%, $p = 0,13$).

Conclusiones: En nuestra experiencia, los pacientes reintervenidos tras cirugía de Ross no presentan diferencias en supervivencia estadísticamente significativas respecto a los pacientes no reintervenidos.

A-1705518103.

INCIDENCIA USANDO 3 TIPOS DE APÓSITOS EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIACA MAYOR: UN ENSAYO CLÍNICO PROSPECTIVO Y ALEATORIZADO

G. López-Peña, M.J. Pérez-Granda, G.P. Cuerpo Caballero, J.M. Barri, M. Valerio, P. Muñoz, D.E. Valencia, F. Sánchez Vicario, Á. González Pinto y E. Bouza

Hospital General Gregorio Marañón.

Introducción: Las infecciones de la herida quirúrgica se encuentran entre las complicaciones más comunes de los pacientes sometidos a cirugía cardiaca mayor (CCM) y su incidencia que oscila entre el 1 y el 8%. Nuestro objetivo fue comparar la incidencia, la etiología y el pronóstico de la infección de herida quirúrgica en 3 grupos con 3 tipos de apóositos en una serie de pacientes ($n = 900$) sometidos a CCM.

Métodos: Realizamos un estudio clínico prospectivo aleatorizado de pacientes adultos sometidos a CCM en nuestra institución desde el 10 de octubre de 2019 al 22 de febrero de 2022. Antes del cierre quirúrgico, los pacientes fueron aleatorizados en 3 grupos según el apósito: A: Convencional: gasa (Mepore®), B: Absorbente: poliuretano (Mepilex®), C: Terapia de vacío (PICO, Smith & Nephew, S.A.U.).

Resultados: 900 pacientes sometidos a MHS (300 al grupo de apóositos convencionales, 300 al grupo de absorbentes y 300 al grupo de terapia de vacío). La tasa de infección de heridas superficiales entre los 3 grupos fue respectivamente: 2,3%, 3% y 3%; $p = 0,848$. La tasa de mediastinitis posquirúrgica fue: 2%, 2% y 0,7%; $p = 0,313$, respectivamente. La mortalidad global fue del 4,4%. No encontramos diferencias significativas entre los 3 grupos respectivamente: 4,7%, 5,7% y 3%; $p = 0,277$. En un modelo con pacientes que tenían 2 o más factores de riesgo (edad ≥ 70 años, obesidad, diabetes, EPOC, doble mama, cirugía urgente) aumentan el riesgo de mediastinitis casi 8 veces el no tener terapia de vacío ($p = 0,234$).

Conclusiones: Nuestro estudio no ha demostrado una reducción significativa en la infección superficial y profunda de la herida esternal con el uso de apóositos de vacío en pacientes sometidos a cirugía cardiaca mayor. Solo en los pacientes en los que se utilizó al menos un injerto de arteria mamaria ($n = 301$), no usar un apósito con vacío (PICO, Smith & Nephew, S.A.U.) aumentó 13 veces el riesgo de tener mediastinitis; ($p = 0,024$).

Identificador de ClinicalTrials.gov (número NCT): NCT03905213.

A-1706561054.

RESULTADOS A CORTO Y LARGO PLAZO EN TAVI NO TRANSFEMORAL: IMPACTO DEL MÉTODO DE ACCESO

V.X. Mosquera Rodríguez, A. Muinelo Paul, J.M. Martínez Comendador, L. Fernández Arias, M.C. Iglesias Gil, M. González Barbeito, G. Ventosa Fernández, M. García Vieites, C. Velasco García de Sierra y J.J. Cuenca Castillo

Servicio de Cirugía Cardiaca, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Objetivos: El propósito de este estudio fue realizar una comparativa exhaustiva entre los resultados de la implantación de la válvula aórtica transcatéter (TAVI) mediante accesos extratorácico (ET) e intratorácico (IT). Se enfocó específicamente en evaluar la mortalidad global, tanto intrahospitalaria como a los 30 días, las complicaciones posoperatorias y a los 30 días, así como la mortalidad global a un año.

Métodos: Desde enero de 2009 hasta diciembre de 2023, nuestra institución realizó 447 procedimientos de TAVI no transfemorales. Los pacientes se clasificaron según el tipo de acceso: intratorácico (transapical) y extratorácico (transcarotídeo y transaxilar).

Resultados: Los pacientes sometidos a la TAVI ET mostraron una mayor prevalencia de arteriopatía periférica (44 frente a 30,8%, $p = 0,005$) y enfermedad coronaria (53,6 frente a 26,5%, $p \leq 0,001$). Sin embargo, la TAVI ET se asoció con una significativamente inferior tasa de mortalidad a 30 días (1,6 vs. 10,2%, $p = 0,006$), una reducción en la incidencia de fibrilación auricular posoperatoria (0 vs. 6,5%, $p \leq 0,001$), menor incidencia de bajo gasto posoperatorio (0 vs. 4,7%, $p = 0,003$) y menos complicaciones respiratorias posoperatorias (1,8 vs. 10%, $p \leq 0,001$) en comparación con la TAVI IT. La mortalidad global a un año fue significativamente menor en el grupo ET en comparación con el grupo IT. No se observaron diferencias significativas en las tasas de éxito del procedimiento, éxito del dispositivo ni en los resultados hemodinámicos entre ambos grupos.

Conclusiones: Los resultados del estudio indican que la TAVI ET ofrece ventajas significativas en términos de reducción de la mortalidad a corto plazo y a un año, así como una menor incidencia de complicaciones posoperatorias, en comparación con la TAVI IT. Ambos enfoques son comparables en términos de resultados procedimentales y hemodinámicos. Estos hallazgos proporcionan información valiosa para que los clínicos elijan el enfoque de TAVI más adecuado para cada paciente.

A-1706641372.

RESULTADOS DE LA REPARACIÓN VALVULAR AÓRTICA SOBRE VÁLVULA BICÚSPIDE. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA

D. Martínez López, E.C. Ríos Rosado, B. Vera Puente, L. Díaz Ojeda, I.F. Arizaga Arce, J.C. Olivo Soto, J.E. de Villarreal Soto, C.E. Martín López, S. Villar García, V.M. Ospina Mosquera y A. Fortea Gil

Cirugía Cardiaca, Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Objetivos: Realizamos un análisis retrospectivo y unicéntrico de los resultados posoperatorios de las diferentes técnicas de reparación valvular aórtica en pacientes con válvula aórtica bicúspide.

Métodos: De 2015 a 2022 se recogen de nuestra base de datos, los pacientes con válvula aórtica bicúspide en los que se realizan técnicas de preservación valvular aórtica. Se analiza la supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: Un total de 138 pacientes fueron intervenidos. La edad media fue de $44,4 \pm 13,5$ años, y la gran mayoría (93,48%) eran varones. 10 (7,3%) pacientes presentaban además algún tipo de trastorno del tejido conectivo. 63 (45,65%) pacientes recibieron cirugía de reimplante valvular aórtico mientras que en 73 (52,9%) casos, se realizó reparación valvular aislada. En 115 (83,3%) de los pacientes se realizó algún abordaje sobre los velos. La altura efectiva media medida en quirófano fue de $1,01 \pm 0,12$ cm, y 12 (8,8%) pacientes quedaron con algún grado de prolапso residual. Al seguimiento los gradientes medios y máximos a través de la válvula aórtica fueron de $9,8 \pm 6,6$ mmHg y $17,7 \pm 9,6$ mmHg, respectivamente. La mortalidad hospitalaria fue del 0,72% (1/138). La mediana de seguimiento fue de 3,95 años, con un seguimiento máximo de 8,9 años. No hay mortalidad

durante el seguimiento. La libertad de reintervención a 1 y 5 años fue de 98,5% (IC95%: 94,2-99,6%) y 90,7% (IC95%: 81,5-95,4%), respectivamente, con una libertad de insuficiencia aórtica significativa a 1 y 5 años de 98,5% (IC95%: 94,3-99,6%) y 88,7% (IC95%: 78,7-94,2%), respectivamente. No hubo ningún evento hemorrágico, endocarditis infecciosa, ni accidente cerebrovascular durante el seguimiento.

Conclusiones: Las técnicas de reparación valvular aórtica tienen buenos resultados sobre válvula aórtica bicúspide cuando son realizadas en centros de alto volumen con experiencia en la patología.

A-1706642572.

RESULTADOS DE LAS ASISTENCIAS MECÁNICAS EN EL SHOCK POSCARDIOTOMÍA EN UN CENTRO DE REFERENCIA

D. Martínez López, F.J. Hernández Pérez, E.C. Ríos Rosado, B. Vera Puent, L. Díaz Ojeda, I.F. Arizaga Arce, J.C. Olivo Soto, J.E. de Villarreal Soto, C.E.S. Villar García, V.M. Ospina Mosquera y A. Fortea Gil

Cirugía Cardiaca, Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Objetivos: Analizamos los resultados de nuestra serie unicéntrica en pacientes con shock poscardiotomía.

Métodos: Desde noviembre de 2014 se recogen en nuestra base de datos los pacientes con shock cardiogénico de cualquier tipo. Se realiza un análisis del subgrupo de pacientes con shock poscardiotomía. Se analiza la supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier y se realiza un modelo de regresión múltiple.

Resultados: Un total de 240 pacientes son tratados por cualquier tipo de shock cardiogénico. En 67 (27,92%) casos se trata de un shock poscardiotomía. 46 (68,7%) eran varones con una edad media de 54,3 ± 16,1 años. 26 (39,39%) de los casos se produjeron tras una cirugía valvular, y en 18 (27,27%) del total tras una cirugía combinada valvular y coronaria. La media de tiempo de isquemia fue de 127,9 ± 60,1 minutos con una media de FEVI preoperatoria de 48,3% ± 16,0%. En 42 (62,7%) pacientes la asistencia fue implantada en el mismo acto quirúrgico y en 43 (64,2%) pacientes se implantó un ECMO VA central. En 30 (58,8%) casos se utilizó un balón de contrapulsación como método de descarga del ventrículo izquierdo. 6 (8,9%) pacientes tuvieron accidente cerebrovascular y 27 pacientes (40,3%) padecieron algún tipo de infección. La media de días en UCI fue de 34,3 [3-104] días y en total de ingreso 59,9 [10-151] días. La mortalidad hospitalaria fue del 49,25% (33 pacientes). 28 (41,8%) pacientes lograron recuperarse y 6 pacientes fueron trasplantados con éxito. En un análisis multivariable se asocian la reintervención ($p = 0,03$), el tiempo asistido ($p = 0,03$) y un SAPS-II elevado ($p = 0,01$) con el incremento de mortalidad.

Conclusiones: Las asistencias ventriculares ofrecen una oportunidad de incrementar la supervivencia en una patología que, de otro modo, tiene un desenlace fatal.

A-1705757530.

TRATAMIENTO MULTIMODAL EN LA HIPERTENSIÓN PULMONAR RESIDUAL TRAS TROMBOENDARTERECTOMÍA PULMONAR

M.J. López Gude, E.M. Pérez de la Sota, J.E. Centeno Rodríguez, A. Eixeres Esteve, E.M. Aguilar Blanco, J.A. Meca Aguirrebalaga y C. Muñoz Guijosa

Servicio de Cirugía Cardiaca, Hospital Universitario 12 de Octubre.

Introducción: La cirugía de tromboendarterectomía pulmonar (TEA) es el tratamiento de elección en la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica. Las guías clínicas indican, además, el tratamiento médico o el intervencionismo mediante angioplastia pulmonar con balón (ABAP) en pacientes inoperables o con hipertensión pulmonar (HP) residual tras la cirugía.

Objetivos: Comunicar los resultados actuales de la serie de TEA. Describir la evolución a largo plazo en función de la persistencia o no de HP.

Métodos: Desde febrero de 1996 hemos realizado 405 TEA. En el protocolo de seguimiento solicitamos cateterismo cardíaco derecho (CCD) de control a los 6 meses.

Resultados: Tras la cirugía, la presión media en arteria pulmonar (PAPm) (44 vs. 27 mmHg; $p \leq 0,001$) y las resistencias vasculares pulmonares (721 vs. 287 dinas.s.cm⁻⁵; $p \leq 0,001$) disminuyeron significativamente. La mortalidad hospitalaria fue 4,5%. En 291 pacientes disponemos de CCD en el seguimiento. En 156 (54%) la PAPm fue inferior a 25 mmHg. Ninguno ha requerido vasodilatadores pulmonares y la supervivencia acumulada es 99%, 99% y 97% a 3, 5 y 10 años. En 75 casos (27%) la PAPm estuvo entre 25 y 35 mmHg. El 30% ha necesitado tratamiento con vasodilatadores pulmonares y el 3% ABAP. En ellos la supervivencia acumulada es 99%, 96% y 89% a 3, 5 y 10 años. En el resto, la PAPm fue superior a 35 mmHg. El 57% ha sido tratado con vasodilatadores pulmonares y un 22% con ABAP. La supervivencia acumulada es 92% a 3 y 5 años, y 81% a los 10 años sin diferencia significativa con los grupos anteriores ($log-rank = 0,02$).

Conclusiones: La TEA es curativa en la mayor parte de pacientes intervenidos. El abordaje multidisciplinar y el tratamiento multimodal son imprescindibles en situaciones complejas como la HP residual tras cirugía. Este manejo ha permitido resultados excelentes a largo plazo.

A-1706627829.

SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA

M. Molina Sánchez, E. Roselló Díez, J.F. Tabilo Ahumada, C. Fernández de Vinzenzi, C. Gotsens Asenjo, E. Pueblas, M. Taurón Ferrer, S. Casellas Casanovas, Á. Irabien Ortiz, L. Corominas García, J. Montiel Serrano, A.J. Ginel Iglesias y L. López López

Cirugía Cardiaca, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes trasplantados con cardiopatías congénitas y compararlas con el resto del grupo. Comparar la supervivencia a largo plazo de ambos grupos.

Métodos: Estudio retrospectivo donde se han incluido los 636 pacientes trasplantados en nuestro centro desde 1988 hasta 2023 (con y sin cardiopatía congénita). Se ha realizado seguimiento a largo plazo. Se ha usado el programa Stata/BE 17.0 para el análisis estadístico. El análisis de supervivencia se ha realizado utilizando una curva de Kaplan-Meier y para la comparación el test $log-rank$. Para comparar proporciones se ha usado la prueba de chi-cuadrado y t de Student para medias.

Resultados: Desde 1988 hasta 2023 se han trasplantado 37 pacientes congénitos (5,8% del total), 22 de ellos (59,5%) los últimos 10 años. La causa más frecuente ha sido la transposición de grandes arterias (40,54%). Si comparamos con el resto de trasplantados, se trata de un grupo de menor edad, con menos factores de riesgo cardiovascular, más intervenciones previas y con mayor tiempo de isquemia en el trasplante ($\leq 0,01$). Se ha realizado un seguimiento medio de 104,27 meses. La supervivencia del grupo de congénitos fue del 97,06, 90,13 y del 75,28% al 1, 5 y 10 años, respectivamente. Comparados con el grupo de no congénitos, presentan una mayor supervivencia estadísticamente significativa ($p = 0,02$) medida con test $log-rank$.

Conclusiones: La proporción de pacientes trasplantados con cardiopatías congénitas ha aumentado. La causa más frecuente es la transposición de grandes arterias. Se trata de un grupo más joven, con menor comorbilidad y que presentan una mayor supervivencia a largo plazo. Dada la complejidad de las intervenciones, la experiencia y la planificación quirúrgica serán claves para unos buenos resultados.

SESIÓN 3

A-1706598375.

ANÁLISIS DEL USO DE ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTA A ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K DURANTE LOS PRIMEROS 3 MESES TRAS SUSTITUCIÓN VALVULAR MITRAL BIOLÓGICA. ¿ES EL MOMENTO DE ACTUALIZAR LAS GUÍAS?

C.B. Torres Terreros¹, J. López Menéndez¹, B. Casas Sánchez², B. Biscotti Rodil³, P.F. García Chumbiray¹, M. Castro Pinto¹, J. Miguelena Hycka¹, M. Martín García¹, R. Muñoz Pérez¹ y J. Rodríguez-Roda Stuart¹

¹Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario Ramón y Cajal.

²Hospital Universitario de Guadalajara. ³Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

Introducción: Los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) son tan eficaces como los antagonistas de vitamina K (AVK) en la prevención de eventos tromboembólicos, presentando bajo riesgo hemorrágico. No precisan controles periódicos y tienen efecto inmediato; facilitando su uso en el posoperatorio precoz. Sin embargo, los 3 primeros meses tras sustitución valvular mitral bioprotésica (SVMb) su uso no está recomendado según las guías de práctica clínica vigentes.

Objetivos: Comparar la aparición de eventos hemorrágicos, tromboembólicos y muerte en los 3 primeros meses tras el alta, en función del empleo de ACOD o AVK, en pacientes intervenidos de SVMb. **Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo y unicéntrico que incluye todos los pacientes intervenidos de SVMb desde enero del 2020 a diciembre del 2023, con seguimiento durante 3 meses tras el alta. Como objetivo primario se consideró la presencia de sangrado (mayor y menor, según criterios BARC); eventos tromboembólicos mayores (ictus, accidente isquémico transitorio (AIT), trombosis valvular) y muerte cardiovascular.

Resultados: El estudio incluyó 103 pacientes dados de alta tras SVMb, con edad media de 74,7 años ± 5,7; 59,2% mujeres y en fibrilación auricular preoperatoria 69,9%. El 29% tenía pautado algún ACOD previo a la cirugía. Los grupos de tratamiento fueron AVK en 78 (75,3%) y ACOD en 23 (22,3%). 10 pacientes presentaron al menos un evento; todos en el grupo de AVK (12,5%) frente a 0% en ACOD, sin llegar a la significación probablemente por baja potencia estadística por pequeño tamaño muestral (p de Fisher = 0,11). Se objetivaron 3 eventos de hemorragia mayor y 2 menor; 2 pacientes sufrieron ictus, uno AIT y se diagnosticó trombosis valvular en 2 pacientes. Uno falleció por causa cardiovascular.

Conclusiones: Los ACOD podrían disminuir el riesgo de aparición de eventos hemorrágicos y tromboembólicos en comparación con AVK, en pacientes con SVMb los primeros 3 meses tras la cirugía.

A-1705745582.

ESTUDIO DE LA CONDICIÓN FÍSICA Y PSICOLÓGICA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN A PACIENTES SOMETIDOS A UNA CIRUGÍA CARDIACA PROGRAMADA

J. Izquierdo García¹, G. Moreno Muñoz², M.D. Hungría Rodríguez¹, M.C. Pérez Muñoz¹, G. Plaza Manzano², I. López de Uralde Villanueva², C. Ojeda García¹, M.I. Batalla Batalla¹, E.M. Pérez de la Sota¹, J.A. Meca Aguirrezzabalaga¹, E.M. Aguilar Blanco¹, C. Muñoz Guijosa¹, J.E. Centeno Rodríguez¹, M.J. López Gude¹, A. Eixeres Esteve¹, J.I. Castillo Martín¹ y M.P. Sanz Ayan¹

¹Servicio de Rehabilitación y Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital 12 de Octubre. ²Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, UCM.

Objetivos: Valorar la condición física y psicológica tras la implantación estructurada de un programa de Prehabilitación en Cirugía Cardíaca (PPC). Estudio PRECICA.

Métodos: Estudio piloto cuyo diseño consiste en un ensayo clínico aleatorizado y controlado, en pacientes con enfermedad coronaria crónica, patología valvular y/o lesión de aorta con indicación de cirugía. Se aleatorizó a los pacientes a recibir prehabilitación o cuidados estándar (2:1). La prehabilitación consistió en un programa presencial de fisioterapia respiratoria, ejercicios de fuerza muscular y educación para la salud, de 2 sesiones semanales desde la inclusión en la lista de espera y hasta la cirugía. Los cuidados habituales consistieron en entregar un inspirómetro incentivador para realizar en domicilio. Se midieron y analizaron las diferencias intra y entre grupos en las variables fragilidad, ansiedad, depresión, fuerza de la musculatura respiratoria, fuerza de agarre y función cardiorrespiratoria, en la inclusión y a la semana tras el alta hospitalaria.

Resultados: Se aleatorizaron un total de 36 pacientes (24 prehabilitación, 12 controles). Entre grupos solo se observaron diferencias en la fuerza de la musculatura respiratoria, menor en el grupo control. Dentro de cada grupo, los pacientes en PCC mostraron una reducción en la fuerza de la musculatura inspiratoria y en la fuerza de agarre. Los controles mostraron una reducción en la fuerza de la musculatura respiratoria, fuerza de agarre y un aumento de la fragilidad. Ambos grupos obtuvieron una reducción del perímetro abdominal y del nivel de ansiedad, pero solo en el grupo PCC se redujo el índice de masa corporal. No se observaron diferencias significativas intragrupo para la capacidad funcional, la calidad de vida, el nivel de actividad física y la presencia de depresión.

Conclusiones: La aplicación de una PCC podría ser útil para minimizar/evitar el posible deterioro físico de los pacientes sometidos a intervención quirúrgica.

A-1706648325.

EXPERIENCIA INICIAL EN USO DE CUSA EN MAC

E.E. Castillo Oportus, J. Gómez-Plana Usero, Y. Castillo Eyzaguirre, A. Berbel Bonillo y J. Albors Martín

Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario de Vinalopó.

Objetivos: Dar a conocer la técnica quirúrgica utilizada en nuestro centro para la realización de cirugía mitral con anillo calcificado asistido mediante CUSA (*Cavitron Ultrasonic Surgical Aspirator*).

Métodos: Mediante un vídeo explicativo, damos a conocer el paso a paso del montaje y configuración de aspirador CUSA EXCEL+® y su utilización en cirugía mitral con anillo calcificado y los resultados de nuestra serie inicial.

Resultados: Actualmente hemos realizado en nuestro centro 9 casos de cirugía mitral compleja con calcificación severa de anillo mitral asistidos con el aspirador quirúrgico por ultrasonidos con muy buenos resultados, permitiendo en los diferentes casos la reparación o sustitución de la válvula mitral.

Conclusiones: La aplicación de la tecnología CUSA ha permitido la realización de cirugía mitral en pacientes con calcificación severa del anillo mitral, que previo a la implementación de esta técnica se consideraban no candidatos a cirugía o de muy alto riesgo con buenos resultados tanto a nivel quirúrgico como clínico en el seguimiento de los pacientes.

A-1706205192.

EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE VENA SAFENA: DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y ANÁLISIS DESCRIPTIVO

J.M. Miranda Torrón, L. Montero Cruces, M. Carnero Alcázar, D. Pérez Camargo, P. Campelos Fernández, J. Cobiella Carnicer,

F.J. Reguillo Lacruz, M.A. Giraldo Molano, D. Idrisova,
M.B. Solís Chávez y L.C. Maroto Castellanos
Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos: Realizar una descripción de la técnica y un análisis descriptivo de los pacientes sometidos a extracción de vena safena endoscópica en nuestro centro.

Métodos: Se revisaron retrospectivamente todos los pacientes sometidos a revascularización miocárdica a los que se les realizó una extracción endoscópica de vena safena desde agosto 2022 hasta enero 2023.

