

COMUNICACIONES PÓSTERES

XXVII Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular y Endovascular

Madrid, 5-7 de junio de 2024

A-1705234763.**KONNO-RASTAN EN PACIENTE CON NICKS PREVIO**E. Sarria García¹, F. Vera Puente¹ y A. Lavreshin²¹Servicio de Cirugía Cardíaca Pediátrica, Hospital Materno-Infantil de Málaga. ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria.

Introducción: Konno-Rastan no es una técnica de ampliación del anillo aórtico más popular debido a su complejidad y a la necesidad de realizar ventriculotomía derecha y sección del septo IV. Sin embargo, entre las técnicas de ampliación es la más eficaz debido a que permite aumentar el tamaño de la prótesis hasta 6-8 mm que puede ser crucial en situación del recipiente joven. Asimismo, permite realizar una corrección de las estenosis a nivel subvalvular y valvular. Tradicionalmente empleada en cirugía cardíaca infantil, Rastan-Konno también es de elección en adultos con *mismatch* de la prótesis previa, disfunción de la prótesis con previo uso de otras técnicas de ampliación del anillo y en los endocarditis con afectación de los senos coronarios. Es un procedimiento más demandante técnicamente que otros, pero muy bonito y muy metodológico.

Métodos: En este vídeo presentamos un caso utilizando esta técnica en un paciente varón de 15 años sin comorbilidades de importancia con *mismatch* de la prótesis aórtica previamente implantada. La talla y el peso del paciente son 169 cm y 62 kg que es compatible con parámetros del adulto joven. El diagnóstico primario fue estenosis aórtica congénita tratada en primera instancia con valvuloplastia con balón con siguiente implante de la prótesis ATS 16 mm con ampliación del anillo aórtico por técnica de Nicks a los 9 años de edad. Ha presentado gradientes preoperatorios de 83 mmHg máx/49 mmHg med en la prótesis normofuncionante y ha permanecido paucisintomático. Se ha realizado recambio valvular aórtico por técnica de Rastan-Konno con dos parches de xenopericardio con la prótesis ATS 22 mm. Parámetros intraoperatorios: tiempo de bomba 192 min, tiempo de isquemia 167 min con hipotermia a 30 grados y cardioplejia H1/4. El paciente ha sido dado de alta al 10 día posoperatorio sin complicaciones relevantes y con gradiente aórtico 30 mmHg máx. y 14 mmHg med.

A-1705251709.**ESTIMULACIÓN FISIOLÓGICA SOBRE LA RAMA IZQUIERDA DEL HAZ DE HIS EN PACIENTES CON BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR COMPLETO TRAS SUSTITUCIÓN VALVULAR AÓRTICA**A. Jiménez Aceituna¹, I. García-Puente Navarro², J.M. Arribas Leal¹, J. García-Puente del Corral¹, F. Gutiérrez García¹ y S.J. Cánovas López¹¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. ²Facultad de Medicina, UCAM.

Objetivos: Observar el comportamiento cardíaco tras la estimulación con marcapasos de rama izquierda, evaluando la duración del QRS y parámetros ecocardiográficos como la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y los diámetros telediastólicos y telesistólicos izquierdos.

Métodos: Análisis observacional longitudinal retrospectivo, incluyendo 40 pacientes intervenidos de sustitución valvular aórtica que posteriormente sufren un bloqueo auriculoventricular completo (BAVC). Realizado en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, entre enero del 2020 hasta junio de 2023. Se recogieron datos clínicos, electrocardiográficos y ecocardiográficos.

Resultados y discusión: Se obtuvieron diferencias significativas en las longitudes del QRS prequirúrgico y posimplante, así como en los diámetros ventriculares. Sin embargo, en la FEVI la diferencia no fue significativa, con valor p 0,06. Creemos que la tendencia es hacia la mejoría, sin embargo, nuestro pequeño número de muestra constituye una limitación importante.

Conclusiones: La estimulación de rama izquierda consigue una estimulación muy similar a la fisiológica, con QRS menores de 120 ms, así como una mejora en la arquitectura y mecánica ventricular izquierda.

A-1705338970.**EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO DE LOS MIXOMAS CARDIACOS DURANTE 40 AÑOS**

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 cardíacos son los tumores cardíacos primarios benignos más frecuentes. Revisamos los cambios ocurridos en los últimos 40 años en la cirugía de los mixomas cardíacos en nuestro centro.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo que analiza la evolución de la cirugía de los mixomas cardíacos. Se dividió el estudio en 2 periodos: Periodo inicial 1983-2003, con 24 tumores registrados (30%); y periodo final 2004-2023, con 57 tumores intervenidos (70%).

Resultados: Entre 1983 y 2023 se intervinieron 81 tumores en 77 pacientes (edad media de $57,1 \pm 3,5$ años, 63% mujeres). Los pacientes del segundo periodo presentaban más edad en el momento de la intervención quirúrgica ($59,5 \pm 13$ años vs. $51,5 \pm 13$ años, $p = 0,014$), tenían mayor incidencia de EPOC (4,2 vs. 25%, $p = 0,031$) y menor incidencia de anemia preoperatoria (68 vs. 42%, $p = 0,047$). Los pa-

cientes del segundo periodo presentaban un tumor de mayor diámetro en el momento del diagnóstico (38 vs. 40 mm, $p \leq 0,001$). Los tumores del primer periodo se manifestaron más frecuentemente con embolias (33 vs. 14%, $p = 0,046$), pérdida de peso (25 vs. 7%, $p = 0,036$) y fallo de ventrículo derecho preoperatorio (12 vs. 2%, $p = 0,042$). No hubo diferencias entre ambos periodos en los tiempos quirúrgicos, ni en la mortalidad hospitalaria (4 vs. 2%, $p = 0,523$). Los pacientes del primer periodo tuvieron mayor incidencia de arritmias posoperatorias (46 vs. 19%, $p = 0,014$) y mayor necesidad de marcapasos definitivos posoperatorios (17 vs. 0%, $p = 0,002$). Sin embargo, los pacientes de la segunda mitad del estudio permanecieron menos tiempo en la UCI (3,5 vs. 2 días, $p \leq 0,001$) y en el hospital (15 vs. 9 días, $p = 0,001$). La supervivencia de ambos grupos a medio largo plazo fue similar ($\log\text{-rank} = 0,719$). En los últimos años se han incorporado innovaciones técnicas como la crioablación para disminuir la tasa de recidivas y la cirugía de mínimo acceso.

Conclusiones: Los mixomas cardíacos son tumores poco frecuentes, pero se observa un incremento de los casos en los últimos años. Los pacientes se operan con más edad y con tumores de mayor tamaño. Sin embargo, no ha aumentado la mortalidad hospitalaria y sí ha disminuido la tasa de complicaciones posoperatorias. Los tiempos quirúrgicos no han variado pero los pacientes permanecen menos días en UCI y en hospital.

A-1705339957.

CALIDAD DE VIDA EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR: TÉCNICA MÍNIMAMENTE INVASIVA FRENTE A ESTERNOTOMÍA MEDIA. ESTUDIO PILOTO

L. Alfonso Colomer y S.J. Cánovas López

Cirugía Cardiovascular, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Introducción y objetivos: La cirugía cardíaca mínimamente invasiva es una técnica en auge por su pronta recuperación y mejoría estética. El objetivo de este estudio es comparar la calidad de vida en el posoperatorio de cirugía cardíaca comparando los pacientes intervenidos mediante técnica mínimamente invasiva frente a los intervenidos por esternotomía media.

Métodos: Los datos se recolectaron entre diciembre de 2021 y abril 2023 mediante 2 encuestas que evalúan calidad de vida (QOL): KCCQ y SF-12v2. El tamaño muestral ha sido de 61 pacientes y como variables se recogieron: edad, sexo, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus, IMC, tabaco y síndrome metabólico.

Resultados: No se encontraron diferencias entre la edad, la HTA, la dislipemia, la diabetes mellitus, el IMC y el hábito tabáquico. Hemos observado diferencias estadísticamente significativas con una mayor presencia de síndrome metabólico en el grupo de esternotomía media. En cuanto al objetivo del estudio, sí que se han obtenido diferencias estadísticamente significativas a favor de la cirugía mínimamente invasiva en cuanto a una mejor calidad de vida a los 2 meses y al año de la intervención. No hemos obtenido diferencias en el momento preoperatorio y al alta hospitalaria.