Resultados: A un total de 39 pacientes sometidos a cirugía coronaria se les ha realizado una extracción endoscópica de la vena safena. La mediana de edad fue de 71 años (IQR 62-77) y el 87,2% (n = 34) eran varones. Un 10,3% (n = 4) presentaba enfermedad arterial periférica y un 61,5% (n = 24) eran diabéticos. Se realizó una cirugía emergente en un 25,6% (n = 10). La mediana del EuroSCORE II fue del 2,5% (IQR 1,7-5,3). En 29 pacientes se realizó cirugía de revascularización coronaria aislada sin CEC y en 10 pacientes cirugía mixta (valvular y coronaria). Se realizó en un 59% una anastomosis de vena safena, en un 38,5% 2 anastomosis y en un 2,6%, 3 anastomosis. La mediana de flujo del bypass de safena fue de 25 ml/min (IQR 15-34), con un índice de pulsosidad de 2 (IQR 1,2-3). En 2 pacientes se realizó finalmente una extracción abierta por presentar vena safena de pequeño calibre y fibrosada. La tasa de IAM perioperatorio fue del 2,6% (n = 1). Ninguno de los pacientes a los que se les realizó una extracción endoscópica presentó ninguna complicación asociada a la herida quirúrgica.

Conclusiones: La extracción endoscópica de vena safena se trata de un abordaje mínimamente invasivo seguro y eficaz, asociado a una baja tasa de complicaciones neurológicas y de infección de herida, con una reducción del dolor en relación con la herida en el posoperatorio y una mayor satisfacción de los pacientes.

A-1706645921.

LA CIRUGÍA CARDIACA MEJORA LAS PUNTUACIONES DE LAS ESCALAS DE FRAGILIDAD AL MEJORAR LA CLASE FUNCIONAL DE LOS PACIENTES

C. Amorós Rivera¹, M.M. López Tatis², F.J. López Rodríguez³, M.E. Arnaiz García³, R.A. Arévalo Abascal¹, A.M. Barral Varela⁴, J. Bustamante Munguira¹ y J.M. González Santos¹

¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ²Centro Hospitalario Padre Benito Menni. ³Hospital Clínico Universitario de Salamanca. ⁴Hospital Universitario Central de Asturias.

Objetivos: Comparar las medias de las puntuaciones obtenidas en escalas de fragilidad preoperatorias en los sobrevivientes de cirugía cardiaca una vez son repetidas tras el alta hospitalaria.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo de 232 pacientes consecutivos sometidos a cirugía cardiaca mayor entre 2017 a 2019 en los que se ha evaluado la fragilidad preoperatoria mediante las escalas de FRAIL Questionnaire y los criterios de Fried. En los supervivientes, se han repetido las escalas a las 6 semanas tras el alta hospitalaria. Las medias han sido comparadas por análisis univariante utilizando la prueba Wilcoxon. Además, hemos utilizado regresiones logísticas binarias para encontrar factores predictores de fragilidad posoperatoria.

Resultados: De los 232 pacientes, 94,39% (219) recibieron el alta hospitalaria. En estos se repitieron las pruebas de FRAIL y Fried durante la revisión posoperatoria (pérdidas ≤ 7%). En la muestra global se encontraron diferencias significativas en la escala FRAIL: FRAIL vs. FRAIL-post: 2,37 ± 1,19 vs. 1,85 ± 1,22 respectivamente (p = 0,001). En cambio, no se encontraron en la escala Fried: Fried vs. Fried-post, 1,61 ± 1,21 vs. 1,73 ± 1,23 respectivamente (p > 0,05). Al analizar solo los pacientes frágiles, se encontraron diferencias con ambas escalas. Fried: 3,45 ±

0,63 vs. 2,5 ± 1,25 (p = 0,001). FRAIL: 3,46 ± 0,66 vs. 2,27 ± 1,17 (p = 0,001). Hemos identificado predictores independientes de fragilidad posoperatoria por ambas escalas. FRAIL: edad (p = 0,03), actividad (p = 0,009), frágil FCS (p = 0,006), déficit vitamina D (p = 0,026). Fried: edad (p = 0,019), fatiga (p = 0,039), reintervención por sangrado (p = 0,024), ACV posoperatorio (p = 0,034), NYHA III-IV (p = 0,043).

Conclusiones: La puntuación de fragilidad es un resultado fluido influenciado por la clase funcional del paciente, que puede mejorar tras la corrección de la patología cardiaca y la mejoría de los síntomas. Esto se debe tomar en cuenta durante las decisiones sobre operabilidad, ya las puntuaciones están influenciadas por factores reversibles tras la intervención.

A-1706646893.

MEDIASTINITIS POSQUIRÚRGICA TRAS CIRUGÍA CARDIACA MAYOR: ESTUDIO RETROSPETIVO DE LOS ÚLTIMOS 11 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Á. Álvarez Tomás, Á. González Pinto, M.J. Pérez-Granda, J.M. Barrio Gutiérrez, G.P. Cuerpo Caballero, R.H. Rodríguez-Abella González, M. Ruiz Fernández, Á. Pedraz Prieto, D. Monzón Díaz, F.J. Rodríguez Lega, M. Valerio, C. García Meré, S. Solís Gallego, L. Díaz Calvo y G. López-Peña López

Servicio de Cirugía Cardiaca, Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Objetivos: La mediastinitis posquirúrgica (MPQ) es una complicación grave y potencialmente mortal tras cirugía cardiaca mayor (CCM), que asocia mayor morbilidad y mortalidad. Ante la escasez de datos en grandes series de pacientes, nuestro objetivo fue evaluar incidencia, etiología microbiológica y mortalidad asociada a las MPQ en nuestro centro.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo transversal que incluyó a todos los pacientes sometidos a CCM en nuestro centro entre 2012 y 2022, analizando los que desarrollaron MPQ.

Resultados: Durante 11 años, 5.038 pacientes fueron sometidos a CCM en nuestra institución. La tasa de incidencia de MPQ varió entre 1,16 y 2,34 episodios/100 intervenciones/año. En total, se analizaron 81 pacientes con MPQ (84 episodios diferentes). La mediana de edad fue de 67 años (RIQ 56-75), siendo la mayoría de estos casos varones (69%). Las principales enfermedades subyacentes fueron: hipertensión (76%), diabetes mellitus (48%), EPOC (21%) y obesidad (39,5%). Los tipos principales de cirugía fueron: bypass coronario (38%), sustitución valvular (33%) y cirugía aórtica (9,87%). Las complicaciones perioperatorias más frecuentes fueron: transfusión de sangre (76%), reintervención (28%), dehiscencia esternal (23%) y taponamiento (20%). La mediana del tiempo transcurrido entre la intervención quirúrgica y la confirmación de la MPQ fue de 22 días (RIQ 16-40). En total, se obtuvieron 97 microorganismos diferentes en cultivos. Los más frecuentemente fueron: *S. epidermidis* 30 (30,9%), *S. aureus* 15 (15,4%) y *E. coli* 8 (8,24%). La mediana de la estancia en la unidad de CCM y en el hospital fue, respectivamente, de 11 (RIQR 5-28) y 49 días (RIQ 31-79). En total, 19 pacientes (23,5%) fallecieron durante el ingreso.

Conclusiones: La incidencia de MPQ se ha mantenido estable y por debajo del 2,5% en los últimos años en nuestro centro, pero sigue siendo una entidad asociada a una elevada morbilidad y a estancias hospitalarias prolongadas.

A-1705949199.

RESULTADOS DE LA REVASCULARIZACIÓN CORONARIA QUIRÚRGICA MÍNIMAMENTE INVASIVA

B.G. Rubio, M. Ascaso Arbona, E. Quintana Obrador, E. Sandoval Martínez, D. Pereda Arnau, J. Alcocer Diéguez y M. Castella Pericas

Cirugía Cardiovascular, Hospital Clínic de Barcelona.

Objetivos: La cirugía coronaria de mínima invasión por toracotomía limitada (MIDCAB) permite la revascularización miocárdica evitando la esternotomía media. Los beneficios potenciales de este abordaje son una recuperación más temprana y una menor estancia hospitalaria. Nuestro objetivo es presentar los resultados de los pacientes sometidos a revascularización coronaria mínimamente invasiva en los últimos 5 años.

Métodos: Revisión retrospectiva unicéntrica de todos los pacientes sometidos a cirugía coronaria mínimamente invasiva desde abril 2018-diciembre 2023. Se recopilan variables preoperatorias, intraoperatorias y posoperatorias. Las variables categóricas se presentan como porcentajes y las continuas se presentan como mediana (RIQ) o promedio ± DE, según corresponda.

Resultados: Se intervinieron un total de 68 pacientes. La mediana de edad fue 66 (56,25-72,75) años y el 77,9% de los pacientes fueron hombres. La fracción de eyección media fue 53,9 ± 11,4%. El EuroSCORE II medio fue 1,75 ± 0,75%. El síndrome coronario agudo fue la presentación clínica en el 57,3% de los pacientes. El 42,6% de los pacientes presentaron enfermedad aislada de la descendente anterior y en el 75% de los pacientes se revascularizó un solo vaso. Fue necesaria la conversión a esternotomía en 2,9% de los casos y soporte con circulación extracorpórea en el 5,8%. No hubo mortalidad perioperatoria ni reintervención coronaria durante el ingreso. A los 5 años de seguimiento, 7,3% paciente presentó recurrencia sintomática y el 2,29% de los casos requirieron revascularización percutánea del vaso diana. A los 5 años 70,3% (IC95%, 37,9-88%) pacientes permanecen asintomáticos.

Conclusiones: La revascularización miocárdica por minitoracotomía anterior izquierda es un procedimiento seguro y eficaz con buenos resultados a corto y medio plazo, tanto en términos de supervivencia como en recurrencia de la angina.

A-1705651506.

VASCRAFT: NUEVO INJERTO HUMANO VASCULAR DESCELULARIZADO Y REENDOTELIZADO PRODUCIDO MEDIANTE INGENIERÍA DE TEJIDOS PARA SU USO EN DERIVACIÓN ARTERIAL

G. Iraola-Picornell¹, C. Gálvez-Montón^{1,2}, Y. Onetti,
A.A. García-Granada³, M. Balcells^{3,4}, E. Berastegui², L. López⁵,
S. Morini^{5,6}, J. Vives^{5,6,7}, B. Álvarez-Palomo⁵, M.L. Pérez^{5,8}, A. Savio^{5,9},
C. Castells^{5,9}, A. Vilarrodona^{5,8}, J. Martorell³ y C. Muñoz Guijosa^{1,2}

¹Grupo de Investigación ICREC, Fundació Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol (IGTP). ²Icor, Institut del Cor, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; CIBERCV, Instituto de Salud Carlos III. ³IQS School of Engineering, Universitat Ramon Llull.

⁴Institute for Medical Engineering and Science, Massachusetts Institute of Technology. ⁵Banc de Sang i Teixits. ⁶Musculoskeletal Tissue Engineering Group, Vall d'Hebron Institute of Research (VHIR), Universitat Autònoma de Barcelona. ⁷Department of Medicine, Universitat Autònoma de Barcelona. ⁸Vall Hebron Institute of Research (VHIR). ⁹Research Institute of the Hospital de Sant Pau-IIB Sant Pau.

Objetivos: Desarrollar un sustituto biológico de origen humano para su empleo como injerto, el bioimplante VasCraft, en cirugías de revascularización coronaria.

Métodos: VasCraft es un proyecto interinstitucional distribuido en 4 fases (F) de ejecución para el diseño, desarrollo y producción de un injerto de revascularización manteniendo su permeabilidad a largo plazo. F1: descelularización de venas safenas cadavéricas humanas. Identificación del protocolo óptimo de descelularización mediante análisis de la preservación de la matriz extracelular (ECM), cuantificación de ADN residual, análisis morfo-histológico y ensayo de citotoxicidad. F2: recelularización del vaso descelularizado con células endoteliales derivadas de células mesenquimales de gelatina de Wharton (EC-MSC, WJ) en biorreactores 3D. F3: generación del producto de terapia avanzada (ATMP) bajo condiciones GMP (normas de

correcta fabricación). F4: validación preclínica del ATMP VasCraft en un modelo traslacional porcino, mediante injerto femoral térmico-terminal. Monitorización de la permeabilidad por fluoroscopia y valoración final (30 días) de la pared del injerto y su estado inflamatorio.

Resultados: Se han testado 11 protocolos de descelularización y todos los constructos mostraron una concentración de ADN p ≤ 50 ng por mg de tejido seco. Se seleccionaron 3 protocolos por la elevada preservación estructural y contenido de ECM de los vasos descelularizados. Paralelamente, se ha desarrollado un biorreactor 3D para la recelularización de los injertos, con EC-MSC, WJ, en flujo continuo.

Conclusiones: El bioimplante VasCraft pretende solventar una necesidad no cubierta en el desarrollo de injertos de revascularización artificiales. F1 y F2 están en estados muy avanzados, esperando progresar a F3 y F4 en pocos meses.

SESIÓN 4

A-1705666583.

CIRUGÍA ABIERTA DE AORTA TORACOABDOMINAL, 10 AÑOS DE EXPERIENCIA

R. Rodríguez Lecoq, R. Ríos Barrera, N. Zebdi Abdallah, J.C. Sureda Barbosa, M.S. Siliato Robles, N.E. Palmer Camino, C. Vigil-Escalera López, M.Á. Castro Alba, P. Iorlano Mariano, M.A. Contreras Godoy, M.C. Traoré Kone y M.M. Paguay Fernández
Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Introducción: La cirugía de aorta toracoabdominal es una de las más agresivas en nuestro ámbito, y por lo tanto técnicamente más demandante. Presentamos nuestra experiencia en los últimos 10 años y los cambios técnicos que hemos ido adoptando para mejora en los resultados.

Métodos: Analizamos todos los pacientes intervenidos por aneurisma toracoabdominal desde enero de 2013 en nuestro centro, y la técnica empleada en cada uno de ellos. Todos los pacientes fueron operados con asistencia ventricular izquierda atrio-femoral.

Resultados: Se han intervenido un total de 52 pacientes. 66% asociado a conectivopatía (21 síndrome de Marfan, 4 Loeys-Dietz, 1 Ehler Danlos, 9 con otras conectivopatías) y 33% arterioscleróticos (17 pacientes). 69% varones, con edad media de 55 años. La estancia media hospitalaria ha sido de 45 días (15-92 días) y la mortalidad en quirófano de 3 pacientes y la total al alta ha sido del 23% (12 pacientes). 4 pacientes presentaron paraparesia, con recuperación completa en 2 casos y 4 pacientes presentaron paraplejia definitiva (8%), pese a drenaje de líquido cefalorraquídeo y reimplante de arterias intercostales.

Conclusiones: Nuestra evolución en estos años nos ha proporcionado una gran experiencia y clara mejora en el manejo de estos pacientes tan complejos y necesitados de un tratamiento multidisciplinar bien sincronizado. Creemos fundamental la existencia de centros de referencia a fin de ofrecer la mejor asistencia posible a estos pacientes tan complejos.

A-1706653619.

CIRUGÍA COMPLEJA DE ARCO AÓRTICO CON PRÓTESIS HÍBRIDA

B. Vera Puente, E.C. Ríos Rosado, J.C. Olivo Soto, I.F. Arizaga Arce, L. Díaz Ojeda, J.E. de Villarreal Soto, D. Martínez López, V.C. Ospina Mosquera, S. Villar García, C.E. Martín López y A. Fortea Gil

Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Objetivos: Analizar y presentar los resultados quirúrgicos de nuestro centro en el tratamiento de la patología compleja aorta y arco aórtico utilizando prótesis híbrida Thoraflex.

Métodos: Se realiza un análisis descriptivo de los datos recogidos entre marzo de 2016 y enero de 2024 de pacientes intervenidos por patología de arco aórtico-aorta torácica descendente empleando la prótesis híbrida Thoraflex. Los datos fueron agrupados y comparados utilizando el programa SPSS 2.7.

Resultados: Se intervinieron un total de 55 pacientes. La media de edad fue 58 ± 15 años. El 32,7% presentaban conectivopatías y un 7,3% válvula aórtica bicúspide. La dilatación aórtica fue la indicación quirúrgica más frecuente (41,8%) seguida del síndrome aórtico agudo (32,7%) y los síndromes aórticos crónicos (25,5%). Casi la mitad de los pacientes habían recibido cirugía cardiaca previa (43,6%) y 22 pacientes precisaron otros procedimientos cardíacos concomitantes (40%). Durante el posoperatorio el 21,8% presentaron insuficiencia renal con necesidad de terapia renal sustitutiva y 4 pacientes presentaron afectación cerebrovascular posoperatoria permanente. La mortalidad hospitalaria fue de un 12,7% y la supervivencia al año fue del 85%. En un 16,3% de los pacientes se realizó tratamiento posterior de la aorta descendente mediante cirugía endovascular, abierta o combinada.

Conclusiones: El empleo de prótesis híbridas es una excelente solución para el tratamiento quirúrgico de la patología compleja de arco aórtico y aorta torácica descendente proximal. Los resultados hospitalarios son aceptables dada la elevada dificultad técnica y el alto riesgo quirúrgico de este grupo heterogéneo de pacientes.

A-1706645374.

CIRUGÍA HÍBRIDA DEL ARCO AÓRTICO. EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PATOLOGÍA AÓRTICA

P.F. García Chumbiray, J. López Menéndez, J. Miguelena Hycka, C.B. Torres Terreros, M.L. Castro Pinto, M. Martín García, R. Muñoz Pérez y J. Rodríguez-Roda Stuart

Servicio de Cirugía Cardiaca, Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Objetivos: Análisis de los pacientes intervenidos de cirugía del arco mediante FET en nuestro centro. Se analizan las etapas del tratamiento (quirúrgico abierto y endovascular) y sus resultados.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de pacientes intervenidos de sustitución completa de arco aórtico mediante FET entre el 2021 y 2023 en nuestro centro. Los datos fueron registrados de manera prospectiva en el Registro Español de Cirugía Cardiaca (RECC).

Resultados: Realizamos cirugía de arco aórtico en 48 pacientes, FET en 21 de ellos. Los pacientes intervenidos de FET fueron 85,7% varones, edad media 62,4 años (DE 9,9). EuroSCORE II medio fue de 13,2%. El 47,6% fueron síndromes aórticos agudos. En sesiones conjuntas con Cirugía Vascular se planificó la mejor estrategia de tratamiento caso a caso: 1) Tratamiento aislado del arco en 9 pacientes. 2) Tratamiento con TEVAR concomitante a la sustitución del arco en 2 pacientes. 3) Tratamiento en segundo tiempo con TEVAR en 3 pacientes. 3) En 3 pacientes se realizó bypass carótido-subclavio y oclusión de subclavia izquierda (SI) en ingreso previo. 4) 4 pacientes tenían TEVAR de aorta descendente previo al abordaje del arco. En la sustitución del arco se emplearon las prótesis E-vita (61,9%) y Thoraflex (38,1%). En todos canulamos arteria axilar derecha, hipotermia moderada (25°C) y protección cerebral anterógrada. Realizamos reimplante anatómico de SI en 9 pacientes, *debranching* extraanatómico en 8 y uno requirió bypass a otro tronco supraaórtico. La mortalidad intrahospitalaria fue 9,5%, inferior a estimada por EuroSCORE II (IMAR 0,72). Tras el alta, falleció 1 paciente de causa no cardiovascular.

Conclusiones: El tratamiento del arco aórtico con prótesis híbridas, abordaje multidisciplinar y en varias etapas consigue resultados adecuados en el tratamiento de patología compleja de aorta con afectación del arco.

A-1705584367.

DISECCIÓN DE AORTA TIPO A: ANÁLISIS DE RESULTADOS A 5 AÑOS

H.E. Auquilla Luzuriaga, M.N. de Antonio Antón, L. Varela Barca, E. Gómez Alonso, M.E. Monguio Santín y G. Reyes Copá

Servicio de Cirugía Cardiaca, Hospital de la Princesa.

Objetivos: Evaluar los resultados de las cirugías de DAA en los últimos 5 años, describir la mortalidad perioperatoria, detallar el tipo de cirugía realizado e identificar la disección residual en los supervivientes.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de los pacientes intervenidos por DAA entre 2019 y 2023. Se recogieron datos demográficos, clínicos, quirúrgicos y de seguimiento.

Resultados: Se intervinieron un total de 35 pacientes durante el periodo de estudio. La edad media fue de 64,2 años (DE 13,2) y el 60% fueron varones. Como características basales, el 68,6% presentaron HTA y el 65,7% obesidad, en el 14,2% no se identificó ningún FRCV. La manifestación de debut más frecuente (60%) fue el dolor torácico, seguido de déficit neurológico y síncope (26%). Un 28,6% de los casos presentaron isquemia visceral. Se constató válvula aórtica bicúspide en el 14,2%. Solamente en el 31,4% de los casos se identificó una aorta superior a 50 mm. En relación a la técnica quirúrgica, se realizó sustitución de aorta ascendente en el 51,4%, Bentall-Bono en el 11,4%, cirugía de hemiarco en el 14,3% y de arco en el 22,9%. En el 37,1% fue necesario sustitución valvular aórtica asociada. La mortalidad perioperatoria fue del 22%, mientras que a los 5 años fue del 11,4% y la tasa de disección residual al alta se constató en el 82,9%.

Conclusiones: Los resultados de las cirugías de DAA en los últimos 5 años en nuestro centro fueron aceptables, por consiguiente, nuestro estudio apoya la importancia de una adecuada indicación de la técnica quirúrgica, así como de un manejo perioperatorio y posoperatorio óptimo.

A-1706646654.

EVOLUCIÓN DE LA CIRUGÍA DE ARCO AÓRTICO. 14 AÑOS DE EXPERIENCIA CLÍNICA

J.F. Tabilo Ahumada, M. Taurón Ferrer, E. Roselló Díez, M. Molina Sánchez, C. Fernández de Vinzenzi, C. Gotsens Asenjo, E. Pueblas, J. Montiel Serrano, S. Casellas Casanovas, Á. Irabién Ortiz, A. Barros Membrilla, L. Coroninas García y A. Ginel Iglesias

Cirugía Cardiaca, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Objetivos: Describir nuestra experiencia en cirugía de arco aórtico, en términos de curación y supervivencia en el largo plazo.

Métodos: Entre diciembre de 2010 y octubre de 2023, se realizaron 37 intervenciones en nuestro centro: Trompa de elefante clásica (CET) en un 62% y prótesis híbridas E-VITA (FET) en el 38%. Los objetivos primarios fueron describir la supervivencia a largo plazo y la tasa de curación (resultado combinado de remodelado radiológico favorable, supervivencia, y Barthel, $p \geq 70$). Los objetivos secundarios fueron tiempos intraoperatorios y complicaciones.

Resultados: La edad media fue de $63,5 \pm 14,8$ años, 78% hombres. Las indicaciones más frecuentes fueron disecciones agudas (62%) y aneurismas (19%). Se realizaron procedimientos concomitantes en el 54%. El 16% eran reintervenciones. Desde la introducción de *beating heart* (2018) y cambio en anastomosis distal a zona 0/1 (2021), los tiempos de isquemia miocárdica y visceral disminuyeron ($115,6 \pm 52,3$ vs. $17,8 \pm 47,2$ minutos, y $59,2 \pm 27,4$ vs. $45,6 \pm 9,6$ minutos, respectivamente). La tasa global de isquemia medular e ictus fue 5,4% y 13,5% respectivamente. La mortalidad hospitalaria fue de 43,4% (CET) y 14% (FET) ($p = 0,084$). En $51,8 \pm 53,2$ meses de seguimiento medio, la tasa de curación fue del 54%. La supervivencia a 1 y 5 años fue del 66,6% y 57,1% (CET), 85,7% y 61,9% (FET), respectivamente (HR 0,61, IC95% 0,19-1,99;

$p = 0,412$). La tasa de reintervención global fue 21,6%: zona 2-3 (2,7%) y zona 4-5 (17,9%).

Conclusiones: La cirugía de arco aórtico con prótesis híbridas ofrece buenos resultados de curación y supervivencia en el medio y largo plazo. Las reintervenciones en zonas 2-3 fueron infrecuentes, mientras que en zonas 4-5 fueron poco frecuentes y asociadas a un riesgo endovascular aceptable.

A-1706615755.

PSEUDOANEURISMAS ANASTOMÓTICOS EN EL POSOPERATORIO DE LA CIRUGÍA DE SAA. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

M. Domingo Rivas, I. Sanchís Haba, J.M. Borrego Domínguez y A. Adsuar Gómez

Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Introducción: Los pseudoaneurismas anastomóticos representan una complicación poco frecuente pero de elevada morbilidad en pacientes intervenidos previamente en el contexto de síndrome aórtico agudo.

Objetivos: Analizar los pacientes intervenidos en nuestro centro de síndrome aórtico que desarrollaron un pseudoaneurisma en su seguimiento.

Métodos: Entre 2001 y 2023, 114 pacientes fueron dados de alta tras ser intervenidos de un síndrome aórtico tipo A de Stanford. Durante el seguimiento, se describieron 12 casos de pseudoaneurismas anastomóticos, lo que supone un 10,4% de la serie. En esta población había una mayor prevalencia de varones (10) y su mediana de edad fue de 55,8 años (41-73) en el momento del síndrome aórtico. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular, 9 eran hipertensos, 2 tenían DM, 3 dislipemia y 5 fumadores activos. A 9 de ellos se le implantó un tubo aórtico supracoronario y el resto fue sometido a una cirugía de Bentall con prótesis mecánica.

Resultados: Durante el seguimiento, en dos de los pacientes el pseudoaneurisma desapareció en controles tomográficos posteriores. 3 de los pacientes fueron sometidos a un nuevo procedimiento quirúrgico para exclusión del pseudoaneurisma (mediana de 63,7 meses desde el procedimiento inicial (10,7-101,2)). La supervivencia global de estos pacientes fue del 42,7% (5 de 12), con 3 pacientes falleciendo de muerte súbita en su domicilio, 2 en el posoperatorio de la cirugía de resección del pseudoaneurisma, otro por ictus y otro por neumonía.

Conclusiones: La presencia de un pseudoaneurisma anastomótico en la población de pacientes intervenidos de disección aórtica presenta elevada mortalidad, incluso con la cirugía. Se han descrito diferentes etiologías, destacando la fragilidad tisular o el uso de pegamentos biológicos como causas principales, aunque sin gran consistencia entre los estudios.

A-1706638496.

REMODELADO Y REIMPLANTE VALVULAR AÓRTICO. RESULTADOS A LARGO PLAZO

R. Álvarez Cabo, C. Salmerón Menéndez, A. Morales Linares, M. Cid, M. Martín, J. Martínez, R. Díaz Méndez, D. Hernández-Vaquero Panizo, A.M. Barral Varela, M.P. Mencía Bajo, F. Callejo Magaz, J.C. Llosa Cortina, C.A. Morales Pérez y J. Silva Guisasola

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Área del Corazón, Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción: La preservación valvular, mediante reimplante o remodelado de raíz aórtica, tiene suficiente evidencia para ser recomendado en las guías de valvulopatías-2021 para tratamiento de la insuficiencia aórtica (IAo). Es una cirugía compleja, debemos conocer los resultados a largo plazo, sus beneficios y riesgos.

Objetivos: Analizar los resultados del reemplazo de raíz con preservación valvular.

Métodos: 218 pacientes con cirugía conservadora valvular aórtica (2011-2024), 138 con reemplazo de raíz aórtica con análisis prospectivo, no aleatorizado. Análisis mediante estadísticos descriptivos, χ^2 para comparación de proporciones y prueba U de Mann-Whitney para comparación de variables continuas. Análisis de supervivencia con curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: Presentaban: edad-media $56,8 \pm 13,7$ años, 28 (20,3%) mujeres, 8 (5,8%) emergentes; 9 (6,5%) Marfan; EuroSCORE II: $3,2 \pm 2,7$. Morfología valvular: 78 (56,5%) tricúspide, 48 (34,8%) bicúspide, 12 (8,7%) unicúspide. Procedimientos realizados: reimplante (David): 92 (66,7%); Remodelado (Yacoub): 46 (33,3%). Técnicas en velos en 117 (84,8%) pacientes: (81,2%) plicatura-central, (17,4%) decalcificación, (26,8%) plastia-pericardio, (17,4%) continua-borde, (5,8%) cierre fenestración. Hubo reoperación por sangrado en 4 (2,9%). Fallecieron 7 (5,1%) pacientes en el posoperatorio inmediato (3,1% de electivos). La IAo precirugía: I-II (20,3%), III (10,1%) y IV (69,6%). En 126 (91,3%) pacientes la reparación fue exitosa (IAo 0-I intraoperatoria), en 12 (8,7%) persistía IAo \geq II, reconvirtiéndose a prótesis aórtica. El seguimiento medio fue $71,3 \pm 42,6$ (mediana 69,9) meses. A 13 años están libres de mortalidad por cualquier causa: 96,6%; IAo \geq II: 89,9%. 91% (reimplante) vs. 87,8% (remodelado): $p = 0,54$. 92,7% sin IAo-grado-IV preoperatoria vs. 88,5% con IAo-grado-IV preoperatoria: $p = 0,48$. 98,4% (tricúspides) vs. 84,5% (bicúspides): $p = 0,0552$. 71,9% (plastia-pericardio) vs. 98,9% (sin-plastia-pericardio): $p = 0,00005$. reoperación: 91,6%. En el seguimiento hubo 1 (0,8%) endocarditis y 4 (3,4%) fallecidos (1 de causa cardiaca).

Conclusiones: El reemplazo de raíz con preservación valvular ofrece una buena supervivencia y durabilidad, sin diferencias significativas entre diferentes tipos de técnicas, morfología valvular o presencia de IAo-grado-IV precirugía; la utilización de pericardio heterólogo para reparación de velos laстра la durabilidad.

A-1706614878.

RESULTADOS DEL PRIMER AÑO DE LA EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE LA VENA SAFENA CON EL DISPOSITIVO VIRTUOSAPH-TERUMO

M. García Bouza, N. García Borges, P.C. Prada Arrondo, J. Montoto López, G. Sauchelli, M.P. Garrido Martín y R. Martínez Sanz

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

Objetivos: La tendencia actual se dirige hacia el uso de técnicas mínimamente invasivas contando como arsenal terapéutico la extracción endoscópica de la vena safena. Se analizan los resultados del primer año de nuestro centro.

Métodos: Se analizaron de forma prospectiva los sujetos a los que se les aplicó la técnica de extracción de vena safena por vía endoscópica intervenidos de revascularización miocárdica o cirugía combinada en nuestro centro desde marzo-2023 hasta enero-2023. La cirugía se llevó a cabo con el dispositivo Virtuosaph de Terumo. Realizamos un análisis descriptivo de la muestra inicial.

Resultados: N = 36. Edad media: 68,1 años (DE 7,5). Varones: n = 30 (83,3%). Revascularización miocárdica aislada: n = 31 (86,1%). Número de injertos medio: 2,4 (DE 0,8). Número de injertos venosos medio: 1,2 (DE 0,5). Reconversión a safenectomía abierta: n = 1. Incidencias: n = 1 por desgarro anterior de la vena. Infecciones en la herida: n = 0. CK máxima media: 970 (RIQ 427,25-1.538,5). En el seguimiento en consultas: 3 pacientes con retraso en la cicatrización de la herida inferior por dehiscencia superficial.

Conclusiones: La extracción endoscópica de la vena safena es un método seguro que supone un beneficio para los pacientes relacionado fundamentalmente con la reducción de complicaciones asociados a la herida con mejor resultado estético y no descarta la safenectomía abierta en caso necesario.

SESION 6

A-1706638906.

ANÁLISIS DE COMPLICACIONES PERIVALVULARES EN PACIENTES INTERVENIDOS POR ENDOCARDITIS INFECCIOSA.

NUESTRA SERIE DE 2009-2023

C. Fernández de Vinzenzi, M. Taurón Ferrer, E. Roselló Díez, M. Molina Sánchez, J.F. Tabilo Ahumada, C. Gotsens Asenjo, E. Pueblas, S. Casellas Casanovas, Á. Irabien Ortiz, L. Corominas García, S. Grillo, J. Montiel Serrano y A.J. Ginel Iglesias

Servicio de Cirugía Cardiaca, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Objetivos: Analizar la prevalencia, el manejo y pronóstico de los pacientes intervenidos por endocarditis complicada con extensión perivalvular en nuestro centro.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos de endocarditis valvular con complicación valvular, desde enero 2009 a diciembre 2023. Las variables principales son la mortalidad operatoria y el tiempo hasta la cirugía. Las variables secundarias son: germe, tipo de afección perivalvular, tiempo de estancia en UCI, total de días posoperatorios y datos de seguimiento; reinfección, necesidad de reintervención y mortalidad.

Resultados: Se intervinieron 300 pacientes con diagnóstico de endocarditis, de los cuales 90 (30%) presentaron afectación perivalvular. El 76% fueron hombres; edad media de 63 años ($DE \pm 14$). El 34% se encontraba en estado crítico. El 64% de las infecciones se produjeron sobre válvulas nativas. *S. aureus* fue el germe más implicado (19%), *S. epidermidis*, el segundo. La complicación perivalvular más frecuente fue la destrucción anular (47%). Se intervinieron 73 (81%) válvulas aórticas, 39 (43%) mitrales y 7 (8%) tricúspides. Se implantaron 53 (59%) prótesis biológicas y 35 (39%) mecánicas, realizando reparación en 2 pacientes. La mediana de tiempo desde el diagnóstico de la complicación hasta la cirugía resultó de 10 días (RI 4-24), observándose una disminución a 8 días (RI 4-21) en los últimos años. La mediana de la estancia UCI fue de 6 días (RI 4-11). Se observó un 19% ($n = 17$) de mortalidad hospitalaria. El tiempo medio de seguimiento fue de 5 años con una tasa de reinfección de 12% ($n = 17$), reintervención del 16% ($n = 12$) y una mortalidad del 32% ($n = 24$).

Conclusiones: La afectación perivalvular supone una elevada morbilidad. La cirugía temprana tras el diagnóstico conlleva un mejor pronóstico. Aun así, la decisión quirúrgica es compleja y el momento de la intervención debe individualizarse.

A-1702643820.

ANÁLISIS DE COSTES DEL MANEJO DE UNA ENDOCARDITIS INFECCIOSA Y ENFERMEDAD DISEMINADA POR *MYCOBACTERIUM CHIMAERA*

C. Muñoz Guijosa¹, E. Berastegui García², A. Eixeret Esteve¹, M.J. López Gude¹ y A. Llorens Ferrer²

¹Servicio de Cirugía Cardiaca, Hospital Universitario 12 de Octubre.

²Hospital Germans Trias i Pujol.

Objetivos: El presente análisis evalúa los costes directos sanitarios asociados al manejo de una endocarditis infecciosa y enfermedad diseminada por *Mycobacterium chimaera* (*M. chimaera*) en un hospital terciario.

Métodos: Se analizó el consumo de recursos y costes asociados a un caso publicado de endocarditis infecciosa y enfermedad diseminada por *M. chimaera*, durante el periodo de tiempo comprendido entre la manifestación clínica de la infección en diciembre de 2016 (5 meses poscirugía) y el fallecimiento del paciente a causa de la misma 15 meses más tarde. Los costes considerados han sido los asociados a: estancia hospitalaria, pruebas diagnósticas, tratamiento farmacológico,

co, reemplazo de marcapasos, reemplazo valvular aórtico, consultas externas y visitas a urgencias. La información relativa al consumo de recursos fue extraída de la historia clínica del paciente. Los costes unitarios fueron expresados en € de 2021 a excepción de los correspondientes al tratamiento farmacológico, expresados en euros del año en el que el paciente fue tratado. Alternativamente, se planteó un análisis adicional que contempló un coste unitario asociado a la estancia hospitalaria 1,6 veces superior al del escenario base con el objetivo de asegurar mayor representatividad de la estimación a nivel nacional.

Resultados: El coste derivado del manejo de la infección fue de 120.136,30 €. La estancia hospitalaria (197 días) representó la principal partida de costes (84.069,12 €; 70%) seguida del tratamiento farmacológico (11.353,60 €; 9%) y el reemplazo de marcapasos (8.946,62 €; 7%). Los resultados del análisis alternativo mostraron que, al emplear el coste unitario de estancia hospitalaria correspondiente a la media nacional, el coste derivado del manejo de la infección ascendería a 168.733,20 €.

Conclusiones: El manejo de la endocarditis infecciosa y enfermedad diseminada por *M. chimaera*, si bien infrecuente, representó una importante carga económica para el hospital.

A-1705853996.

CIRUGÍA CARDIACA EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA.

PRESENTACIÓN CLÍNICA, ETIOLOGÍA, TIPO DE INTERVENCIÓN, COMPLICACIONES Y SUPERVIVENCIA

L. Montero Cruces, M. Carnero Alcázar, D. Pérez Camargo, P. Campelos Fernández, J. Cobella Carnicer, F. Reguillo Lacruz, C. Olmos Blanco, I. Vilacosta, M.A. Giraldo Molano, J.M. Miranda Torrón, P. Zuleta Fraile, F. González Romo, P. Merino Amador y L.C. Maroto Castellanos

Cirugía Cardiaca, Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos: Realizar una descripción de la presentación clínica, etiología, tipo de intervención, complicaciones y supervivencia de nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de la endocarditis infecciosa.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes operados de cirugía cardiaca por endocarditis infecciosa desde marzo del 2006 a agosto del 2023. Se describen las características de la serie, complicaciones asociadas y supervivencia.

Resultados: 566 pacientes fueron diagnosticados de endocarditis infecciosa en nuestro centro. El 65,6% ($n = 371$) fueron intervenidos quirúrgicamente. De los intervenidos, el 65,8% eran varones con mediana de edad de 67,8 años (IQR 57,2-76,2). El 11,9% presentaba shock cardiógenico preoperatorio y un 35% fiebre persistente. En un 17,5% se realizó una cirugía emergente. Mediana del ES II: 8,6% (IQR 3,9-17,8%), y del RISK-E Score: 21,3% (IQR 12,8-40%). En un 82,5% se aisló el microorganismo causal. Los más frecuentes fueron los *E. coagulase* negativos (21,5%) y el *S. aureus* (17,7%). La mortalidad intrahospitalaria fue del 18,6% ($n = 69$). Durante el seguimiento un 11,3% ($n = 42$) presentó una recurrencia (16 reinfecciones y 26 recaídas), de los cuales 23 requirieron de reintervención. Mediana de tiempo de presentación de recurrencia: 13 meses (IQR 1,4-48,1%). La supervivencia al año, a los 5 y a los 10 años fue del 77,5%, 67,3% y 48,8% respectivamente. No se encontraron diferencias con respecto a la supervivencia entre pacientes con endocarditis nativa y protésica (p log-rank = 0,661), ni por prioridad quirúrgica (p log-rank = 0,592).

Conclusiones: La cirugía cardiaca está indicada en más del 60% de los pacientes con endocarditis infecciosa con el objetivo de eliminar las estructuras infectadas y restablecer la anatomía y la función hemodinámica. Pese a ello es una patología asociada a una elevada mortalidad con una supervivencia a los 5 años del 67,3%.

A-1706616374.**EXPERIENCIA INICIAL EN LA EXTRACCIÓN DE LA VENA ENDOSCÓPICA PARA CIRUGÍA CORONARIA**

M.N. de Antonio Antón, L. Varela Barca, H. Auquilla Luzuriaga, E. Gómez Alonso, B. Bernal Gallego, M.E. Monguió Santín, T. Tineo Drove y G. Reyes Copa

Servicio de Cirugía Cardiaca, Hospital Universitario de La Princesa.

Objetivos: La extracción endoscópica de la vena safena interna (EEV) se ha propuesto como alternativa menos invasiva. La EEV se asocia con una menor morbilidad y una recuperación más rápida. El objetivo de este estudio es describir la experiencia inicial en nuestro centro, con los resultados iniciales de la EEV en pacientes sometidos a cirugía coronaria (CC).

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo recogiendo los datos durante el primer año de experiencia (38 pacientes) sometidos a EEV, como injerto para CC en el nuestro hospital entre el año 2022 y 2023. Se recogieron las siguientes variables: número de injertos de vena safena, tiempos de circulación extracorpórea y de isquemia, mortalidad perioperatoria y complicaciones posoperatorias.

Resultados: El porcentaje de pacientes en los que se realizó EEV fue 31,14% del total de los pacientes en los que se realizó CC con injerto de vena safena. El 84% de los pacientes eran hombres. La totalidad de los pacientes tenían enfermedad coronaria multivaso, en el 65,79% ($n = 25$) se realizó la extracción de un único injerto venoso y en el 34,21% dos injertos venosos. La duración media de tiempo de circulación extracorpórea y de isquemia fueron de 90,97 y 72,34 minutos, respectivamente. No se objetivaron ni infección, ni dehiscencia de la herida de la safenectomía endoscópica durante el seguimiento a los 30 días. Fallecieron 2 pacientes durante el seguimiento (5,2%) de causa no cardiaca.

Conclusiones: La EEV es una técnica segura y eficaz para la extracción de la vena safena interna para CC. La EEV se asocia con una menor morbilidad y una recuperación más rápida que la extracción tradicional. Se necesitan más estudios prospectivos con un mayor número de pacientes para confirmar los resultados de este estudio.

A-1705607533.**INCIDENCIA Y PREDICTORES DE INFECCIÓN PROFUNDA DE HERIDA QUIRÚRGICA ESTERNAL EN CIRUGÍA CARDIACA. UN ESTUDIO PROSPECTIVO**

L. Alfonso Colomer, J.M. Arribas Leal, R. Albaracín García, A. Jiménez Aceituna, J. Pérez Andreu, R. Taboada Martín, M. Lorenzo Díaz, M. Fernández Molina, J.M. Aguilar Jiménez, J. García-Puente del Corral, F. Gutiérrez García, M.J. Alcáraz García y S.J. Cánovas López

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Introducción: La infección profunda de herida esternal en cirugía cardiaca es una complicación poco frecuente pero grave. Se asocia a mayor morbilidad, mortalidad y coste económico. Queremos conocer la incidencia de infección profunda de la herida esternal en nuestro centro.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo que investiga la incidencia de infección profunda de herida esternal entre 2017 y 2019. Buscamos factores clínicos asociados con esta complicación.

Resultados: Durante 36 meses, 1.004 pacientes fueron intervenidos por esternotomía media completa (65% varones, mediana de edad 67 años RIQ (56-74)). En ese tiempo, 36 pacientes (3,6%) desarrollaron infección profunda herida esternal. Los pacientes con infección profunda esternal eran con más frecuencia diabéticos (15,4 vs. 2,5%, $p = 0,036$), obesos ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) (5,5 vs. 2,5%, $p = 0,016$), reoperaciones (8 vs. 3,3%, $p = 0,025$). En el posoperatorio presentaban más insu-

ficiencia renal (7,2 vs. 2,5%, $p = 0,001$), más reintervenciones precoces de causa no infecciosa (19,3 vs. 1,5%, $p \leq 0,001$), sangraban más (14 vs. 2,3%, $p \leq 0,001$), presentaban más complicaciones médico-quirúrgicas (5 vs. 2,3%, $p = 0,030$). Tenían más infecciones a otros niveles (11,2 vs. 1,8%, $p \leq 0,001$), permanecían más días en UCI (4 (2-12) vs. 2 (2-4), $p = 0,018$) y en hospital (25 (17-43) vs. 10 (7-18), $p \leq 0,001$). Sin embargo, no hubo diferencias significativas en mortalidad hospitalaria (14 vs. 9,1%, $p = 0,33$) ni en la urgencia de la cirugía (3,3 vs. 3,7%, $p = 0,758$). Hubo gérmenes gram positivos en el 48% de los cultivos y gram negativos en el 44%. Fueron predictores independientes de infección profunda de herida esternal: diabetes mellitus (2,8 (1,24-6,6), $p = 0,013$), reintervención precoz de causa no infecciosa (16 (6,6-39), $p \leq 0,001$) y la presencia de infecciones a otros niveles (3,3 (1,4-7,7), $p = 0,006$).

Conclusiones: La infección profunda de herida esternal es una complicación poco frecuente pero grave de la cirugía cardiaca. La diabetes, la presencia de infecciones a otros niveles y la necesidad de una reintervención precoz de causa no infecciosa, fueron predictores independientes de la infección profunda de herida esternal.

A-1705586251.**RESULTADOS EN CIRUGÍA AÓRTICA Y MITRAL CON RECONSTRUCCIÓN DE LA CONTINUIDAD MITRO-AÓRTICA**

E. Sánchez Domínguez, I. Sanchís Haba, M. Domingo Rivas, K. Rezaei, C.F. Rodríguez Mora, A. Adsuar Gómez, A. González Calle, A.M. Hernández Fernández, M. García-Borbolla y Fernández, E. Gutiérrez Carretero, A. Alarcón González, R. Luque Márquez y J.M. Borrego Domínguez

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Objetivos: La afectación de la continuidad mitroaórtica en las endocarditis y los enfermos polivalvulares supone un reto quirúrgico. Analizamos los resultados en nuestro centro de la cirugía de reconstrucción del cuerpo fibroso intervalvular con sustitución mitral y aórtica (Commando), reparación mitral y sustitución aórtica (Hemi-Commando), o sustitución mitral y aórtica con cirugía de la raíz (Root-Commando).

Métodos: Análisis descriptivo de las variables preoperatorias, quirúrgicas y resultados obtenidos de los pacientes intervenidos con cirugía de reconstrucción de la continuidad mitroaórtica desde noviembre de 2018 hasta enero de 2024.