Conclusiones: Podemos concluir que la cirugía cardíaca mínimamente invasiva proporciona una mejor calidad de vida al paciente tanto a los 2 meses como al año de la intervención, comparándola con la esternotomía media clásica, observando que el impacto de la cirugía en la calidad de vida del paciente con abordaje mínimo es menor.

A-1705344473.

PERICARDIECTOMÍA CON ASPIRACIÓN ULTRASÓNICA CUSA

L. Alfonso Colomer, J. García-Puente del Corral y S.J. Cánovas López

Cirugía Cardiovascular, Hospital Virgen de la Arrixaca.

Caso clínico: Mujer de 61 años con múltiples ingresos de repetición por insuficiencia cardíaca descompensada, observándose en ecocardiografía de control engrosamiento pericárdico y calcificación de este. Se realiza TAC torácico donde se objetiva pericarditis crónica manifestada por calcificaciones de ambas hojas pleurales. Tras estos hallazgos se diagnostica de constricción pericárdica que tras descartar sarcoidosis se afirma la pericarditis constrictiva idiopática. Se intenta el manejo conservador con fármacos, pero la paciente no responde a ellos de forma adecuada y sigue presentando ingresos de repetición por este motivo, por lo que se decide llevar a cabo la cirugía del pericardio. A través de esternotomía media se accede al mediastino y se observa saco pericárdico totalmente calcificado con placa pétreo que envuelve a todo el corazón. Se procede al despegamiento de dicha placa cálcica con el apoyo de Aspiración Ultrasónica CUSA, reseccándose pericardio de frénico a frénico y pericardio basal. Disponemos de imágenes y vídeo. La paciente presenta adecuada evolución posoperatoria con ajuste de la medicación para su insuficiencia cardíaca que le permite el alta domiciliaria.

Discusión: La pericardiectomía es el único tratamiento para la constricción permanente, que nos permite una mejoría permanente de la FEVI y de los síntomas.

A-1705415071.

INFECCIÓN ASOCIADA A STENTS CORONARIOS: UNA COMPLICACIÓN INFRECIENTE TRAS ICP

S. Souaf Khalafi, A. García Valentín, G.P. Candela Navarro, J.J. Montesino Villafranca, J. Meseguer Oller, A. Hurle González, E. Campos Carot y E. Bernabeu Sánchez

Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital General Universitario de Alicante.

Caso clínico: Paciente varón de 60 años, con antecedentes de dislipidemia y 2 infartos de miocardio con elevación de ST inferior con implante de 3 stents farmacoactivos (SFA) en la arteria coronaria derecha (ACD), es remitido a nuestro centro por dolor torácico en contexto de nuevo infarto de miocardio sin elevación del ST inferior. Se realiza coronariografía urgente que objetiva reestenosis intrastent de la ACD proximomedial, por lo que el paciente se somete a nueva angioplastia con balón e implante de SFA. Dos semanas tras el alta hospitalaria presenta una bacteriemia con hemocultivos positivos para *Staphylococcus aureus* meticilín resistente. Se descartó endocarditis infecciosa mediante ecocardiografía transtorácica y transesofágica, así como otras lesiones infecciosas mediante TC toracoabdominopélvica y fue dado de alta sin complicaciones tras cumplir 4 semanas de terapia antibiótica con daptomicina. Posteriormente se completó el estudio con un PET-TAC de arterias coronarias que mostró una intensa captación a nivel del trayecto de los stents implantados en la ACD compatible con un proceso infeccioso activo. Tras confirmarse el diagnóstico de infección de los stents, se decide presentar al paciente en sesión médico-quirúrgica con vistas a tratamiento quirúrgico dada la persistencia de los síntomas y la ausencia de mejoría del paciente. El paciente es aceptado para cirugía por lo que es intervenido con carácter electivo realizándose explante de los 4 stents infectados y revascularización miocárdica con doble *bypass* secuencial de vena safena interna a la arteria aguda marginal e interventricular posterior. Se cultivó el material quirúrgico y se confirmó la infección de los stents por *Staphylococcus aureus* y *Staphylococcus hominis* meticilín resistentes. El posoperatorio transcurrió favorablemente sin complicaciones y el paciente fue dado de alta del hospital tras 6 semanas de tratamiento antibiótico endovenoso.

Discusión: Presentamos un caso de endocarditis sobre stents implantados en la coronaria derecha de un paciente sometido a ICP por SCA-SEST. El manejo y el resultado de nuestro paciente fue similar a lo descrito en la literatura. Es importante que el hemodinamista tenga

en cuenta esta complicación y prevenirla ya que su tratamiento y resultado representan un desafío para los cirujanos.

A-1705509466.

TROMBOSIS MITRAL TARDÍA SECUNDARIA A CALCIFICACIÓN VALVULAR SOBRE PLASTIA MITRAL

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

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol.

Caso clínico: Paciente de 72 años, exfumador, sin FRCV y con fibrilación auricular paroxística. Diagnosticado de insuficiencia mitral (IM) severa por ruptura de cuerdas a nivel del P2 en 2009. Reparación mitral mediante resección de velo posterior y anuloplastia con St. Jude Taylor 29 mm en 2015. Presentó varios AIT durante el seguimiento en contexto de FA paroxística y controles de coagulación infraterapéuticos por hematurias de repetición. Los controles ecocardiográficos hasta 2022 mostraron ligeros cambios degenerativos por calcificación anular y engrosamiento valvular mitral, pero sin IM ni gradiente transmitral significativo. Ingresó en noviembre 2023 por disnea progresiva y síncope. El ecocardiograma transtorácico (ETT) objetivó una estenosis mitral severa con insuficiencia tricuspídea funcional. El ETE mostró una masa adherida a la cara auricular del velo anterior sugestiva de vegetación vs. trombosis. Durante la reintervención se apreció un trombo (3 × 1,5 cm) sobre placa ateromatosa en la cara auricular del velo anterior mitral y sin signos de endocarditis. Se realizó sustitución valvular mitral con bioprótesis Carpentier Magna #27 + anuloplastia tricuspídea con anillo St. Jude Taylor 31. Como incidencias durante el posoperatorio presentó fracaso renal agudo sin precisar hemofiltración y varios episodios de FA. Fue dado de alta a los 18 días. La anatomía patológica confirmó trombo y la microbiología descartó endocarditis. Ecocardiograma al alta con prótesis mitral y AT normofuncionantes, sin signos de trombosis residual.

Discusión: La asociación entre trombosis y calcificación valvular mitral está descrita y en nuestro paciente podría ser la causa de un hecho tan excepcional como la trombosis de una reparación valvular mitral normofuncionante.

A-1705509953.

ROTURA TRAUMÁTICA DE VÁLVULA TRICÚSPIDE. CASO CLÍNICO

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

Cirugía Cardiovascular, Hospital Gregorio Marañón.

Introducción: Los traumatismos cardíacos ocurren en menos del 10% del total de los accidentes traumáticos, sin embargo, son responsables del 25% de las muertes asociadas a estos. Entre las principales causas se encuentran los accidentes de vehículos de dos ruedas, secundarios al impacto o a mecanismo de desaceleración. La lesión más frecuente es la contusión del miocardio, siendo la rotura traumática valvular poco habitual. Dentro de este tipo de lesión, la válvula mitral se afecta en un 1,25% de los casos, un porcentaje mucho mayor que en lo referido a la válvula tricúspide que no supera el 0,13%.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 34 años, traído por el SUMA por una caída desde su motocicleta a 20 km/h. Hemodinámicamente y respiratoriamente estable, con exploración toracoabdominal sin hallazgos patológicos. Se decide realizar TAC *body* que muestra fractura del cuerpo del esternón con contusión pulmonar y epigástrica. Ingresó en la Unidad de Reanimación por traumatismo

torácico grave cerrado, donde se objetiva aumento de enzimas hepáticas y troponinas, por lo que se realiza ETT reglado con diagnóstico de rotura traumática de músculo papilar anterior de válvula tricúspide secundario a inserción anómala del mismo sobre septo interventricular. Se contacta con Cirugía Cardíaca decidiéndose cirugía no urgente de reparación tricúspide. Técnica quirúrgica: reparación de válvula tricúspide con implante de 2 neocuerdas de Gore-Tex a nivel del músculo papilar anterior y velo anterior tricúspide. Anuloplastia con anillo Triads nº 30. Test de suero favorable. Salida de circulación extracorpórea sin insuficiencia tricúspide residual.