Resultados: Se han intervenido 17 pacientes: 15 (88,2%) endocarditis y 2 (11,8%) valvulares complejos. Características preoperatorias: $67,01 \pm 8,62$ años de edad media, 14 (82,4%) varones, 14 (82,4%) reintervenciones, EuroSCORE II medio $38,30 \pm 22,69\%$. En el grupo de endocarditis: 8 (53,3%) fueron por *S. epidermidis* MR y el Aportei medio fue de $36,93 \pm 15,80\%$. Se realizó procedimiento Commando en 7 (41,2%), Hemi-Commando en 5 (29,4%) y Root-Commando en 5 (29,4%) pacientes. Fueron necesarias cirugía tricuspidea en 1 (5,9%), reconstrucción de la aurícula derecha en 1 (5,9%) y cierre de comunicación interventricular endocárdica en 2 (11,8%) pacientes. Los tiempos de CEC y clampaje aórtico medios fueron $295,88 \pm 65,14$ y $233,59 \pm 38,38$ minutos. Precisaron soporte ECMO VA 3 (17,6%), diálisis posoperatoria 5 (29,4%) y marcapasos definitivo 7 (41,2%) pacientes. El tiempo de ventilación mecánica medio fue 166 ± 288 horas. La estancia en UCI y posoperatoria media fueron $13,82 \pm 20,30$ y $25,47 \pm 24,61$ días. La mortalidad hospitalaria fue 6 (35,3%) pacientes, todos del grupo endocarditis. Con un seguimiento medio de $32,18 \pm 21,60$ meses la supervivencia es de 9 (52,9%) pacientes.

Conclusiones: La cirugía de reconstrucción de la continuidad mitroaórtica es una técnica compleja y con alta morbimortalidad perioperatoria. Sin embargo, es la única opción quirúrgica viable y de supervivencia en cierto grupo de pacientes.

SESIÓN 7

A-1706643077.

¿SE PUEDEN OBTENER BUENOS RESULTADOS CON EL IMPLANTE TRANSAXILAR DE LA PRÓTESIS ACURATE NEO 2? REGISTRO AVATAX

S. Volovchuk¹, I. Julià Amill¹, S. Casellas Casanovas², V.X. Mosquera Rodríguez³, C. Fernández Gallego¹, L.J. Delgado Ramis¹, B. Romero Ferrer¹, V. Mescola, D. Figuereo Beltre¹, A. Barcia Uruchima¹ y E. Berastegui García¹

¹Cirugía Cardiovascular, Hospital Germans Trias i Pujol.

²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. ³Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Objetivos: Evaluar los resultados del implante de Acurate Neo 2 a través de la "ruta axilar" en pacientes incluidos en el registro AVATAX.

Métodos: Se describe la experiencia de 3 centros en la implantación, por procedimiento TAVI y a través de vías "alternativas", de la prótesis Acurate Neo 2 entre abril de 2022 y mayo de 2023. Se incluyeron un total de 54 pacientes. Con una mediana de edad de 80 años y sin criterios de exclusión restrictivos, se implantaron 40 prótesis vía transaxilar y 14 vía transcarotídea. Analizamos los datos obtenidos del grupo transaxilar incluyendo seguimiento a 6 meses y 1 año.

Resultados: Éxito de implante en todos los pacientes, con una sola reconversión de vía de acceso y sin mortalidad hospitalaria. No se registraron complicaciones en la herida, con una disección axilar contenida. El gradiente medio al alta fue de 8,46 mmHg y se observó fuga periprotésica ligera en 4 pacientes. En los pacientes que han seguido controles, el gradiente medio fue de 6,7 mmHg, con 2 exitus por causa cardiovascular.

Conclusiones: El implante de la bioprótesis TAVI Acurate Neo 2 por vía transaxilar es un procedimiento factible, reproducible, seguro y con buenos resultados.

A-1706628188.

CIRUGÍA REPARADORA EN INSUFICIENCIA AÓRTICA SIN DILATACIÓN DE RAÍZ

R. Álvarez Cabo, C. Salmerón Menéndez, A. Morales Linares, M. Cid, M. Martín, R. Díaz Méndez, D. Hernández-Vaquero Panizo, A.M. Barral Varela, M.P. Mencía Bajo, F. Callejo Magaz, J.C. Llosa Cortina, C.A. Morales Pérez y J. Silva Guisasola

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Área del Corazón, Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción: La cirugía reparadora aórtica en la insuficiencia aórtica (IAo) sin dilatación de raíz no está recogida en las guías de valvulopatías de 2021 pues no hay evidencia clínica. Es una cirugía compleja, no estandarizada, con resultados a largo plazo poco conocidos.

Objetivos: Analizar los resultados de la cirugía reparadora aórtica en IAo sin dilatación de raíz.

Métodos: 218 pacientes con cirugía conservadora aórtica (2011-2023), 80 sin tratamiento de la raíz en los que se hace un análisis prospectivo, no aleatorizado. Análisis mediante estadísticos descriptivos, χ^2 para comparación de proporciones y prueba U de Mann-Whitney para comparación de variables continuas. Análisis de supervivencia con curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: Presentaban: edad-media 60 ± 16 años, 17 (21,3%) mujeres, 3 (3,8%) emergentes; EuroSCORE II: $3,2 \pm 4,5$. Morfología valvular: 57 (71,3%) tricúspide, 22 (27,5%) bicúspide, 1 (1,3%) cuadricúspide. Procedimientos realizados: plastia-aórtica + tubo-supracoronario: 27 (33,8%); plastia-aórtica: 53 (66,2%). En 71 (88,8%) pacientes se realizaron técnicas en velos: (63,8%) plicatura-central, (11,3%) decalcifica-

ción, (18,8%) plastia-pericardio, (8,8%) continua-borde, (20%) fusión de velos en tricúspides. Anuloplastia con sutura en 42 (52,5%) pacientes. Hubo reoperación por sangrado en 4 (5%). Falleció 1 (1,3%) paciente en el posoperatorio inmediato. La IAo preoperatoria: I-II (5%), III (22,5%) y IV (72,5%). En 70 (87,5%) pacientes la reparación fue exitosa (IAo 0-I intraoperatoria), en 10 (12,5%) persistía IAo II, reconvirtiéndose a prótesis aórtica. El seguimiento medio fue 40 ± 11 (mediana 37) meses. A 12 años están libres de: mortalidad por cualquier causa: 97,1%; IAo \geq II: 88,4%, 91,7% (tricúspides) vs. 81% (bicúspides): $p = 0,2$. 57,1% (plastia-pericardio) vs. 96,4% (sin-plastia-pericardio): $p \leq 0,0001$. 93,3% (fusión velos) vs. 90,9% (no fusión) (tricúspides): $p = 0,47$. De reoperación: 89,9%. En el seguimiento hubo 2 (2,9%) endocarditis y 2 (2,9%) fallecidos (ninguno de causa cardiaca).

Conclusiones: La combinación de técnicas en velos y anillo permite durabilidad de la reparación aórtica sin tratamiento de raíz; la utilización de pericardio heterólogo reduce sensiblemente la durabilidad; la fusión de velos en tricúspides como alternativa al pericardio parece consistente.

A-1706645216.

EXPERIENCIA INICIAL EN LA TÉCNICA DE DAVID EN LA CIRUGÍA DE LA RAÍZ AÓRTICA. RESULTADOS A CORTO Y MEDIO PLAZO

M.Ch. Traore Kone, M.M. Paguay Fernández, J.C. Sureda Barbosa, N.E. Palmer Camino, M.S. Vsiliato Robles, M. Contreras Godoy, P. Iorlano Mariano, C. Vigil-Escalera López, R. Ríos Barrera, M.Á. Castro Alba, K. Mehrdad Moradi y R. Rodríguez Lecoq

Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Introducción: La técnica de David, centrada en la preservación de la válvula aórtica y la reconstrucción de la raíz, se ha convertido en una opción preferente en nuestro centro. Este estudio busca analizar los resultados a corto y medio plazo de los pacientes intervenidos mediante esta técnica.

Métodos: Desde septiembre de 2013 hasta diciembre de 2023 se realizaron 120 procedimientos de cirugía según la técnica de David en pacientes con dilatación de la raíz aórtica.

Resultados: La cohorte presenta una media de edad de 46,97 años, con predominancia masculina 95 (79,1%). Las intervenciones abarcaron tanto válvulas trivalvas 102 (85%), bicúspides 14 (11,6%) y 4 pacientes con válvulas unicúspide 4 (3,3%). En 66 pacientes (55%) presentaban algún tipo de conectivopatía diagnosticada (52 con síndrome de Marfan y 14 con síndrome de Loey-Dietz). La mortalidad ha sido del 0,8% (1 paciente fallecido por sepsis de origen respiratorio). Un paciente tuvo que ser trasplantado por fallo de protección miocárdica asociada a nacimiento anómalo de coronaria derecha. Otro paciente requirió de sustitución valvular por IAo grave en el eco de control posoperatorio. Al alta, se observó regurgitación aórtica trivial o ausente en el 75% (90) de los pacientes, leve en el 23,3% (28), moderada en el 1,6% (2), sin contar con el paciente que requirió sustitución valvular aórtica. El seguimiento promedio ha sido de 4 años reveló estabilidad de los resultados, con una mortalidad a medio plazo de 2,5% (3 pacientes).

Conclusiones: La baja morbilidad y la preservación de la función valvular respaldan la técnica de David, en nuestra experiencia, en el tratamiento de la dilatación de la raíz aórtica, asociada o no a regurgitación valvular, consolidándose como una opción terapéutica en estos pacientes.

A-1706652553.

IMPACTO DE LOS JETS DE REGURGITACIÓN EN EL FALLO DE LA REPARACIÓN VALVULAR AÓRTICA

E.C. Ríos Rosado, B. Vera Puente, J.C. Olivo Soto, I.F. Arízaga Arce, L. Díaz Ojeda, J.E. de Villarreal Soto, D. Martínez López,

V.M. Ospina Mosquera, S. Villar García, C.E. Martín López
y A. Fortea Gil

Servicio de Cirugía Cardiaca, Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es determinar el verdadero impacto de los diferentes jets de regurgitación (central y excéntrico) en el fracaso de la reparación valvular aórtica.

Métodos: Revisamos los datos ecocardiográficos intraoperatorios y de seguimiento de 203 pacientes, intervenidos de reparación valvular aórtica entre febrero 2015 y junio 2023. Un total de 75 pacientes presentaron algún grado de insuficiencia aórtica antes del alta hospitalaria. Un paciente fue excluido del estudio por no tener acceso a imágenes ecocardiográficas. Los datos se agruparon y compararon con SPSS 2.0 (IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp).

Resultados: 63 (84%) pacientes evaluados presentaron insuficiencia aórtica grado I, 9 (12%) pacientes grado II, y 3 (4%) grado III o IV pre-alta. El jet fue excéntrico en el 66,7% de los casos, y central en el 33,3% restante. Observamos una morfología bicúspide en 25 válvulas, unicúspide en 2 y cuadricúspide en otros 2 pacientes. La libertad de reintervención a 8 años en pacientes con algún grado de insuficiencia aórtica al alta hospitalaria fue del 89,3%. La libertad de eventos (incluyendo reoperación) en el grupo de insuficiencia aórtica central fue del 96,2%, mientras que en el grupo con jets excéntricos de regurgitación valvular fue del 85,7% (*log-rank* 0,038). La libertad de reintervención en el grupo de plastia aórtica aislada fue del 81,8%, mientras que en el grupo sometido a cirugía de David fue del 95,2% (*log-rank* 0,029).

Conclusiones: En nuestra experiencia, los jets centrales de insuficiencia aórtica posoperatoria permanecen estables y en ningún paciente motivó la reoperación durante el seguimiento. Los jets excéntricos de regurgitación valvular parecen progresar con el tiempo y representan un claro factor de riesgo de reintervención.

A-1706634132.

MORBIMORTALIDAD EN REINTERVENCIÓN DE SUSTITUCIÓN VALVULAR AÓRTICA AISLADA POR CAUSA NO INFECCIOSA

D. Figueiro Beltré, V. Mescola, C. Fernández Gallego, I. Julià Amill, L.J. Delgado Ramis, B. Romero Ferrer, A. Barcia Urchima, S. Volovchuk y E. Berastegui García

Servicio de Cirugía Cardiaca, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol.

Objetivos: Analizar la morbimortalidad de sustitución valvular aórtica aislada por causa no infecciosa en pacientes previamente intervenidos de cirugía cardiaca.

Métodos: Presentamos un estudio observacional retrospectivo sobre pacientes con cirugía cardiaca previa, reintervenidos de sustitución valvular aórtica aislada por causa no infecciosa. Registramos comorbilidades, riesgo quirúrgico, variables clínicas y ecocardiográficas pre-, intra y posoperatorias, así como la morbimortalidad intrahospitalaria.

Resultados: Desde enero 2007 a diciembre 2023 se realizaron 41 reintervenciones de sustitución valvular aórtica aislada por causa no infecciosa. El 58,5% de los pacientes (n = 24) eran mujeres, de edad media 68,8 años (DE = 10,8). El tiempo promedio desde la primera cirugía fue de 9,7 años (DE = 5,5). Preoperatoriamente 8 pacientes se encontraban en clase funcional IV de la NYHA, estando 21 en clase III y el resto en clase II. Ecocardiográficamente la lesión predominante fue la estenosis (n = 19). Una prótesis biológica se explantó en 36 pacientes, así como se implantó en el 67,4% de las reintervenciones. El tamaño más frecuentemente explantado (n = 14) e implantado (n = 29) fue de 21 mm. En el posoperatorio inmediato 2 pacientes requirieron soporte inotrópico a dosis altas; ningún paciente requirió so-

porte mecánico. Hubo 2 reoperaciones por sangrado. 13 pacientes presentaron fibrilación auricular, 5 bloqueo auriculoventricular avanzado y un paciente requirió la implantación de un marcapasos definitivo. Un paciente murió durante el ingreso (2,4%).

Conclusiones: La degeneración protésica sigue siendo la espada de Damocles en la cirugía valvular, presentando hoy en día diferentes alternativas terapéuticas menos invasivas. Al fin de garantizar la mejor estrategia de tratamiento, es crucial que en la valoración multidisciplinar del Heart Team se tenga en cuenta el riesgo real, en nuestro medio, de la primera reintervención por sustitución valvular aórtica aislada de causa no infecciosa.

A-1705888332.

PREDICTORES DE IMPLANTE DE MARCAPASOS TRAS SUSTITUCIÓN VALVULAR AÓRTICA CON LA PRÓTESIS BIOLÓGICA PERCEVAL

M.A. Giraldo Molano, D. Pérez Camargo, M.B. Solís, J.M. Miranda Torrón, L. Montero Cruces, M. Carnero Alcázar, P. Campelos Fernández, J. Cobiella Carnicer, F. Reguillo Lacruz y L.C. Maroto Castellanos

Servicio de Cirugía Cardiaca, Hospital Clínico San Carlos.

Introducción: Actualmente, la incidencia reportada de implante de marcapasos (PPI) tras el implante de la prótesis Perceval es del 2 al 10% en comparación con un 1,8 a 7% para las bioprótesis convencionales.

Objetivos: Analizar predictores de PPI tras el implante de la prótesis Perceval.

Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo de pacientes con sustitución valvular aórtica aislada o con revascularización coronaria concomitante empleando la prótesis Perceval. Se excluyeron pacientes portadores de marcapasos, cirugía cardiaca previa, cirugía plurivalvular y con procedimientos de ablación concomitantes. Se elaboró un modelo predictivo a partir de todas las posibles ecuaciones empleando regresión logística univariable ($\leq 0,20$) y multivariable.

Resultados: Se incluyeron 109 pacientes con una mediana de edad de 73 años (IQR: 68,9-76,8). 22% presentaban alteraciones en la conducción auriculoventricular o intraventricular; 6,42% fibrilación auricular (FA). La mediana del diámetro del anillo aórtico fue de 23 mm (IQR: 21,9-24,7). En 32,1% se empleó una prótesis Perceval Plus. Los tamaños de prótesis fueron: 13,4% tamaño S, 22,7% tamaño M, 43,3% tamaño L y 20,2% tamaño XL. En 22% se realizó un sobredimensionamiento de la prótesis, definido como un incremento mayor o igual al 5% del diámetro anular. 9,17% presentaron PPI y 8,26% fuga paravalvular, siendo de grado leve en todos los casos. En el análisis univariante identificamos el sobredimensionamiento, el bloqueo de rama derecha y la FA como factores de riesgo, mientras que el uso de la prótesis Perceval Plus se asoció a menor riesgo para PPI. En el análisis multivariante, únicamente el sobredimensionamiento de la prótesis fue significativo (OR: 5,49; p = 0,021).

Conclusiones: En el presente estudio identificamos el sobredimensionamiento de prótesis como el principal factor de riesgo para PPI. El modelo más reciente, Perceval Plus, podría tener una influencia positiva para evitar esta complicación.

A-1706191603.

REGISTRO IBÉRICO DEL IMPLANTE DE PRÓTESIS MITRAL TRANSCATÉTER TENDYNE*

C. Muñoz Guijosa¹, L. Nombela-Franco², J. Cobiella Carnicer², P. Mahía², I. Julià Amill³, D. Figueiro Beltré³, X. Carrillo³, R. Teles⁴, J.J. Legarra Calderón⁵, F. Estévez Cid⁵, R. Estévez⁵, A. Fortea Gil⁶, V. Moñivas⁶, D. Pereda⁷, A. Regueiro⁷, J. Bustamante⁸ e I. Amat⁸

¹Hospital Universitario 12 de Octubre. ²Hospital Clínico San Carlos. ³Hospital Germans Trias i Pujol. ⁴Hospital Santa Cruz Lisboa. ⁵Hospital Álvaro Cunqueiro. ⁶Hospital Universitario Puerta de Hierro. ⁷Hospital Clínic de Barcelona. ⁸Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: El reemplazo valvular mitral transcatéter (TMVR) se está desarrollando como alternativa para pacientes con patología mitral, no considerados para intervención quirúrgica o reparación borde-borde (TEER). Este estudio tiene como objetivo evaluar el éxito del procedimiento a corto-medio plazo, así como los resultados de seguimiento.

Métodos: Registro prospectivo que incluyó a pacientes consecutivos con enfermedad sintomática mitral, sometidos a TMVR utilizando el sistema transapical Tendyne® (Abbott) en 7 centros de la Península Ibérica, entre diciembre 2020 y junio 2022. Se recopilaron datos clínicos, evaluaciones de imágenes cardiovasculares, información del procedimiento y evaluaciones de seguimiento a 1 y 12 meses.

Resultados: Un total de 40 pacientes (edad media 78,5 años [RIC 76-82], 47,5% hombres) se sometieron a TMVR. La mayoría presentaba riesgo quirúrgico significativo, comorbilidades y clase funcional avanzada. 38 pacientes presentaban insuficiencia mitral (IM), y 2 estenosis mitral severa. La intervención previa en la válvula mitral y el implante fuera de indicación estuvieron presentes en 4 (10%) y 8 (20%) pacientes, respectivamente. Se registró el éxito técnico en el 100%, éxito del dispositivo del 95% y éxito del procedimiento del 85% a los 30 días. La mortalidad por todas las causas fue del 2,5% a 30 días y del 17,5% al año de seguimiento. La reducción de la IM a ≤ 1 y la mejoría de la clase funcional NYHA I-II se observó en el 90,9% y 89,9% de los supervivientes al año, respectivamente.

Conclusiones: El TMVR mostró una resolución duradera de la enfermedad de la válvula mitral y una mejora funcional notable en el seguimiento de 1 año. El procedimiento demostró un perfil de seguridad a corto plazo satisfactorio. La mortalidad al año permaneció relativamente alta en esta poblaciónañosa y de alto riesgo.

A-1706546646.

SUSTITUCIÓN VALVULAR AÓRTICA ROBÓTICA. UN PUENTE ENTRE TERAPIAS

I. Morales-Rey, E. Sandoval Martínez, A. Muro, J. Pacheco Sánchez, L.M. Bartolozzi y D. Pereda Arnau

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: La patología valvular aórtica es la primera indicación de cirugía valvular en Europa. Las opciones terapéuticas, percutáneas y quirúrgicas han evolucionado en los últimos años. La cirugía robótica permite realizar una amplia variedad de procedimientos con menor agresión quirúrgica; sin embargo, la sustitución valvular aórtica robótica no se ha desarrollado plenamente. Presentamos nuestra experiencia inicial con esta técnica.

Métodos: Revisión retrospectiva de todos los pacientes intervenidos de sustitución valvular aórtica robótica desde diciembre 2021 (n = 17). Las variables cualitativas se presentan como porcentajes y las cuantitativas como mediana (rango intercuartílico).

Resultados: De los 17 pacientes incluidos, el 64,7% eran varones. La mediana de edad fue de 66 años (59-73). 15 pacientes presentaban estenosis grave (6 pacientes asociaban insuficiencia aórtica moderada/grave); solo 2 pacientes presentaban insuficiencia grave aislada. El 50% casos presentaban una válvula bicúspide. Se implantó una prótesis de despliegue rápido en 4 casos, una prótesis mecánica en 1 caso y prótesis biológicas convencionales en los restantes 12 casos. La mediana de los tiempos quirúrgicos fue 129 min (113,5-150) de circulación extracorpórea, 90 min (77,5-105) de tiempo de isquemia y 250 min (228-262) como tiempo quirúrgico total. El 41% de los pacientes fue extubado en quirófano. Todos los procedimientos pudieron completarse de forma robótica y no hubo mortalidad asociada.

Como complicaciones, un paciente sufrió un accidente cerebrovascular y otro requirió una reoperación por sangrado (realizándose con el abordaje inicial toracoscópico). Ningún paciente precisó implante de marcapasos y 5 pacientes requirieron administración de hemoderivados. La mediana de estancia en UCI fue de 1 día (1-3,5), y la estancia hospitalaria fue de 4 días (4-6,5).

Conclusiones: La sustitución valvular aórtica robótica es una técnica prometedora, altamente factible y con buen perfil de seguridad. A pesar de tratarse de una experiencia muy inicial, nuestros datos sugieren que facilita la recuperación precoz y asocia una menor estancia hospitalaria.

SESIÓN 8

A-1706557506.

ABORDAJE MINIINVASIVO TRANSAXILAR PARA CIRUGÍA MITRAL, TRICÚSPIDE Y DEFECTOS DEL TABIQUE INTERAURICULAR EN PACIENTE ADULTO Y PEDIÁTRICO

I. Sanchís Haba, K. Rezaei, C.F. Rodríguez Mora, M. Domingo Rivas, J.M. Borrego Domínguez y A. González Calle

Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Objetivos: Describir nuestra experiencia en cirugía mínimamente invasiva mediante abordaje transaxilar en válvulas AV y defectos septales.

Métodos: Análisis de resultados desde el inicio de la actividad en nuestro centro en 2021.

Resultados: Un total de 52 pacientes (43 adultos y 9 pediátricos) han sido intervenidos por un solo cirujano desde mayo de 2021. De los 43 pacientes adultos (edad media $54,4 \pm 8,2$ años) 35 fueron cirugías mitrales (32 reparaciones y 3 sustituciones), 5 CIA OS, 2 CIA seno venoso con DVPAP y 1 reparación tricuspídea. El 100% de las válvulas con indicación de reparación fueron reparadas con buen resultado. 3 casos de válvulas calcificadas o endocarditis no reparable fueron reemplazadas. 3 casos precisaron revisión por sangrado en el inicio de la serie, no mostrando complicaciones relevantes el resto. De los 9 casos pediátricos se intervinieron 7 CIA OS, 1 CIA Seno Venoso con DVPAP y 1 insuficiencia severa de VAVI de canal AV, todos ellos con buen resultado y sin complicaciones. La estancia media de ingreso tras cirugía fue de $5,8 \pm 1,2$ días. La mortalidad hospitalaria fue del 0% y la recuperación funcional de los pacientes ha sido excelente.

Conclusiones: La cirugía mínimamente invasiva mediante abordaje transaxilar se ha instaurado en nuestro centro como técnica de elección para la reparación o sustitución de válvulas AV y corrección de los defectos septales auriculares, en pacientes seleccionados, tanto adultos como pediátricos, con excelentes resultados.

A-1706567779.

CIRUGÍA DE REPARACIÓN VALVULAR AÓRTICA EN CENTRO ÚNICO

M.V. Boglione, V. Chijo, D. Ortiz Berbel y D. Toral Sepúlveda

Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario de Bellvitge.

Objetivos: Presentar la experiencia en nuestro centro con la cirugía de reparación valvular aórtica aislada y asociada a aneurisma de raíz aórtica y/o aorta ascendente. Se realizó un seguimiento a medio y corto plazo.

Métodos: Se recogen los datos de forma retrospectiva de los pacientes intervenidos de reparación valvular aórtica de enero del 2014 a diciembre del 2023. En este intervalo de tiempo 72 pacientes fueron intervenidos de cirugía de reparación valvular aórtica (13 de repa-

ración valvular aórtica aislada, 18 asociada a sustitución de aorta ascendente y a 41 se les realizó cirugía de David). Se realizan ecocardiogramas en el preoperatorio, intraoperatorio, posoperatorio inmediato y diferido.

Resultados: La edad media fue de 51,5 años y 84,7% eran hombres. Ningún paciente requirió reintervención sobre la válvula aórtica durante el seguimiento. Las ecocardiografías de control diferidas mostraron 57 pacientes sin insuficiencia residual o trivial, 9 con ligera-moderada, 5 con moderada y uno grave.

Conclusiones: La técnica más utilizada en nuestro centro para la reparación valvular aórtica fue la anuloplastia de Lansanc y la cirugía de David cuando presentaban aneurisma de la raíz aórtica asociado. Ambas mostraron resultados favorables a corto y medio plazo.

A-1705754370.

CIRUGÍA TRICÚSPIDE AISLADA SIN CLAMPAJE AÓRTICO POR MINITORACOTOMÍA DERECHA

W. Al Houssaini Acdhi, M.J. Mataró López, L. Rubio Lobato, R. Muñoz García, G. Sánchez Espín, C. Porras Martín y J.M. Melero Tejedor

Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

Objetivos: La enfermedad de la válvula tricúspide ha ido en constante aumento generando preocupación la morbilidad asociada a la cirugía cuando se realiza a través de esternotomía convencional. En este contexto, se pretenden exponer las ventajas clínicas y estéticas de la cirugía tricuspídea aislada mediante minitoracotomía anterior derecha sin clampaje aórtico.

Métodos: Analizamos de forma retrospectiva entre junio del 2014 y octubre del 2023 una serie de 29 pacientes de nuestro centro intervenidos de cirugía tricuspídea aislada mínimamente invasiva. La intervención se realizó por minitoracotomía anterior derecha sin exclusión de cavas y sin clampaje aórtico a corazón latiendo asistida por video-toracoscopia 3D. Se administró levosimendán preoperatorio en pacientes con hipertensión pulmonar grave y/o disfunción ventricular derecha.

Resultados: Se realizaron 28 sustituciones tricuspídeas y una reparación. La edad media de los pacientes fue de 63 ± 8 años. 18 pacientes (62%) tenían cirugía cardiaca previa. 28 pacientes (96,5%) tenían hipertensión pulmonar grave y 12 (41,3%) disfunción ventricular derecha. El EuroSCORE II medio fue de 4,10. La mortalidad hospitalaria fue del 3,4% (un paciente). El tiempo medio de circulación extracorpórea fue de 109 ± 41 minutos. Hubo una reoperación por sagrado y un implante de marcapasos definitivo (3,4%). La necesidad de terapia de depuración extrarrenal fue del 21% (6 pacientes). La mediana de estancia hospitalaria fue de 7 días.

Conclusiones: La cirugía tricuspídea aislada mínimamente invasiva es una técnica segura como tratamiento definitivo de la valvulopatía tricuspídea aislada con una baja tasa de morbilidad.

A-1705492187.

PRIMERA REPARACIÓN EN HUMANOS DE CUERDAS MITRALES MEDIANTE EL SISTEMA TRANSCATÉTER CHORDART

M. Taramasso

Herzzentrum Hirslanden Zurich.

El sistema ChordArt es un dispositivo de un solo uso diseñado para implantar neocuerdas mitrales artificiales de forma percutánea, anterógrada y transeptal. Tras evaluar el tamaño más adecuado mediante ecocardiografía tridimensional y planificación por TAC, el implante se precarga en el sistema y consta de 3 componentes: el anclaje proximal para velo, la sutura de ePTFE y el anclaje distal

del músculo papilar. El implante se despliega de forma escalonada, haciendo avanzar la punta de la aguja de 1,5 mm de diámetro a través del velo hasta el músculo papilar bajo guía ecocardiográfica. La primera implantación en un humano se realizó con éxito en un paciente varón de 62 años con una valvulopatía mitral degenerativa con un *flail* posterior. El procedimiento se realizó bajo anestesia completa. La ecocardiografía periprocedimiento confirmó la correcta colocación del implante de 20 mm con corrección completa del prolapo, con reducción de la regurgitación mitral de 4+ a 1+. El paciente fue dado de alta 7 días después de la intervención solo con Aspirina® y la ecocardiografía al alta y a los 30 días, incluida la tomografía computarizada, mostró unos resultados de la función valvular estables y una colocación intacta del implante. El estado clínico a los 30 días FU era NYHA I. Los puntos finales de seguridad primarios (ausencia de muerte y de acontecimientos adversos graves) se han demostrado hasta los 5 años con el sistema quirúrgico ChordArt. Esta primera aplicación con éxito del mismo sistema mediante un abordaje totalmente transcatéter con un seguimiento estable a 30 días demuestra la viabilidad temprana de un sistema automatizado de implante endovenoso transeptal de neocuerdas de ePTFE. A diferencia de otros dispositivos (TEER), la huella dejada por ChordArt en las estructuras valvulares es mínima y puede permitir una reparación quirúrgica posterior sin complicaciones en caso necesario.

A-1706650131.

REPARACIÓN VALVULAR AÓRTICA EN PACIENTES CON DISECCIÓN DE AORTA TIPO A Y REGURGITACIÓN AÓRTICA ASOCIADA

M.M. Paguay Fernández, M.Ch. Traore Kone, R. Ríos Barrera, J.C. Sureda Barbosa, N.E. Palmer Camino, M. Contreras Godoy, P. Iorlano Mariano, C. Vigil-Escalera López, M.S. Siliato Robles, M.Á. Castro Alba, M. Moradi Kolbolandi y R. Rodríguez Lecoq

Cirugía Cardiaca, Hospital Vall d'Hebron.

Introducción: La disección aórtica tipo A asocia una elevada morbilidad, así como disfunción valvular aórtica por prolapo de los senos de Valsalva. Uno de los desafíos al que nos enfrentamos es restablecer la anatomía de la raíz aórtica y la competencia de la válvula aórtica para evitar la anticoagulación crónica. Presentamos una serie de pacientes con regurgitación aórtica mayor a moderada asociada a disección aórtica tipo A.

Métodos: Desde abril del 2020 hasta diciembre del 2021 se han realizado 12 plastias aórticas en pacientes con disección aórtica tipo A y regurgitación aórtica mayor a moderada. La media de edad fue de 63,6 años, siendo la mayoría varones (83,3%). El mecanismo más frecuente fue el prolapo de 1 o varios velos a nivel comisural. La técnica aplicada fue estabilización de las comisuras mediante suturas de Ticron apoyadas en Teflon (2 suturas en cada comisura) e interposición de tubo de Dacron a 5 mm del plano comisural (respetando distancia intercomisural).

Resultados: La mortalidad observada fue de un 8,3% con perfil de riesgo EuroSCORE II de 5,05%. Al alta, la presencia de insuficiencia aórtica posoperatoria fue: nula o trivial en 4 pacientes (36,6%), ligera en 5 (45,4%) y moderada en 2 (18,1%). El gradiente medio post reparación fue de 6,7 mmHg al alta. El seguimiento medio fue de 1,52 años sin observarse progresión de la insuficiencia aórtica y sin incremento significativo de gradientes transvalvulares.

Conclusiones: La reparación valvular aórtica en pacientes con disecciones de aorta tipo A es una técnica factible, reproducible y que mantiene competencia valvular a corto-medio plazo. Esta técnica nos ha permitido disminuir el número de cirugías de Bentall y el tratamiento dicumarínico crónico en los pacientes con disección de aorta.

A-1705664490.

SUPERVIVENCIA A MEDIO PLAZO TRAS LA SUSTITUCIÓN VALVULAR AÓRTICA MEDIANTE TRANSCATÉTER VERSUS CIRUGÍA CONVENCIONAL: ESTUDIO OBSERVACIONAL AJUSTADO MEDIANTE ANÁLISIS DE PROPENSITY-SCORE

M. Castro Pinto, P. García, C.B. Torres, J. López Menéndez, J. Miguelena Hycka, M. Martín García, R. Muñoz Pérez, L. Salido y J. Rodríguez-Roda Stuart

Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Introducción: Actualmente, la sustitución valvular aórtica transcatéter se indica en pacientes mayores de 75 años; no obstante, la evidencia que compara el seguimiento de ambas técnicas es limitada, sobre todo en pacientes con bajo riesgo.

Objetivos: Analizar la mortalidad, la supervivencia a medio plazo y los factores que influyen en la supervivencia en ambos grupos.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico, de pacientes entre 75 a 80 años sometidos a TAVI y a cirugía, ajustando el análisis mediante *propensity-score*. Analizamos la supervivencia con el método de Kaplan-Meier.

Resultados: Incluidos 152 pacientes. EuroSCORE II medio de 1,90%. Mortalidad perioperatoria del 1,3% en TAVI y del 2,6% en cirugía. Implante de marcapasos 15,6% en TAVI y 5,3% en cirugía. Seguimiento completado en el 95,4% de la muestra. Media de seguimiento de 35 meses. Supervivencia para grupo TAVI: 97,2% al año, 91,8% a 2 años, 87% a 3 años. Supervivencia grupo quirúrgico: 96% al año, 93% a 2 años y 87,3% a 3 años. Los factores que influyeron en la supervivencia fueron: ictus perioperatorio (HR 10,74; $p \leq 0,00$), reingreso por ICC (HR 4,90; $p \leq 0,00$), implante de marcapasos (HR 3,58; $p \leq 0,00$), leak periprotésico (HR 2,11; $p \leq 0,06$) y el SCA (HR 11,05; $p \leq 0,00$). En el análisis del evento combinado muerte, ictus y reingresos, el 85,9% de pacientes sometidos a cirugía no presentaron el evento a los 3 años versus un 78,2% en el grupo TAVI (HR 2,37; $p \leq 0,01$). La estrategia de tratamiento no influyó en la supervivencia a medio plazo (HR 1,18; $p \leq 0,66$).

Conclusiones: La sustitución quirúrgica a pesar de tener mayor mortalidad temprana se asocia a una mayor supervivencia y menor incidencia de eventos a medio plazo en pacientes de bajo riesgo quirúrgico, por lo tanto, es una estrategia terapéutica que no se debe descartar en estos pacientes.

A-1705849499.

SUSTITUCIÓN VALVULAR MITRAL POR HEARTPORT

E. Gómez Alonso, M.N. de Antonio Antón, L. Varela Barca, H.E. Auquilla Luzuriaga, B. Bernal Gallego, M.E. Monguio Santín y G. Reyes Copa

Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario de La Princesa.

Introducción y objetivos: La minitoracotomía (*heart port access*) se utiliza como acceso alternativo para cirugías como la sustitución valvular mitral (SVM). Realizamos una revisión de los beneficios de la minitoracotomía (MT) en nuestro centro frente a la esternotomía media (EM) basándonos en resultados clínicos y complicaciones.

Métodos: Analizamos las intervenciones quirúrgicas de SVM aislada realizadas en nuestro centro desde el año 2011 hasta 2023 exponiendo las diferencias de resultados entre MT y EM.

Resultados: Durante 12 años se realizaron 224 cirugías de SVM mediante MT. La mediana de edad fue similar en los 2 grupos (68,3 frente a 69) con mayor porcentaje de mujeres en ambos (57 en EM y 68 en MT). Las características basales de los pacientes fueron similares en ambos grupos, con excepción de la enfermedad renal crónica, mayor en el grupo MT (35,1% en MT frente a 46,4%, $p = 0,05$). Sin embargo, EuroSCORE II fue diferente entre los grupos (2,14 en EM frente 1,6 en MT). En cuanto a la afectación valvular encontramos que en EM el 70% presentaron insuficiencia mitral, mientras que en MT fue el 35%.

En cuanto al tipo de prótesis se emplearon biológicas en el 27% de las EM y solamente el 7% en las MT. No hubo diferencias significativas en tiempo de CEC y de isquemia entre grupos. Las complicaciones posquirúrgicas fueron menores en cirugías por MT, pero las diferencias no alcanzaron la significación estadística, destacando el hallazgo de ninguna complicación neurológica en el grupo MT. La mortalidad en el posoperatorio inmediato fue de 6,67% en EM frente a 4,45% en MT. **Conclusiones:** La SVM mediante MT es una opción segura y eficaz. Nuestros resultados reflejan que la MT tiende a una menor morbi-mortalidad perioperatoria que la EM, por lo que puede ser una opción adecuada. Sin embargo, se necesitan más estudios prospectivos y multicéntricos para confirmar estos resultados.

A-1706310767.

TAVI TRANSARTERIAL RETRÓGRADO COMO CONCEPTO FRENTE AL CLÁSICO TAVI FEMORAL DERECHO

F. Altamirano Medel, P. Callero Hernández, J.M. Vignau Cano, M.A. Gómez Vidal y T. Daroca Martínez

Hospital Universitario Puerta del Mar.

Introducción: Mostrar nuestra experiencia en implante de TAVI por diferentes accesos vasculares, implantados exclusivamente por cirujanos cardiovasculares, teniendo como criterio principal el acceso más idóneo para el paciente y no necesariamente el más cómodo para el implantador, como muchas veces ocurre en la práctica clínica diaria.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Población: 374 pacientes intervenidos desde el 01/01/2012 al 31/12/2023. Variables preoperatorias: Vía de acceso, tipo de prótesis. Variables posoperatorias: muerte, fuga periprotésicas, necesidad de marcapasos, ictus, complicaciones vasculares.

Resultados: 21 implantes por vía transaórtica (5,61%), 62 por vía transapical (16,58%), 183 transaxilares (48,93%), 79 transcarotídeos (21,12%) y 31 transfemorales (8,29%). 270 (72,19%) implantes fueron prótesis autoexpandibles y 103 (27,74%) prótesis balón expandibles. Registramos un total de 88 fugas periprotésicas (23,52%). Mortalidad en el primer año posimplante del 4,23%. Registramos 3 ictus isquémicos (0,87%). 51 pacientes (14,17%) precisaron implantación de un marcapasos definitivo. Se han registrado 4 complicaciones vasculares en el caso de la vía transaxilar (1,06%), 3 en el caso de la vía transapical (0,80%) y 1 (0,26%) en vía femoral.

Conclusiones: Las vías transaxilar y transcarotidea son accesibles y seguras en términos de resultados posoperatorios en comparación a la clásica vía transfemoral derecha. En series publicadas aportan el mismo e incluso mejor resultado que la vía femoral y creemos que esta última no debería迫使在 benefit of avoiding complications of the access. Estamos seguros de que las restricciones a las vías no femorales desaparecerán en tanto y en cuanto las series del acceso transcarotídeo y transaxilar proliferen. Consideramos mandatorio adaptar el tipo de acceso a cada paciente y no el paciente al acceso tradicional instaurado.

SESIÓN 9

A-1706642935.

CIRUGÍA CARDIACA CONCOMITANTE EN PACIENTES CON INDICACIÓN DE IMPLANTE DE ASISTENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

C.M. Sisinni Ganly, F. Estévez Cid, C. Mayor Déniz, J.C. Lugo Adán, R. Casais Pampín, M.A. Piñón Esteban, E. Casquero Villacorta, D. Molina Seguil, L. Sánchez Campaña y J.J. Legarra Calderón

Servicio de Cirugía Cardiaca, Hospital Álvaro Cunqueiro.

Objetivos: La asociación entre enfermedad valvular e IC terminal es frecuente. En este contexto, el implante de DAVI es una terapia en desarrollo, ya que el trasplante cardíaco es una alternativa de tratamiento que puede llegar a ser limitada. Presentamos nuestra experiencia en el implante de DAVI como terapia de destino asociado a otra cirugía cardíaca concomitante en pacientes con IC terminal.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente los pacientes sometidos en nuestro centro a una intervención quirúrgica cardíaca concomitante al implante de DAVI. Se recogieron variables clínicas, ecocardiográficas, las principales características de la intervención y del posoperatorio.

Resultados: Desde 2017 hasta 2023, 6 pacientes se intervinieron quirúrgicamente de una cardiopatía concomitante al implante de DAVI (5 HeartMate 3 y 1 Heartware) en nuestro centro. Todos los pacientes presentaron INTERMACS 3-4, fueron rechazados para trasplante y presentaron enfermedad valvular: tricúspide ($n = 1$), aórtica ($n = 3$); CIA ($n = 1$) y/o cierre de orejuela ($n = 4$). El 66,7% fueron hombres. La edad media fue de 69,7 4,85 años. Todos los pacientes se operaron de forma electiva y ninguno presentó complicaciones intraoperatorias. El tiempo medio de intubación fue $p \leq 24$ horas. El ingreso medio en UCI y en planta fue de $11,33 \pm 5,04$, y $47,5 \pm 26,51$ días, respectivamente. El seguimiento medio es de 27 23,31 meses. La mortalidad hospitalaria es nula y a 5 años es del 16,7% ($n = 1$). Ningún paciente ha recibido trasplante cardíaco ni precisado implante de DAVI.

Conclusiones: Algunos grupos proponen la cirugía simultánea al implante de DAVI. En nuestra experiencia, este tipo de pacientes no han presentado un aumento de las complicaciones relacionadas con el tratamiento concomitante. Aunque se necesita mayor experiencia para sacar conclusiones, postulamos que este tratamiento puede tener repercusión positiva en la evolución posoperatoria de los pacientes.

A-1706651830.

EVALUACIÓN DEL ESTADO FÍSICO Y MENTAL PERCIBIDO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA EN PERSONAS CON IMPLANTE DE ASISTENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA DE LARGA DURACIÓN

S. Villar García, E.C. Ríos Rosado, B. Vera Puente, J.C. Olivo Soto, I.F. Arízaga Arce, L. Díaz Ojeda, D. Martínez López, C.E. Martín López, V.M. Ospina Mosquera, J.E. de Villarreal Soto, F.J. Hernández Pérez, M. Rivas Lasarte, M. Gómez Bueno y A. Fortea Gil

Cirugía Cardiaca, Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Objetivos: Analizar el estado físico y mental percibido por el paciente con dispositivo de asistencia ventricular izquierda (DAVI) de larga duración mediante la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), ansiedad, depresión, discapacidad y estrés postraumático.

Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal. La población diana fueron los pacientes en seguimiento ambulatorio tras el implante de un DAVI tipo HeartMate 3TM. La recogida de datos se llevó a cabo entre febrero y diciembre de 2022. Se analizó en 12 pacientes las variables sociodemográficas, clínicas y las escalas validadas al español MLWHF, SF-12, HADS, WHODAS 2,0 y PCL-5. Se realizó un análisis descriptivo y bivariado, así como de los subgrupos en función del tipo de terapia (destino vs. puente al trasplante) con el programa estadístico IBM SPSS 29.0.

Resultados: El 100% de los pacientes fueron varones, con una edad media de $63,92 \pm 6,56$ años. La indicación del DAVI fue la terapia destino en el 66,7% ($n = 8$) de los casos. La mediana de tiempo de seguimiento desde el implante fue de 206 [75,8-254,3] días. En el análisis de la CVRS mediante SF-12, el dominio mental fue $70,12\% \pm 18,01$ y el dominio físico $55,35\% \pm 14,23$. Al analizar la CVRS mediante MLWHF, la puntuación total fue $35,25 \pm 19,01$, la dimensión física $11,5 \pm 9,34$ y

la dimensión emocional $8,92 \pm 7,44$. La discapacidad percibida según WHODAS 2.0 fue moderada, con una media de $30,96\% \pm 8,28$. No se observó ansiedad, depresión o estrés postraumático clínicamente relevantes. El grado de depresión, la dimensión mental del SF-12 y la CVRS según MLWHF fue significativamente peor en los pacientes con DAVI como terapia destino ($\leq 0,05$).

Conclusiones: La CVRS expresada es aceptable respecto a la población general, siendo mejor la dimensión mental que la física. A pesar de ello, nuestra población con DAVI presenta un grado de discapacidad moderada.

A-1705533619.

EXPERIENCIA INICIAL EN EL IMPLANTE DE CÁNULA PROTEK-DUO: ASISTENCIA VENTRICULAR DERECHA Y ECMO V-V

A. Guevara Bonilla, C. Domínguez Massa, M. Pérez Guillén, C. Aguirre Ramón, A. Merino Orozco, J.A. Rincón Almanza, E. Tebar Botí, T. Heredia Cambra, I. Martín González, M.J. Dalmau Sorli, S. Torregrosa Puerta, F.J. Valera Martínez y J. Martínez León

Servicio de Cirugía Cardiaca, Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

Objetivos: Durante el desarrollo de dispositivos de asistencia ventricular, uno de los grandes retos ha sido encontrar un dispositivo que permita la asistencia ventricular derecha (RVAD) de manera miniinvasiva. La versatilidad de la cánula Protek-Duo de doble lumen permite la asistencia ventricular derecha de manera percutánea y además puede ser usada en ECMO V-V de larga duración. Presentamos nuestra experiencia inicial con la cánula Protek-Duo y su uso en la asistencia ventricular derecha y ECMO V-V.

Métodos: En un total de 8 pacientes se realizó el implante de la cánula Protek-Duo de 29Fr tanto para soporte ventilatorio como para asistencia ventricular derecha, siendo en ciertos casos parte de una asistencia biventricular (BIVAD). Este es un estudio retrospectivo descriptivo.

Resultados: De los 8 implantes de Protek-Duo, 6 fueron como asistencia ventricular derecha y 2 como ECMO V-V. En 4 casos fueron asociados a una asistencia ventricular izquierda (LVAD). La edad media de los pacientes fue de 54 años (33-65 años). La media de días, independiente del tipo de soporte, fue de 18 días (2-30 días). Del total de BIVAD, 2 llegaron a trasplante cardíaco y 2 fueron exitus (ambos por sepsis). Cuando la indicación fue únicamente la asistencia ventricular derecha, un paciente recuperó función ventricular y el otro fue exitus por síndrome de vena cava superior. Todos los ECMO V-V fueron puente a recuperación. No hubo complicaciones durante el implante o el explante de la Protek-Duo.

Conclusiones: La cánula Protek-Duo permite tanto una asistencia ventricular derecha como un soporte ECMO V-V de forma percutánea, siendo una alternativa a la vía quirúrgica para un implante de RVAD. Esto representa un procedimiento menos agresivo, que permite una rehabilitación temprana al ser una cánula de implante yugular. También nos permite conservar la estrategia miniinvasiva de los LVAD implantados en nuestro centro.

A-1706292385.

RESULTADOS DEL TRASPLANTE CARDIACO CON SOPORTE CIRCULATORIO MECÁNICO DE CORTA DURACIÓN EN RECEPTORES MAYORES DE 60 AÑOS

A. Eixeres Esteve, E.M. Pérez de la Sota, J.E. Centeno Rodríguez, E.M. Aguilar Blanco, J.A. Meca Aguirrezzabalaga, S. Torres Llaque, C. Peralta Bravo, A. Bachishvili, C. Coso Garrido, M.J. López Gude y C. Muñoz Guijosa

Servicio de Cirugía Cardiaca, Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos: Conocer el impacto del uso de soporte circulatorio mecánico (SCM) de corta-media en la morbitmortalidad a corto, medio y largo plazo en los pacientes trasplantados cardíacos con edad ≥ 60 años.

Métodos: Analizamos retrospectivamente los pacientes trasplantados cardíacos en nuestro centro con edad ≥ 60 años y necesidad de SCM de corta-media duración previa al trasplante.

Resultados: El 26,5% de los trasplantes cardíacos de nuestro centro se realizó en pacientes con edad ≥ 60 años (184/695), precisando 43 de ellos (23,4%) algún tipo de SCM de corta duración previo al trasplante. Las características basales de estos pacientes no mostraron diferencias significativas respecto a los pacientes del mismo grupo de edad sin SCM. El SCM más utilizado fue el BCIAo (n = 21), seguido de dispositivos de asistencia ventricular (DAV) de flujo continuo tipo Impella CP/5.0 o CentriMag (n = 16), ECMO (n = 5) y DAV de flujo pulsátil (n = 1). La supervivencia intrahospitalaria fue menor en el grupo con SCM (88,4 vs. 92,2%, p = 0,44), encontrando diferencias en función del SCM usado en la supervivencia a 1 año (sin SCM: 82%, BCIAo: 73%, ECMO: 80%, CentriMag: 66%, Impella: 84%) y a 5 años del trasplante (sin SCM: 71%, BCIAo: 62%, ECMO: 60%, CentriMag: 66%, Impella: 84%).

Conclusiones: El trasplante cardíaco en pacientes añosos seleccionados con escasas comorbilidades es una realidad, siendo indispensable valorar la edad biológica y la fragilidad. La indicación de SCM previo al trasplante en estos pacientes se debe realizar de manera individualizada, teniendo en cuenta la mayor comorbilidad y las complicaciones asociadas a cada dispositivo. Los dispositivos menos invasivos presentan resultados más favorables que los otros dispositivos.

A-1705918725.

RESULTADOS TRAS 4 AÑOS DE UN PROGRAMA DE TRASPLANTE CARDIACO BASADO EN LA AUTOSUFICIENCIA

F. Portela Torrón, J.L. Romero Luján, A. García Quintana, S. Urso, M.Á. Tena Pajuelo, L. Ríos Rodríguez, R. Bellot Fernández, L. Doñate Bertolín, I. Juárez del Río, A. Torres Clares, M. Soriano Hernández, M.V. Groba Marco, M. Galván Ruiz, M. Fernández de Sanmamed y V. Peña Morant

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

Introducción: En diciembre de 2019 se ha iniciado un programa de trasplante cardíaco, dada la necesidad poblacional, basándose en la oportunidad de autoabastecimiento de donantes.

Métodos: Analizamos retrospectivamente a los pacientes intervenidos de trasplante cardíaco desde la creación del programa hasta diciembre de 2023.

Resultados: 76 pacientes adultos han sido intervenidos de trasplante cardíaco en nuestro hospital. La edad media de los receptores fue de $56,2 \pm 8,9$ años, el 80% fueron varones. Las etiologías subyacentes fueron miocardiopatía dilatada familiar (49%), isquémica (37%), restrictiva (5%), congénita (5%) e hipertrófica (4%). 12 pacientes tenían cirugía previa (16%). La mediana del tiempo en lista de espera fue de 35 días (Q1 5,5; Q3: 88,5). 6 trasplantes (8%) se realizaron en "urgencia 0". Se utilizó balón de contrapulsación, ECMO venoarterial y asistencia ventricular izquierda ± derecha como apoyo circulatorio pretrasplante en 12 (16%), 5 (7%) y 3 pacientes (4%), respectivamente. El 97,4% de las donaciones (todas excepto 2) se realizaron dentro del territorio autonómico. 11 de ellas (15%) fueron en asistolia controlada (DAC). La edad media de los donantes fue de 46,2 años (19-66). El 41% de los donantes tenían ≥ 50 años. 2 donantes (3%) estaban en ECMO veno-venoso. La supervivencia global a 1, 2 y 3 años han sido del 96%, 87,3% y 87,3%, respectivamente. El 100% de los receptores de donantes en asistolia sobreviven.

Conclusiones: Las condiciones particulares de nuestro programa han determinado una logística autosuficiente basada en gran medida en

donantes con criterios expandidos, entre ellos la DAC, y en una adecuada gestión de los sistemas de asistencia circulatoria. Con ello se han obtenido resultados óptimos de supervivencia a corto y medio plazo.

A-1704812686.

REVISIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON EL EMPLEO DE LAS ASISTENCIAS MECÁNICAS CIRCULATORIAS DE CORTA DURACIÓN TIPO LEVITRONIX CENTRIMAG E IMPELLA 5,5 COMO PUENTE AL TRASPLANTE CARDIACO. EXPERIENCIA EN UN CENTRO

L. García Alcalde, J.A. Sarralde Aguayo, J.F. Gutiérrez Diez, M. Fernández Gutiérrez, A. Pontón Cortina, I. García Martín, V. Burgos Palacios y H. Sarralde Sánchez

Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Introducción: Nuestro objetivo es comparar los resultados con el implante de Impella 5.5 como puente al trasplante y las asistencias ventriculares izquierdas Levitronix (LVAD)

Métodos: Incluimos 77 pacientes (2009-2023); 73 con LVAD, 3 Impella 5,5 y 1 Impella CP. Funcionamiento adecuado 100%. Etiología para implante LVAD: cardiopatía isquémica (25,5%), miocardiopatía dilatada (21,9%), tormenta arrítmica (6,57%), miocarditis (1,4%). El Impella 5,5 se implantó por miocardiopatía dilatada (66,6%) y 33,3% por Isquémica. 1 Impella CP por M. dilatada. 7 precisaron cirugía cardíaca durante la implantación de Levitronix, 6 con insuficiencia aórtica precisando recambio valvular; 1 trombectomía mitral.

Resultados: Tiempo medio LVAD 28,9 días (máx. 78 días), tiempo medio hasta "alarma 0" 18,10 días (máx. 92 días), media de días "alarma 0" 9,96 días (máx. 33 días). En Impella 5,5, media de 20,5 días en asistencia, extubación precoz el día del implante, media de 6 días hasta "alarma 0", y 14,5 días en "alarma 0" a la espera de trasplante. Impella CP precisó 3 días desde el implante hasta transplantarse. Todos se incluyeron en alarma 0 extubados, con infección controlada y sin diálisis. Con Levitronix, supervivencia pretrasplante 76%. Se transplantaron el 75,3% de LVAD con supervivencia postrasplante 94,5%. 1 fallecimiento Impella 5,5 por hemorragia cerebral a los 30 días; resto de los pacientes con Impella fueron transplantados con supervivencia 100%. Complicaciones Levitronix: hemorragias 63,3%, infecciones 54,7%, ACVA 26,02%, diálisis 27,3%. En Impella 33,3% de sangrados. ECMO previa a asistencia 28,5%, con supervivencia postrasplante en dicho grupo 45,5% (pacientes INTERMACS 1).

Conclusiones: Levitronix e Impella ofrecen resultados favorables como puente al trasplante cardíaco, con supervivencia postrasplante del 94,5% y 100%, respectivamente en nuestro centro, éxito atribuible a la inclusión en alarma 0 con el paciente extubado y sin diálisis. Impella acorta los tiempos de inclusión en lista de trasplante cardíaco y menos complicaciones.

A-1705962180.

SOPORTE CIRCULATORIO CON MEMBRANA EXTRACORPÓREA. ¿TIENE EL SEXO ALGÚN IMPACTO?

R. Aranda Domene, J. Arias, A. Affronti, A. Fernández Cisneros, D. Pereda Arnau, E. Quintana Obrador, M. Ascaso Arbona, J. Alcocer Diéguez, M. Castella Pericas y E. Sandoval Martínez

Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Clínic de Barcelona.

Objetivos: El sexo femenino ha sido definido como factor de riesgo en múltiples terapias y, de hecho, es una variable en múltiples escalas de riesgo. Nuestro objetivo es investigar el impacto del sexo en los resultados de la terapia con membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO).

Métodos: Revisión de todos los pacientes que recibieron ECMO venoarterial en nuestro centro desde 2013 a 2023 (n = 152). Los pacientes fueron divididos en 2 grupos según el sexo: Hombres (n = 103) y mujeres (n = 45). Las características basales, intra y posoperatorias se presentan como mediana (RIC) o porcentaje según corresponda. Las comparaciones se realizaron con test de chi-cuadrado o test de U Mann-Whitney.

Resultados: 103 recibieron ECMO venoarterial durante el periodo de estudio. Los varones presentaban mayor edad (61 vs. 58 años, p = 0,018), mayor peso (80 vs. 65 kg, p ≤ 0,0001) y talla (170 vs. 165 cm, p ≤ 0,0001) y un peor perfil cardiovascular [HTA 53,4 vs. 24,4%, p = 0,01; diabetes 31 vs. 13%, p = 0,02 y dislipemia 36 vs. 22%, p = 0,09]. En ambos grupos la principal estrategia de implante fue como puente a recuperación. Sin embargo, las indicaciones son distintas; entre los varones predomina el síndrome coronario agudo (38 vs. 11%, p = 0,001) mientras en las mujeres predominan causas como la miocarditis o la embolia pulmonar (28 vs. 51%, p = 0,007). No existen diferencias significativas respecto a las complicaciones ni a la duración del soporte. En nuestra cohorte, las mujeres presentan mayor supervivencia en soporte (63 vs. 80%, p 0,04), así como mayor supervivencia al alta hospitalaria (39,8 vs. 60%, p 0,02).

Conclusiones: En nuestra cohorte, la población femenina presenta clara diferencias de perfil de riesgo e indicaciones de soporte comparado con el grupo varón. Este mejor perfil puede contribuir a los mejores resultados obtenidos en la población femenina.

A-1706640750.

TRASPLANTE CARDIACO EN PACIENTES PORTADORES DE ASISTENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA DE TERCERA GENERACIÓN

L. Martínez-Sapiña Carro, D. Ortiz Berbel, F. Sbraga, A. Miralles Cassina, D. Toral Sepúlveda, A. Blasco Lucas, J.E. Toscano Fernández, M. Potocnik, K. Osorio Higa, M.V. Boglione, A. Dantas y V. Chijo

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario de Bellvitge.

Objetivos: Evaluar los resultados de nuestro centro en cuanto a supervivencia y complicaciones del trasplante cardíaco en pacientes portadores de asistencia ventricular izquierda de tercera generación.

Métodos: Se analizaron de manera retrospectiva los datos de 22 pacientes portadores de DAVI (dispositivo de asistencia ventricular izquierda), a los que se les realizó un TCO (trasplante cardíaco ortotópico) entre marzo 2015 y diciembre de 2023 en nuestro centro.

Resultados: Entre marzo de 2015 y diciembre de 2023, 22 pacientes portadores de DAVI se trasplantaron en nuestro centro. La edad media de los pacientes fue de 54 años, un 86% fueron varones. Un 63,6% eran hipertensos, un 63,6% dislipémicos, un 22,7% diabéticos y un 9% padecían enfermedad renal crónica. La etiología de la insuficiencia cardíaca más frecuente que motivó el implante de un DAVI fue la miocardiopatía dilatada isquémica (68,2%). El tiempo de asistencia medio previo al trasplante fue de 409,3 días. Las principales complicaciones fueron: 5 pacientes (22,7%) precisaron de asistencia con ECMO VA (*Extracorporeal Membrane Oxygenation*) posquirúrgica, por disfunción primaria del injerto, 8 (36,3%) precisaron de revisión quirúrgica por sangrado y 2 (9%) sufrieron infección profunda de la esternotomía. La estancia media hospitalaria posquirúrgica fue de 36,04 días. La mortalidad intrahospitalaria fue de 9,09%. La supervivencia general fue de 86,3%, siendo la media de supervivencia de 86,4 meses (IC95% 71,2-101,6).

Conclusiones: Los pacientes portadores de DAVI como puente al trasplante han presentado una supervivencia elevada tras el trasplante. La necesidad de ECMO posTC y el sangrado posquirúrgico son las complicaciones destacables en este grupo de pacientes.

SESIÓN 10

A-1706641526.

¡11 AÑOS SIN SUTURAS! ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO?

A. Barcia Uruchima, C. Fernández Gallego, L.J. Delgado Ramis, B. Romero Ferrer, I. Julià Amill, V. Mescola, S. Badia Gamarra, A. Llorens Ferrer, D. Figuerero Beltré, S. Volovchuk y E. Berastegui García

Cirugía Cardiovascular, Hospital Germans Trias i Pujol.

Introducción: La evolución y práctica en el implante de la prótesis sin sutura, Perceval-S, ha permitido un aprendizaje continuo, afianzando su uso rutinario incluyendo escenarios más complejos y combinados.

Objetivos: Presentar la experiencia de nuestro equipo con 1.000 prótesis Perceval implantadas en nuestro centro durante un periodo de 11 años. Analizar la evolución e impacto de la técnica en términos de seguridad, eficacia y durabilidad.

Métodos: Análisis retrospectivo de 1.000 pacientes intervenidos en nuestro centro desde 2012 al 2024.

Resultados: La edad media fue de 75,31 DE 6,28 años. El EuroSCORE II fue del 6% DE 7,12 con una mortalidad observada inferior 4,5%. La tasa de reingresos a 6 meses fue 2,7%. Se realizó cirugía aislada en el 67% pacientes. 65% por miniesternotomía. 7,3% de la serie global necesitaron implante MCP, encontrando diferencias significativas entre periodos: 11,9%, 6,91 y 2,82% respectivamente. La tasa de endocarditis y deterioro estructural durante el seguimiento fue del 1,7% y 1%. Solo 9 pacientes han requerido un procedimiento *valve in valve* (VIV) siendo todos ellos de los periodos 1 y 2. Los gradientes medios al alta presentaron diferencias significativas en función de los períodos, igualándose en el seguimiento, siendo de 16 mmHg, 14 mmHg y 12 mmHg. La supervivencia en el seguimiento a 7 años es cercana al 70%.

Conclusiones: El continuo *feedback* en términos de estudio y mejora de la prótesis Perceval ha permitido mejorar los resultados en términos de morbilidad: 1) No-Oversized disminuyendo el deterioro/aumento en la durabilidad; 2) Decalcificación- implante intranular: disminución MCP o 3) Versatilidad en escenarios difíciles (endocarditis y combinados); 4) implante universal (bicúspide/tricúspide).

A-1706638667.

ENDOCARDITIS INFECCIOSA: EVOLUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

S. Solís Gallego, G.P. Cuerpo Caballero, C. García Mere, L. Díaz Calvo, Á. Álvarez Tomás, G. López-Peña López, Á. Pedraz Prieto, D. Monzón Díaz, R.H. Rodríguez-Abella González, F.J. Rodríguez Lega y Á. González Pinto

Hospital General Gregorio Marañón.

Objetivos: Realizar un análisis detallado y comparar la evolución de la endocarditis infecciosa en las últimas dos décadas.

Métodos: Se analizó de forma retrospectiva una cohorte de 349 pacientes diagnosticados de endocarditis infecciosa entre 2015-2022 en España, comparándose posteriormente con una cohorte de 374 pacientes diagnosticados entre 2008-2014. Las variables registradas comprenden la incidencia de la enfermedad, etiología, características sociodemográficas, factores de riesgo, curso clínico, localización más frecuente, características microbiológicas, tipo de cirugía y mortalidad.

Resultados: La insuficiencia cardíaca emerge como el principal síntoma en los últimos años, identificándose la enfermedad renal previa (34,3%) como un factor de riesgo en aumento en la población estudiada. Asimismo, existe un cambio en la proporción de infecciones en-

docardíticas en pacientes con enfermedad congénita (6,3%) y degenerativa (50,7%), observándose un incremento notable en la última década de la incidencia de la endocarditis sobre válvula tricúspide (9,7%) y pulmonar (5,7%). El germen más frecuente continúa siendo el *Staphylococcus aureus* (31,2%), y su principal puerta de entrada el circuito vascular (31,5%). El 61,8% de los pacientes han presentado complicaciones locales de la enfermedad, sin embargo, la mortalidad intrahospitalaria ha disminuido del 30,7% al 23,8%, así como la mortalidad al alta ha pasado de ser del 42,2% al 29,7% en la última década.

Conclusiones: Los resultados sugieren una dinámica cambiante en la presentación, factores de riesgo, localización y complicaciones de la enfermedad. Estos patrones pueden tener implicaciones importantes para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, así como para la creación de estrategias de salud pública.

A-1705949524.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA CARDIACA MÍNIMAMENTE INVASIVA A TRAVÉS DE HEARTPORT: ANÁLISIS DE 7 AÑOS Y 158 INTERVENCIONES

L. Alfonso Colomer, F. Gutiérrez García y S.J. Cánovas López

Hospital Virgen de la Arrixaca.

Objetivos: La cirugía cardiaca mínimamente invasiva, especialmente a través de HeartPort, destaca como un campo crucial en la cirugía cardiovascular contemporánea. Este enfoque, caracterizado por una pequeña incisión en el tórax derecho, reduce significativamente el trauma y permite la realización de diversos procedimientos cardíacos, incluyendo reparaciones y reemplazos valvulares, así como cierres de defectos cardíacos.

Métodos: A lo largo de los últimos 7 años, nuestro servicio ha llevado a cabo 158 intervenciones por HeartPort, predominantemente centradas en reparaciones mitrales, junto con cierres de CIA ostium secundum y de foramen oval permeable. Los resultados exhiben cifras excepcionales de mortalidad, una pronta recuperación asociada con una breve estancia hospitalaria y una destacada tasa de reparación de la válvula mitral. Los detalles incluyen variables como edad y sexo, tiempos de circulación extracorpórea y pinzamiento aórtico, así como la tasa de éxito en reparaciones y la necesidad de recambio valvular posterior a reparaciones fallidas.

Resultados: Este informe subraya la relevancia y éxito de la cirugía mínimamente invasiva por HeartPort en nuestra práctica quirúrgica actual tras realizar 158 intervenciones en 7 años. La mortalidad durante los 7 primeros años fue de 2,65%, con una media de pinzamiento aórtico de 81 minutos, así como una tasa de éxito en reparación del 87,8%.

Conclusiones: Los resultados presentados indican que la cirugía mínimamente invasiva por HeartPort ofrece beneficios significativos, destacando su eficacia en reparaciones mitrales y otros procedimientos cardíacos, con tasas de mortalidad bajas, recuperación rápida y óptimas tasas de reparación de válvulas. Estos hallazgos respaldan la importancia del conocimiento y aplicación de esta técnica en la formación de residentes en Cirugía Cardiovascular.

A-1706653387.

INSUFICIENCIA AÓRTICA Y AORTA DILATADA: ¿ES EL ANILLO HAART UNA ALTERNATIVA A LA TÉCNICA DE DAVID?

I. Hidalgo Torrico, D. Padrol Bages, D. Fletcher Sanfeliu, R. Tarrío Fernández, F. Enríquez Palma, L. Vidal Bonet, G. Seguí Abrines, A.J. Velásquez Carneiro, M. Rigo Creus, C.A. Piedra Calle, R.Ll. Barril Baixeras y J.I. Sáez de Ibarra Sánchez

Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario Son Espases.

Objetivos: Analizar si la anuloplastia geométrica asociada a sustitución de aorta ascendente (AA) proporciona resultados comparables a la técnica de David a corto y largo plazo.

Métodos: Análisis retrospectivo de 63 pacientes intervenidos mediante técnicas de preservación aórtica y sustitución AA desde junio de 2004 a junio de 2023. Se han comparado 2 grupos según técnica utilizada: técnica de David (TD) y anillo HAART asociando sustitución de AA con/sin sustitución de raíz (AH). Las variables cuantitativas se muestran como mediad, las cualitativas como porcentaje. El seguimiento ha sido telefónico y mediante registros clínicos. Se analizó la supervivencia mediante Kaplan-Meier y se compararon grupos con test log-rank.

Resultados: 43 pacientes fueron intervenidos mediante TD y 20 mediante AH. El grupo AH presentaba mayor riesgo preoperatorio; con edad superior (AH: 65,14 años, TD: 48,12 años; p = 0,0001) y mayor EuroSCORE logístico (AH: 13,3%, TD: 6,9%; p = 0,02). En AH se reportó un mayor número de pacientes con disfunción ventricular y clase funcional avanzada, sin hallar diferencias significativas. Los tiempos medios de CEC y clampaje fueron inferiores en el grupo AH de forma significativa (p = 0,005 y 0,0007, respectivamente). La estancia en UCI y hospitalaria fue inferior en grupo AH, de forma no significativa. Las complicaciones posoperatorias fueron similares en ambos grupos, registrándose 2 IAM en grupo TD y ninguno en AH (p = 0,4); y no se registró ningún exitus perioperatorio. No hubo diferencias respecto IA residual posoperatoria, observándose mayor gradiente en el grupo AH. En el seguimiento a largo plazo no existen diferencias significativas respecto al grado de IA residual, mortalidad ni reintervenciones.

Conclusiones: La reparación aórtica con AH asociada a sustitución de AA es una alternativa al David, que en pacientes de alto riesgo puede suponer una simplificación técnica reduciendo los tiempos quirúrgicos, con resultados comparables en cuanto a calidad de reparación, complicaciones o durabilidad.

A-1705948634.

REPARACIÓN MITRAL ROBÓTICA TOTALMENTE TORACOSCÓPICA USANDO UN ANILLO SEMIRRÍGIDO

I. Morales-Rey, L. Bartolozzi, J. Sánchez, E. Sandoval y D. Pereda

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: En la reparación de patología mitral degenerativa pueden usarse tanto bandas como anillos rígidos. En la cirugía mínimamente invasiva, tanto toracoscópica como robótica, el uso de anillos rígidos requiere el uso de una toracotomía limitada, mientras las bandas pueden introducirse por un trócar. Presentamos el caso de una reparación mitral robótica totalmente toracoscópica usando un nuevo anillo semirrígido.

Métodos: Varón de 63 años, sin otros antecedentes, que es diagnosticado de insuficiencia mitral grave por prolapsio de A3 con posible rotura de cuerdas. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo era 60% y el paciente estaba en clase funcional II. Tras completar el estudio preoperatorio que descartó contraindicaciones se le propuso la reparación mitral robótica.

Resultados: Tras la colocación de los brazos del robot usando 4 trócares de 8 mm y un trócar de 12 mm como puerto de trabajo, se procedió a canular los vasos femorales e iniciar la circulación extracorpórea. El pinzamiento aórtico fue transtorácico y la cardioplejia cristaloide fue administrada vía anterógrada. Tras realizar una atriotomía izquierda y con la ayuda del separador auricular dinámico, la válvula mitral fue examinada, confirmando el prolapsio a nivel de A3. Tras completar el análisis valvular y realizar la medición del tamaño anular procedimos a preparar el anillo para su inserción. Colocamos en anillo en suero frío para facilitar la manipulación del nitinol. Tras insertar una sutura barbada en uno de los extremos, sepáramos el anillo del soporte. Finalizada la preparación, el anillo es estirado e

introducido a través del trócar de trabajo. Dentro del tórax, el anillo recupera su forma original y es implantado.

Conclusiones: El diseño de este nuevo anillo lo hace lo suficientemente maleable para combinar las ventajas de bandas y anillos rígidos, con la potencial expansión de abordajes menos invasivos a otras etiologías de patología mitral.

A-1706644829.

REPARACIÓN VALVULAR AÓRTICA EXCLUSIVA

M.Ch. Traore Kone, M.M. Paguay Fernández, J.C. Sureda Barbosa, N.E. Palmer Camino, M.S. Vsiliato Robles, M. Contreras Godoy, P. Iorlano Mariano, C. Vigil-Escalera López, R. Ríos Barrera, M.Á. Castro Alba, K. Mehrdad Moradi y R. Rodríguez Lecoq

Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Introducción: La reparación valvular aórtica aislada supone un reto quirúrgico al no poder mantener la relación entre la unión sinotubular y el anillo aórtico como sucede en cirugías con reconstrucción de la raíz aórtica (como sí sucede con la cirugía tipo David o Yacoub). Revisamos nuestra experiencia.

Métodos: Desde septiembre de 2013 hasta diciembre de 2023 se han realizado 27 plastias aórticas aisladas, sin cirugía asociada de raíz.

Resultados: La media de edad fue de 53,8 años, siendo la mayoría varones (74%). La mayoría de plastias se realizaron en válvulas aórticas trivalvas 15 casos (55,5%), siendo los bicúspides 11 casos (40,7%) y un caso de unicúspide (3,7%). Las causas de la regurgitación fueron: funcional en 11 casos (40,7%), prolapsio de velo asociado o no a otro mecanismo lesional en 8 casos (29,6%). El resto de los casos 8 (29,6%) han sido por perforación de velos o displasia de velos. Las técnicas aplicadas fueron: implante de anillo Haart 16 casos (59,2%), con o sin plicatura de velos, o resección de rafe. En el resto de los casos 12 (40,8%) se asociaron diferentes técnicas, pero sin ser necesario el implante de anillo Haart. Con un EuroSCORE 2,78%, la mortalidad fue del 0%. Al alta la presencia de regurgitación aórtica fue nula en 10 pacientes (37%), ligera en 14 (51,8%), moderada en 2 (7,4%) y 1 (3,7%) paciente con regurgitación grave, que se reintervino. El seguimiento medio ha sido de 2 años y medio, sin reintervenciones ni empeoramiento de su regurgitación.

Conclusiones: La reparación valvular aórtica es una técnica factible, reproducible y con estabilidad de sus resultados en el tiempo. La asociación de las técnicas de reparación de velos con anillos intraanulares (HAART) permite la reparación de lesiones valvulares más complejas.

A-1706652686.

RESULTADOS A CORTO PLAZO DE LA AMPLIACIÓN DEL ANILLO AÓRTICO SEGÚN LA TÉCNICA DE YANG: ¿QUÉ NOS OFRECE DE NUEVO?

E.C. Ríos Rosado, B. Vera Puente, J.C. Olivo Soto, I.F. Arízaga Arce, L. Díaz Ojeda, J.E. de Villarreal Soto, D. Martínez López, V.M. Ospina Mosquera, S. Villar García, C.E. Martín López y A. Fortea Gil

Servicio de Cirugía Cardiaca, Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Introducción: Enfrentarse a un anillo aórtico pequeño siempre ha sido un desafío. El nuevo procedimiento de ampliación anular con incisión en Y de Bo Yang, surge como alternativa estandarizada que permite utilizar una prótesis 3 a 5 números mayor en un anillo reducido, con los beneficios que implica a nivel hemodinámico, en longevidad protésica y posibilidad de una TAVI futura.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es describir los resultados a corto plazo de la ampliación anular con incisión en Y descrita por Bo Yang en pacientes con anillo aórtico pequeño.

Métodos: Revisamos las historias clínicas y los datos ecocardiográficos de los pacientes intervenidos de ampliación anular con incisión

en Y según técnica de Yang entre noviembre 2022 y diciembre 2023 por nuestro grupo. Se excluyeron los pacientes con indicación quirúrgica por endocarditis infecciosa. Un total de 13 pacientes fueron incluidos al concluir el seguimiento hospitalario. Los datos se agruparon y compararon con SPSS 2.0 (IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp).

Resultados: La edad media fue $58,6 \pm 13,7$ años. 14,3% de los pacientes presentaron válvula bicúspide, mientras que casi un tercio de los casos eran reoperados (28,6%). La indicación quirúrgica fue estenosis aórtica en el 42,9% de individuos, seguido por doble lesión valvular (21,4%) y degeneración protésica (21,4%). En 3 pacientes (23,07%) se llevó a cabo una cirugía concomitante y en 5 casos (38,46%) se cerró la aorta mediante una aortoplastia con parche de pericardio. La media del diámetro del anillo aórtico preoperatorio fue de 18,33 comparado con el diámetro anular posoperatorio de 21,7 mm ($p = 0,001$). Los números de prótesis utilizadas fueron 19 (14,3%), 21 (28,6%), 23 (28,6%) y 25 (28,6%). La mediana de estancia en UCI y hospitalaria fue de 3 y 11 días, respectivamente. Se presentó un *exitus* secundario a shock séptico.

Conclusiones: El diámetro de la prótesis implantada se fue ampliando conforme perfeccionamos la técnica. La ampliación anular descrita por Yang es técnicamente reproducible, permitiendo implantar prótesis mayores que con otras técnicas de ampliación convencionales.

A-1706552296.

VALORACIÓN A MEDIO PLAZO DE LA INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA TRAS IMPLANTE DE ANILLO FLEXIBLE TAILOR TAMAÑO 29 MM SJM

T. Bernabé Fernández, J. del Moral Martín, M. Barqueró Alemán, E. Rodríguez Caupo y N. Miranda Balbuena

Hospital Universitario Virgen Macarena.

Introducción: El paradigma del tratamiento quirúrgico de la insuficiencia tricuspidia (IT) derivada de la evolución natural de la valvulopatía izquierda ha cambiado en los últimos años. Históricamente, se mantenía una actitud conservadora asumiendo la mínima repercusión clínica. Actualmente, se ha observado que produce un incremento de la morbimortalidad si se deja evolucionar.

Objetivos: Analizar los resultados a medio plazo del uso de anillo flexible Tailor tamaño 29 mm St. Jude Medical, en todos los pacientes intervenidos de anuloplastia tricuspidia (AT), implantándose con puntos sueltos con diseño "en C" dejando libre desde la comisura septal-anterior y la mitad del velo septal.

Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de 40 pacientes pertenecientes al área del Hospital Virgen Macarena intervenidos de AT con IT moderada-grave mediante el uso de anillo flexible Tailor 29, entre los años 2018 y 2019. Se valoran los datos clínicos, ecocardiográficos y la mortalidad a corto y medio plazo.

Resultados: Se presenta un estudio de 40 pacientes (24 mujeres y 16 varones) con una mediana de edad de 68 años. Del total de pacientes, 28 de ellos presentaban IT severa y 12 leve-moderada. 25 de ellos tuvieron cirugía concomitante mitral, 13 mitral y aórtica y 2 sustitución valvular aórtica y anuloplastia tricuspidia. La mortalidad temprana a los 30 días es del 2,5% (1 paciente). Se realiza un seguimiento medio de 4 años y 2 meses, permaneciendo sin IT o siendo esta mínima en el 77,41% de los pacientes, moderada en el 16% y grave en el 6%. La clase funcional predominante en el 96,75% de los pacientes vivos es NYHA I-II. El 3,25% restante, presenta NYHA III. Hay 9 pacientes fallecidos en el seguimiento a medio plazo lo que nos aporta una mortalidad del 22,5% a los 5 años.

Conclusiones: Consideramos factible y reproducible de manera rutinaria el uso de anillo SJM Taylor tamaño 29 mm para cirugía de IT moderada-grave, con una baja frecuencia de recurrencia de insuficiencia tricuspidia grave a medio plazo.

SESIÓN 11

A-1706643740.

CIRUGÍA DE LOS TUMORES CARDIACOS. TRES DÉCADAS DE EXPERIENCIA DE UN CENTRO

M. Martín García, J. López Menéndez, P.F. García Chumbiray, J. Miguelena Hycka, M. Castro Pinto, C.B. Torres Terrero, R. Muñoz Pérez y J. Rodríguez-Roda Stuart

Hospital Ramón y Cajal.

Objetivos: Los tumores cardiacos son una patología poco frecuente pero que debemos tener en cuenta ya que anualmente se intervienen entre 172-188 pacientes. Esta patología supone un reto diagnóstico y terapéutico. Realizamos un análisis de todos los tumores cardiacos intervenidos en nuestro centro en los últimos 30 años, con el objetivo de conocer la clínica al diagnóstico, la localización, y características tumorales así como la supervivencia.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que analiza los tumores cardiacos intervenidos entre 1991 y 2023. Las variables analizadas y el seguimiento se obtuvieron mediante la consulta de las historias clínicas y el seguimiento por contacto telefónico con los pacientes. El diagnóstico definitivo fue mediante análisis histológico.

Resultados: Fueron intervenidos 74 pacientes con una mediana de edad de 60,8 años (IQ Q1-Q3 50-68,4); de los cuales 66 pacientes presentaron tumores primarios (89,4% benignos y 10,6% malignos) y 8 secundarios. 24% de los pacientes presentaban historia de algún tumor previo. En el momento del diagnóstico la mayoría de pacientes con tumores benignos estaban asintomáticos (hallazgo casual), mientras que los malignos presentaban como síntoma más frecuente disnea. Los diámetros tumorales fueron significativamente mayores que los malignos (3,7 cm mayores; IC95% 2,4 a 5 cm). En cuanto a la localización, los tumores cardiacos que se hallaron fuera de la aurícula izquierda (AI) presentaron una mayor probabilidad de ser malignos (44% frente a 12,5%) siendo los tumores que se encuentran en la aurícula derecha significativamente más malignos. Además, la mayoría de tumores malignos localizados en AI no presentaban implantación en el septo interauricular (SIA) (85,75% frente a 14,29%). 66,7% de los tumores malignos precisaron terapia neoadyuvante con quimioterapia o radioterapia, a pesar de ello. La recidiva tumoral de los benignos fue del 0% frente al 53,85% en los malignos. Se reintervinieron 4 recidivas. La supervivencia media de los tumores malignos fue de 21,5 meses (DE 5,8 meses).

Conclusiones: El diagnóstico de los tumores benignos suele realizarse como hallazgo casual y los tumores malignos casi siempre son sintomáticos y de mayor tamaño. Los tumores benignos, a diferencia de los malignos, localizarse en AI e implantados en el septo interauricular. Los tumores malignos habitualmente son sintomáticos y de mayor tamaño, con localización generalmente fuera del SIA. El tratamiento de los tumores malignos debe realizarse por un equipo multidisciplinar precisando en la medida de lo posible resecciones completas del tumor y tratamientos oncológicos neoadyuvantes. La cirugía de las recidivas tumorales puede aumentar la supervivencia de los pacientes, a pesar de ello. A pesar de todo, la media de supervivencia es inferior a 2 años.

A-1705859242.

CIRUGÍA DE MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA. EXPERIENCIA Y RESULTADOS DE SEGUIMIENTO A MEDIO PLAZO EN NUESTRO CENTRO

J.E. de Villarreal Soto, E.C. Ríos Rosado, D. Martínez López, V.M. Ospina Mosquera, S. Villar García, C.E. Martín López y A. Fortea Gil

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Objetivos: Presentar nuestros resultados a medio plazo con la miectomía septal ampliada vía transaórtica en el tratamiento de la MHO.

Métodos: Entre enero 2015 y diciembre de 2023 se intervienen 83 pacientes, todos ellos con diagnóstico de MHO. 12 pacientes (14,5%) estaban en clase funcional NYHA II, 65 (78,3%) en NYHA III y 6 (7,2%) de ellos en NYHA IV. El grosor máximo preoperatorio del septo interventricular fue de $21,97 \pm 3,75$ mm y el gradiente basal de $72,15 \pm 42,84$ mmHg, el cual aumentaba con maniobras de provocación a $111,06 \pm 46,76$ mmHg. 67 pacientes presentaron SAM y en 53 de ellos se objetivó una IM moderada-grave. En todos se realizó una miectomía septal ampliada, asociada a plastia mitral en 21 casos. Para realizar las maniobras de provocación intraoperatoria se empleó dobutamina a la dosis de 5 µg/kg/min hasta alcanzar 20 µg/kg/min. Se consideró óptimo un gradiente provocado inferior a 15 mmHg. 4 pacientes requirieron revascularización miocárdica asociada.

Resultados: La edad media fue $57,27 \pm 12,13$ años, 45 (54,2%) de ellos varones. El grosor máximo posoperatorio del septo fue $16,48 \pm 3,78$ mm, con un gradiente basal de $6,21 \pm 14,17$ mmHg, que aumentaba con maniobras de provocación a $11,51 \pm 21,94$ mmHg. 16 pacientes requirieron reclampaje aórtico por presentar gradientes superiores a los considerados óptimos. No hubo mortalidad hospitalaria ni durante el seguimiento. Como complicaciones se evidenciaron un caso de reintervención por derrame pericárdico, y 2 ACV transitorios en el posoperatorio inmediato.

Conclusiones: La miectomía septal ampliada, siendo estrictos con la obtención de gradientes óptimos, presenta unos excelentes resultados a corto y medio plazo, y en centros con experiencia en la MHO debe ser el tratamiento de elección.

A-1705869799.

EDEMA DE REPERFUSIÓN TRAS CIRUGÍA DE ENDARTERECTOMÍA PULMONAR

C.A. Peralta Bravo, M.J. López Gude, E.M. Pérez de la Sota, A. Eixerex Esteve, J.E. Centeno Rodríguez, J.A. Meca Aguirrebalaga, E.M. Aguilar Blanco, A. Bachishvili, S. Torres Llaque, C. Coso Garrido y C. Muñoz Guijosa

Servicio de Cirugía Cardiaca, Hospital Universitario 12 de Octubre.

Introducción: La cirugía de endarterectomía pulmonar (TEA) es el tratamiento de elección en pacientes con hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC). La complicación más frecuente es el edema pulmonar de reperfusión (EPR).

Objetivos: Comunicar los resultados de morbilidad y mortalidad en el posoperatorio inmediato y a largo plazo en pacientes intervenidos de TEA y que presentaron EPR.

Métodos: Se trata de un análisis retrospectivo de pacientes con diagnóstico de EPR. Desde febrero 1996 hasta diciembre 2023 se han realizado 400 TEA, de las cuales 75 (19%) han desarrollado EPR. Se definió el EPR como la aparición de infiltrados pulmonares en las zonas reperfundidas e hipoxemia que requiere tiempo de ventilación mecánica mayor de 96 horas.

Resultados: La edad media fue 56 años (DE 23), un 54% fueron varones. Dentro de este grupo se presentaron complicaciones sobreañadidas en el 9% de pacientes, las más frecuentes fueron: traqueostomía (7%), necesidad de asistencia circulatoria tipo ECMO (6%), neumonía (4%), fallo renal con necesidad de hemofiltro (4%), hemotórax (4%), complicación neurológica transitoria (4%). La media de estancia en UVI fue 15 días (DE 14). La media de estancia hospitalaria fue 26 días (DE 17). La mortalidad en este grupo fue superior al resto de pacientes (11 vs. 4%; p = 0,023). La supervivencia en este grupo fue 82% a los 3 años, 80% a los 5 años y a los 10 años 80%, mientras que los pacientes sin EPR presentaron una supervivencia del 95% a los 3 años, 95% a los 5 años y 92% a los 10 años (log-rank 0,02).

Conclusiones: El EPR tras TEA es una complicación grave con morbilidad y mortalidad elevadas que requiere de un tratamiento específico, protocolizado y multidisciplinar. Tras el alta hospitalaria presentan buena evolución, siendo la supervivencia comparable a la de pacientes sin EPR.

A-1706654216.

IDENTIFICACIÓN DIFERENCIAL DE NUEVAS DIANAS TERAPÉUTICAS EN EL ANEURISMA DE AORTA ASCENDENTE EN BASE A SU HETEROGENEIDAD GENÉTICA

J.F. Tabilo Ahumada¹, A.J. Barros-Membrilla¹, Á. Rodríguez-Pérez¹, R. Almendra-Pegueros², L. Martín-Fernández^{3,4}, E. Pérez-Marlasca⁵, M. Domínguez-Tenreiro¹, F. Vidal^{3,4,6}, J. Martínez-González^{2,6,7}, C. Rodríguez^{2,6}, E. Roselló-Díez¹, A. Ginel Iglesias¹ y M. Galán^{2,5,6}

¹Fundació de Gestió Sanitària, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

²Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau (IIB Sant Pau). ³Laboratori de Coagulopaties Congènites, Banc de Sang I Teixits (BST). ⁴Medicina Transfusional, Vall d'Hebron Institut de Recerca, Universitat Autònoma de Barcelona (VHIR-UAB). ⁵Facultad de Ciencias Básicas de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos. ⁶Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Instituto Carlos III (ISCIII). ⁷Instituto de Investigaciones Biomédicas de Barcelona-Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IIB-CSIC), IIB Sant Pau.

Introducción: El aneurisma de aorta ascendente torácico (AAAT) tiene un riesgo de rotura o de complicación que depende de múltiples factores. Actualmente, la reparación quirúrgica en base al calibre máximo del segmento de la aorta afectado es el tratamiento más efectivo.

Objetivos: Identificar genes expresados diferencialmente en los diferentes tipos de aortopatías mediante un análisis transcriptómico que permita identificar nuevas dianas terapéuticas.

Métodos: Durante los años 2019 a 2022 se han recogido las muestras de tejido de raíz o aorta ascendente de los pacientes referidos para cirugía electiva de sustitución de aorta. Se seleccionaron 17 pacientes con aortopatía familiar (7 sindrómicos y 10 no sindrómicos) y 25 pacientes con aortopatía bicúspide (sin cambios compatibles con aterosclerosis en la aorta según el análisis por imagen). En todos ellos se ha realizado un análisis transcriptómico por secuenciación de ARN extraído de las muestras de aorta. Mediante análisis bioinformático se identificaron aquellos genes expresados diferencialmente (DEG) en cada grupo de pacientes respecto al grupo control. Los DEG cuya expresión era más significativa se validaron mediante PCR a tiempo real.

Resultados: Entre los DEG seleccionados se encontraron 4 genes exclusivamente regulados al alza en el grupo de pacientes con aortopatía valvular bicúspide: *MUC16*, *UPK1B*, *KLK11* y *MSLN*, y 8 comunes en los grupos de pacientes con aortopatía genética: *PPBP*, *AQP9*, *SPP1*, *FCN1*, *OLR1*, *GAL*, *IL-11* y *CCL7*. Según el análisis bioinformático, estos DEG intervienen en procesos de inflamación, remodelado de matriz extracelular y en vías de estrés celular. Mediante PCR a tiempo real se confirmó su inducción diferencial en el AAAT en los distintos grupos de estudio.

Conclusiones: Determinados genes expresados diferencialmente relacionados con la inflamación, remodelado de matriz extracelular y estrés celular podrían participar en la fisiopatogenia de las aortopatías genéticas y bicúspides.

A-1705930270.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR MEDIANTE ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO EN CIRUGÍA CARDIACA

L. Díaz Calvo, Á. Pedraz Prieto, C. García Mere, S. Solís Gallego, Á. Álvarez Tomás, G. López-Peña López,

R.H. Rodríguez-Abella González, G.P. Cuerpo Caballero, D. Monzón Díaz, F.J. Rodríguez Lega, M. Ruiz Fernández y Á. González Pinto

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Objetivos: Análisis de los resultados de la cirugía de la arritmia más el cierre de la OAI mediante abordaje mínimamente invasivo en pacientes intervenidos desde 2017 a 2023.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye 22 pacientes, 13 de los cuales eran varones (59,1%), con una edad media de $58,1 \pm 13,5$ años. 20 pacientes (90,9%) padecían FA, siendo paroxística en 15 (68,2%); los 2 restantes (9,1%) presentaban flutter. El tiempo medio desde el diagnóstico hasta la intervención fue de $5,7 \pm 5,3$ años y a 18 pacientes (81,8%) se les había realizado al menos una ablación percutánea, con una mediana de procedimientos previos de 2. El CHA2DS2-VASc medio fue de $1,4 \pm 1,1$ y el HAS-BLED medio fue de $0,75 \pm 0,79$.

Resultados: El procedimiento más empleado fue el Maze toracoscópico (15 pacientes; 68,2%), seguido de la ablación de venas pulmonares (3 pacientes; 13,6%). En todos los casos se cerró la OAI mediante Atriclip®. 3 pacientes (13,6%) requirieron reconversión a esternotomía media, 2 de ellos de forma urgente. No hubo muertes en el posoperatorio y la mediana de ingreso hospitalario fue de 5,5 (4-10) días. Tras un seguimiento medio de $3,4 \pm 2,1$ años no ha habido fallecimientos. Tampoco se han producido ictus, embolismos periféricos ni episodios de sangrado mayor. 16 pacientes (72,7%) permanecen en ritmo sinusal. 3 pacientes (13,6%) han requerido una nueva ablación percutánea, 10 (45,5%) se mantienen sin anticoagulación y 12 (54,5%) sin tratamiento antiarrítmico. Únicamente ha habido 2 ingresos hospitalarios no previstos por descompensación de insuficiencia cardiaca.

Conclusiones: El abordaje mínimamente invasivo de la FA se muestra como un procedimiento seguro y efectivo, incluso en pacientes con enfermedad de larga evolución. Los resultados en el seguimiento invitan a tener muy presente esta técnica dentro de la estrategia de control de ritmo de esta arritmia.

A-1705338443.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS MIXOMAS CARDIACOS. EXPERIENCIA DE CUATRO DÉCADAS

L. Alfonso Colomer, J.M. Arribas Leal, R. Albarracín García, A. Jiménez Aceituna, J. Pérez Andreu, R. Taboada Martín, M. Lorenzo Díaz, M. Fernández Molina, J.M. Aguilar Jiménez, J. García-Puente del Corral, F. Gutiérrez García, M.J. Alcázar García y S.J. Cánovas López

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Introducción: Los mixomas son los tumores cardíacos primarios benignos más frecuentes. Su tratamiento es la resección quirúrgica. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de los mixomas cardíacos en las últimas 4 décadas.

Métodos: Estudio observacional, que describe los resultados del tratamiento quirúrgico de los mixomas cardíacos en nuestro hospital entre 1983 y 2023. Se recogen variables basales, operatorias y de seguimiento.

Resultados: Se intervinieron 81 mixomas en 77 pacientes (edad media de $57,17 \pm 3,5$ años, 63% mujeres). Hay un aumento progresivo de los casos de mixomas operados en las sucesivas décadas del estudio. El 85% de los tumores se localizaron en la aurícula izquierda. 2 pacientes (2,5%) fallecieron en el hospital. La complicación posoperatoria más frecuente fueron las arritmias (27%), 4 pacientes (5%) tuvieron recidiva del tumor en el seguimiento. Seguimiento medio de $10,7 \pm 8,5$ años. Supervivencia del 90% a 5 años, del 80% a 10 años, y del 75% a 20 años. Buena calidad de vida en los pacientes supervivientes con un 96% en grado NYHA: I. La mortalidad hospitalaria se asoció con

factores como el tabaquismo ($p = 0,034$), la toma de aspirina preoperatoria (0,04), la presencia de angina ($\leq 0,001$), el fallo del ventrículo derecho preoperatorio ($p = 0,003$), mayor tiempo de CEC ($p = 0,022$) y mayor necesidad de marcapasos definitivo en el posoperatorio (0,003). La recidiva del tumor se asoció con el tratamiento con insulina (0,021) y el abordaje biauricular del tumor (0,009). La mortalidad en el seguimiento se relacionó con problemas crónicos como EPOC (0,0032), dislipemia ($p = 0,047$), el tratamiento con insulina ($p = 0,01$), el uso de diuréticos crónicos ($p = 0,037$), la presencia de ictus en el seguimiento ($p = 0,024$), la mayor edad en el momento de la intervención quirúrgica (0,02) y la década de la cirugía (0,002).

Conclusiones: Los mixomas cardíacos son poco frecuentes. Hay un crecimiento constante en su diagnóstico en las últimas décadas. La mortalidad hospitalaria es baja y se relaciona con cardiopatía isquémica preoperatoria. La recurrencia del tumor se asocia con el tratamiento con insulina y el abordaje biauricular. La mortalidad a largo plazo se relaciona con la edad del paciente en el momento de la intervención quirúrgica y con patología crónica. La supervivencia a medio-largo plazo es buena con buena situación funcional.

SESIÓN 12

A-1705846743.

ABORDAJE TORACOSCÓPICO O ABIERTO DE ANILLOS VASCULARES

A. Pita Fernández, J.M. Gil-Jaurena, R. Pérez-Caballero Martínez, C.A. Pardo Pardo, R.H. Rodríguez-Abella González, M.A. García Casillas y J.C. de Agustín

Hospital General Gregorio Marañón.

Objetivos: Describir ambos abordajes abierto y toracoscópico y definir en qué caso se realiza cada abordaje. Detallamos en qué casos se indica la cirugía y en cuáles mantenemos actitud expectante.

Métodos: Presentamos 22 pacientes operados de anillo vascular desde 2016 hasta 2023 tipo doble arco, arco derecho con ligamento ductal izquierdo y arco izquierdo con subclavia derecha aberrante. Describimos indicación quirúrgica y tipo de cirugía, así como resultados a largo plazo.

Resultados: En nuestro hospital indicamos cirugía en todos los casos de doble arco por ser un anillo completo verdadero y en los casos de anillo incompleto si clínica o reducción de calibre traqueal mayor del 50% o compresión esofágica significativa. En 2019 iniciamos nuestro programa de toracoscopia. Desde entonces solo 4 han sido realizados por este abordaje. El motivo fundamental es que la mayoría presentaban un divertículo de Kommerell que tenía indicación de resección (1,5 veces el tamaño de la arteria subclavia aberrante) y reimplante de arteria subclavia. En la gran mayoría de los pacientes se realizó un reimplante de la arteria subclavia anómala en arteria carótida directo sin necesidad de material protésico a través de una minitoracotomía posterolateral. Está descrito que el mantenimiento del divertículo se asocia a persistencia y/o recurrencia de sintomatología, así como riesgo de disección/ruptura del mismo.

Conclusiones: El abordaje toracoscópico es seguro, pero es importante la resección del divertículo para dar un resultado definitivo al paciente. Realizamos técnica abierta si es preciso reimplante de arteria subclavia.

A-1706651917.

APLICACIÓN DEL PEARS (PERSONALISED EXTERNAL AORTIC ROOT SUPPORT) EN LA OPERACIÓN DE ROSS: EL PROCEDIMIENTO ROSS-PEARS

A. Redondo Palacios y C. Austin

Cirugía Cardíaca Congénita, St. Thomas Hospital.

Objetivos: La operación de Ross es una excelente opción para sustitución valvular aórtica en niños y adultos jóvenes en cuanto a funcionalidad y durabilidad. Sin embargo, la dilatación del autoinjerto y su consecuente insuficiencia valvular es todavía un problema sin resolver. Por otro lado, hay cada vez más evidencia sobre la efectividad del PEARS (*Personalised External Aortic Root Support*) para prevenir la dilatación aórtica. En este caso hemos utilizado el PEARS para reforzar el autoinjerto del Ross (Ross-PEARS).

Métodos: Presentamos nuestra cohorte de 65 pacientes que han sido intervenidos de Ross-PEARS. Analizamos datos demográficos e intraoperatorios, así como resultados a corto y largo plazo, incluyendo mortalidad y necesidad de reintervención.

Resultados: La edad media fue de 27,92 años (el 21,54% tenían 18 años o menos). Más de un tercio (35,94%) tenían cirugía cardíaca previa, siendo en un 29,69% aórtica. El 23,44% tenían insuficiencia aórtica severa, y el 65,62% una válvula bicúspide. La cirugía realizada en el 81,25% fue un Ross-PEARS simple, en 10 pacientes se requirió un aumento del tracto de salida, y en 26 pacientes se realizó una aortoplastia para igualar el tamaño del autoinjerto y aorta ascendente. El tiempo medio de bypass y clampaje fue 199,85 y 151, respectivamente. 2 pacientes se reintervinieron en el posoperatorio inmediato por sospecha de daño coronario, sin demostrarse ningún problema estructural. Un paciente presentó bloqueo auriculoventricular requiriendo marcapasos permanente. Un paciente falleció 6 años después de la cirugía por muerte súbita. 2 pacientes se reintervinieron por disfunción del autoinjerto, ninguno de ellos presentaba dilatación.

Conclusiones: El PEARS puede proporcionar un refuerzo personalizado en el Ross para el autoinjerto y la aorta, y potencialmente puede prevenir la dilatación que causa disfunción valvular. Esto podría expandir las indicaciones del Ross, y es una técnica segura y reproducible en manos de cirujanos expertos.

A-1705876500.

CIRUGÍA DE RECAMBIO VALVULAR MITRAL EN PEDIATRÍA... ¿MISIÓN IMPOSIBLE? NUESTRA EXPERIENCIA EN 22 AÑOS

M.L. Polo López, J. Rey Lois, B. Torres Maestro, B.K. Ramchandani Ramchandani, R. Sánchez Pérez, Á. González Rocafort, I. Velasco León, J. Utanda Hervás, P. Burgos Morales, Á. Uceda Galiano, M. Bret Zurita y Á. Aroca Peinado

Servicio de Cirugía Cardiovascular Infantil, Hospital Universitario La Paz.

Objetivos: Los niños con valvulopatía mitral no reparable son un desafío, ya que el recambio valvular mitral-(RVM) es la última y única posibilidad de recuperar una correcta función valvular. Presentamos nuestra experiencia en los últimos 22 años.

Métodos: Estudio retrospectivo, 48 RVM en 43 niños (≤ 18 años), operados entre 2002-2023. Análisis estadístico: SPSS 20.

Resultados: Edad mediana 58 meses (RIC: 15-147), 62,5% mujeres. Mediana peso 13 kg (RIC: 8-40), con $35\% \leq 10$ kg. Cirugía previa 60%, 79% con ≥ 1 valvuloplastia mitral previa. Preoperatoriamente NYHA III-IV 75%, hipertensión pulmonar moderada-grave 65%. Indicación del RVM: estenosis mitral 12 (25%), insuficiencia 23 (48%) o doble lesión 13 (27%). Todos fueron operados recibiendo una prótesis mitral mecánica (83%) o biológica (17%). Cirugía asociada al RVM 40%. Medianas de CEC 165 minutos (RIC: 130-217) y de pinzado aórtico 112 (RIC: 86-142). Mortalidad hospitalaria: 3 (6%). Medianas de intubación 20 horas (RIC: 4-96) y estancia hospitalaria 16 días (RIC: 9-29). Posoperatorio inmediato complicado en 27 (56%), necesitando marcapasos definitivo 8 (17%). Seguimiento completo en 95%, mediana 57 meses (RIC: 15-118). Mortalidad tardía 6 (13%). Curva de supervivencia de Kaplan-Meier: 92, 84 y 80% a 1, 5 y 10 años, respectivamente. Factores de riesgo de mortalidad: menor edad ($p: 0,04$) y peso ($p: 0,028$), peor grado NYHA preoperatorios ($p: 0,004$), prótesis mitral pequeña ($p: 0,002$), posoperatorio inmediato complicado ($p: 0,028$).

Reoperación mitral tardía 8 (19%), encontrando como factores de riesgo: menor edad (p: 0,009) y peso (p: 0,019), peor grado NYHA preoperatorios (p: 0,037), menor anillo mitral nativo ($\leq 0,001$), estenosis mitral (p: 0,01), prótesis mitral pequeña (p: 0,001). Actualmente 97% pacientes NYHA I-II y 90% sin hipertensión pulmonar.

Conclusiones: El RVM como última opción técnica en niños con válvulas irreparables, aporta mejoría clínica con mortalidad hospitalaria-6% y tardía-13%. Preocupa la morbilidad inmediata-56% y la reintervención mitral tardía-19%. La menor edad y peso, el deterioro clínico preoperatorio y las prótesis pequeñas asocian peor pronóstico para la supervivencia y la reoperación posterior.

A-1706626111.

CIRUGÍA ROBÓTICA PARA EL TRATAMIENTO DE UNA ENDOCARDITIS INFECCIOSA PRECOZ SOBRE DISPOSITIVO PERCUTÁNEO DE CIERRE DE COMUNICACIÓN INTERAURICULAR

A. Fernández Cisneros¹, E. Sandoval Martínez¹, A. Muro Barbe¹, I. Rovira¹, Á. Pérez², F. Prada², J.M. Carretero², J. Palacios³ y D. Pereda Arnau²

¹Cirugía Cardiovascular, Hospital Clínic de Barcelona. ²Hospital Sant Joan de Deu. ³Hospital Parc Taulí.

Introducción: La oclusión de defectos septales interatriales (CIA) por dispositivo percutáneo cada vez es más frecuente. A pesar de ser procedimientos menos invasivos, estos pueden presentar complicaciones a corto y largo plazo. Presentamos un caso de tratamiento quirúrgico robótico por endocarditis precoz sobre Amplatzer® usado para cierre de CIA.

Métodos: Se describe en detalle el caso clínico y se presenta el vídeo intraoperatorio de la intervención robótica realizada. Adicionalmente se realiza revisión de la literatura existente.

Resultados: Paciente de 15 años con diagnóstico de CIA *ostium secundum* en el que se realizó cierre percutáneo con dispositivo Amplatzer 30 mm. 3 meses después del procedimiento el paciente acude a Urgencias con fiebre (40 °C), somnolencia, hipotensión y taquicardia; compatible con shock séptico. En los hemocultivos extraídos se constata el crecimiento de *S. aureus*. El ecocardiograma transesofágico muestra el dispositivo con vegetación de 12 × 7 mm en cara auricular derecha y fuga a nivel del borde inferior. Asimismo, se evidencia la presencia de embolias pulmonares sépticas, con cavitación de la lesión del pulmón izquierdo. Se decide realizar cirugía para retirar el material infectado. Esta se realiza de forma totalmente toracoscópica derecha con sistema DaVinci Xi, canulación femoral, pinzamiento transtorácico y cardioplejia anterógrada. Mediante atriotomía derecha se retira el dispositivo, el cual presentaba falta de endotelización y vegetaciones milimétricas. Se desbrida de forma agresiva la zona inferior del defecto y se reconstruye el septo interauricular con parche de pericardio heterólogo. El paciente se extubó durante las primeras horas sin incidencias. Durante la evolución posoperatoria el paciente presentó flutter auricular, controlado con antiarrítmicos. Actualmente se encuentra en excelente estado clínico bajo antibioterapia dirigida.

Conclusiones: La infección de dispositivos percutáneos para cierre de CIA es poco frecuente, con menos de 15 casos descritos. La retirada de dicho dispositivo es segura por cirugía robótica, con buenos resultados y mínima comorbilidad.

A-1706631641.

CORRECCIÓN DE CIMITARRA CON TÉCNICA DE PERICARDIO *IN SITU*, MODIFICACIÓN DE LA TÉCNICA DE LUGONES

C.F. Rodríguez Mora, A. Adsuar Gómez, K. Rezaei, y A. González Calle

Servicio de Cirugía Cardiaca, Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Objetivos: Describir una modificación de la técnica de Lugones para la corrección del DVPAP-síndrome de la cimitarra que pretende mejorar ciertos aspectos de la misma.

Métodos: La corrección del DVPAP-síndrome de la cimitarra puede ser técnicamente compleja y no exenta de complicaciones y secuelas. Recientemente Lugones *et al.* describieron una nueva técnica muy interesante basada, en parte, en las técnicas *sutureless* para el tratamiento de estenosis de venas pulmonares o de corrección del DVPAT entre otros. En nuestro centro hemos diseñado una evolución de esta cirugía, empleando la misma técnica *sutureless* pero con la fabricación de un colgajo de pericardio autólogo *in situ* a modo de *baffle* sobre la mayor apertura de la aurícula izquierda ampliada hacia el septo de la fosa oval. Con ello tratamos de dar ciertas ventajas hemodinámicas a la técnica de Lugones evitando posibles estenosis así como los amplios espacios de estasis sanguíneo que puedan suponer riesgo de trombosis y embolismos a la vez que se crean dinámicas de flujo más eficientes.

Resultados: Exponemos nuestros 2 últimos casos de corrección de cimitarra con el empleo de esta técnica. Uno de ellos además padecía de estenosis de venas pulmonares del pulmón izquierdo que fueron reparadas en el mismo acto también con técnica *sutureless* con pericardio *in situ*. Ambos pacientes evolucionaron satisfactoriamente. Se realizaron pruebas de imagen y hemodinámicas en el posoperatorio, evidenciando excelentes resultados de la corrección.

Conclusiones: La corrección *sutureless* con *flap-baffle* de pericardio *in situ* modificando la técnica de Lugones para la corrección del síndrome de la cimitarra muestra buenos resultados a corto plazo y puede ser una alternativa superior a otras técnicas en cuanto al riesgo de complicaciones y secuelas, siendo relativamente sencilla de realizar. Se precisan mayor número de casos y seguimiento para dilucidar sus ventajas también a largo plazo.

A-1706555808.

CORRECCIÓN DE LA TGA MEDIANTE SWITCH ARTERIAL: UNA CIRUGÍA DE BAJO RIESGO Y EXCELENTES RESULTADOS A PESAR DE LA DRÁSTICA DISMINUCIÓN DE CASOS

I. Sanchís Haba, A. Adsuar Gómez, C.F. Rodríguez Mora, K. Rezaei, M. Domingo Rivas y A. González Calle

Hospital Universitario Virgen del Rocío-Infantil.

Objetivos: Poner de manifiesto los excelentes resultados alcanzados en la cirugía de switch arterial para la corrección de la transposición de las grandes arterias a pesar del descenso marcado en el número de casos operados en la actualidad.

Métodos: Analizamos los datos de los pacientes intervenidos mediante switch arterial para la corrección de la TGA en nuestro centro (hospital de tercer nivel y centro de referencia de cardiopatías congénitas) en el último quinquenio (2019-2023).

Resultados: En los últimos 5 años se han intervenido en nuestro centro 21 pacientes con TGA simple (tanto septo íntegro como con CIV). Observamos una disminución muy llamativa y progresiva del volumen de este tipo concreto de cardiopatía congénita respecto a nuestros estándares históricos (media actual de 4 casos anuales frente a 15-20 en la serie anterior a 10 años), a pesar de lo cual los resultados han continuado mejorando sistemáticamente hasta la práctica ausencia de mortalidad (100% de supervivencia en el periodo analizado), alcanzado una fisiología cardiovascular normal, con ausencia de secuelas significativas ni limitaciones en la práctica totalidad de los pacientes.

Conclusiones: La transposición de las grandes arterias es una cardiopatía compleja que precisa tratamiento quirúrgico neonatal en centros expertos por medio del switch arterial, que proporciona una corrección anatómica con un muy bajo riesgo operatorio y excelente

pronóstico. Se hace necesario asegurar que esta información es proporcionada sistemáticamente, idealmente por expertos en la materia, en el asesoramiento parental tras el diagnóstico prenatal.

A-1705418548.

MANEJO QUIRÚRGICO DEL APARATO SUBVALVULAR MITRAL EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA

V. Mescola¹, J. Grau Álvaro², V. Álvarez Asián³, L. Jiménez Alfaro³, F. Gómez Blasco³, J. de Diego Candela³, F. Machado Fernández³ y J.R. Sadaba Sagredo³

¹Hospital Germans Trias i Pujol. ²The Valley Hospital-Cleveland Clinic.

³Servicio de Cirugía Cardiaca, Complejo Hospitalario de Navarra/Hospital San Pedro.

Objetivos: Resultados del tratamiento quirúrgico del aparato subvalvular en miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCH) con SAM.

Métodos: Incluimos todos los pacientes adultos intervenidos electivamente de MCH obstructiva sintomática pese a tratamiento médico óptimo desde octubre 2021 hasta mayo 2023. Preoperatoriamente realizamos un estudio multimodal con: ETT basal y de esfuerzo, TC-cardiaco, RMN y ETE con provocación farmacológica. En todos los pacientes la intervención incluyó un abordaje transaórtico en 3 pasos: miectomía septal extendida hasta porciones medias del septo, reorientación y realineamiento posterior de los músculos papilares y resección de las cuerdas tendinosas aberrantes. El análisis estadístico fue realizado con Stata 16 (StataCorp LLC).

Resultados: 8 pacientes con MCH sintomática, (edad media 63 años, 63% mujeres), fueron incluidos. 2 pacientes estaban en clase NYHA II, 5 en clase III y 1 en clase IV. Todos presentaban IM severa secundaria a SAM, anomalías subvalvulares y obstrucción dinámica, condicionando un gradiente basal medio de 71 mmHg y un máximo provocado de 103 mmHg. El grosor septal medio resultó de 19,8 mm. Posoperatoriamente ningún paciente presentó SAM o IM más que ligera. Ecocardiográficamente obtuvimos un grosor septal medio de 13,5 mm, gradiente medio de 19 mmHg y provocado de 31 mmHg. No hubo mortalidad a los 30 días.

Conclusiones: La cirugía representa el *gold standard* para pacientes refractarios a tratamiento médico óptimo. El manejo del aparato subvalvular, añadido a la miectomía septal, es de fundamental importan-

cia de cara a eliminar la obstrucción y recuperar la hemodinámica fisiológica.

A-1706641103.

NEOCUSPIDIZACIÓN AÓRTICA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO: IMPLANTACIÓN DE UNA TÉCNICA

F. Vera Puente, E. Sarria García, T. González Vargas, C. Yun Castilla, A. Ortiz Garrido, L. Caravaca Pantoja y E. Ruiz Alonso

Hospital Materno Infantil (Hospital Regional Universitario) de Málaga.

Objetivos: Analizar los resultados perioperatorios y en el seguimiento de los pacientes pediátricos con valvulopatía aórtica tratados mediante la técnica de Ozaki en nuestro centro.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo: pacientes pediátricos intervenidos mediante neocuspídezación aórtica (AVNeo™) entre marzo de 2022 y diciembre de 2023.

Resultados: 5 pacientes intervenidos. La mediana de edad fue de 6 años (IQR: 4-11,5) y el peso, de 32 kg (IQR: 16-55). La indicación de cirugía fue insuficiencia aórtica en 3 pacientes, estenosis en 1 paciente y doble lesión en 1 paciente. 4 pacientes presentaban válvula bicúspide o unicúspide. En 1 paciente se preservó un velo nativo. Se realizó ampliación del anillo aórtico en 1 paciente. El tiempo medio de CEC y de pinzamiento aórtico fue de $145 \pm 7,7$ y $121 \pm 6,6$ minutos, respectivamente. El tiempo de ventilación mecánica (mediana) fue de 3 h (IQR: 2-13). La estancia en UCI y hospitalaria fue de $7,8 \pm 1$ y $13,2 \pm 2,4$ días. Los datos ecocardiográficos al alta fueron: gradiente pico/medio (mmHg): $16,4 \pm 2,5/9 \pm 0,5$. VITD (mm): $39 \pm 4,1$. Anillo aórtico (mm) $17 \pm 1,5$. 4 pacientes recibieron antiagregación y 1 paciente, anticoagulación oral. No hubo mortalidad hospitalaria. Con una mediana de seguimiento de 13 meses (IQR: 5,5-15,5), la supervivencia libre de reintervención fue del 100%. Todos los pacientes estaban libres de insuficiencia aórtica \geq II/IV. Un paciente presentó pérdida de movilidad de un velo, tratada mediante anticoagulación oral. Los datos ecográficos al final del seguimiento fueron: gradiente pico/medio (mmHg): $28 \pm 5,6/16,4 \pm 3,1$. VITD (mm): $43,6 \pm 3,1$. Anillo aórtico (mm): $18,2 \pm 1$.

Conclusiones: La técnica de Ozaki es segura y reproducible para el tratamiento de la valvulopatía aórtica del paciente pediátrico y presenta unos resultados prometedores en cuanto a durabilidad y hemodinámica de la neoválvula.



BIO MED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