Discusión: La rotura traumática de la válvula tricúspide es una entidad rara que debe sospecharse en caso de mecanismo de desaceleración con traumatismo torácico y presencia de signos o síntomas de insuficiencia cardíaca. La reparación es factible y segura en estos casos.

A-1705512954.

INCIDENCIA Y VALOR PRONÓSTICO DE LA APARICIÓN DE UN NUEVO BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA TRAS EL IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA DE DESPLIEGUE RÁPIDO. EL PAPEL DEL TAMAÑO DEL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO

J.M. Arribas Leal, C. Laredo Alonso, L. Alfonso Colomer, 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. Alcáraz García y S.J. Cánovas López

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

Introducción: Las prótesis aórticas de despliegue rápido Edwards Intuity presentan buena hemodinámica y acortan tiempos quirúrgicos. Pero se asocian con mayor incidencia de marcapasos y bloqueo de rama izquierda (BRIHH) en el posoperatorio. Buscamos conocer la incidencia de BRIHH posoperatorio y su valor pronóstico en pacientes sometidos a reemplazo valvular aórtico con prótesis Intuity.

Métodos: Entre septiembre de 2012 y diciembre de 2021, 127 pacientes se incluyeron (61% hombres, edad media 74,4 ± 4,7 años, EuroSCORE logístico medio 7 ± 4). Seguimiento medio de 4,3 ± 2,6 años.

Resultados: 36 pacientes desarrollaron BRIHH posoperatorio (28%). Durante el seguimiento, el BRIHH remitió en 14 pacientes (39%). Los pacientes con BRIHH recibieron un marcapasos con mayor frecuencia en el periodo posoperatorio (15 frente a 3,4%, $p = 0,01$). Los pacientes con prótesis Intuity 8300A tuvieron menor incidencia de BRIHH en comparación con los pacientes con prótesis Intuity Elite (8,7 vs. 34%, $p = 0,017$). Los pacientes con BRIHH posoperatorio tenían un tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) menor que los pacientes sin BRIHH (20 (20-22) vs. 21 (20-22,2) mm, $p = 0,033$). Tras realizar un análisis de la curva ROC con el TSVI preoperatorio para el desarrollo de BRIHH posoperatorio, el mejor punto de corte fue un TSVI preoperatorio $\leq 20,5$ mm. Al analizar el TSVI como variable dicotómica ($\leq 20,5$ mm vs. $\geq 20,5$ mm), encontramos que si el TSVI es $\leq 20,5$ mm hay una incidencia de BRIHH del 44 vs. al 19% que aparece cuando el TSVI es $\geq 20,5$ mm, $p = 0,009$. El desarrollo de un BRIHH en el posoperatorio no se asoció con mayor mortalidad ni en hospital (2,7 vs. 3,3%, $p = 0,853$) ni durante el seguimiento (23 vs. 19%, $p = 0,633$).

Conclusiones: Las prótesis aórticas Edwards Intuity presentan alta incidencia de BRIHH posoperatorio. Los pacientes con BRIHH con mayor frecuencia necesitan marcapasos. El BRIHH posoperatorio no se asoció con mayor mortalidad hospitalaria ni en seguimiento. Si el TSVI preoperatorio es $\leq 20,5$ mm, el riesgo de desarrollar BRIHH posoperatorio aumenta 2,3 veces en comparación con un TSVI mayor de 20,5 mm.

A-1705516696.**ENDOCARDITIS POR COXIELLA BURNETII: DIAGNÓSTICO INFRECIENTE EN FASE AGUDA**

S. Souaf Khalafi, G.P. Candela Navarro, J.J. Montesino Villafranca, E. Bernabeu Sánchez, A. Hurle González, A. García Valentín, E. Campos Carot y J. Meseguer Oller

Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital General Universitario de Alicante.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 20 años procedente de Nicaragua que emigró a España para trabajar en una granja. Después de 2 meses de trabajo fue operado de urgencia por una hemorragia intraparenquimatosa espontánea en el territorio de la arteria cerebral media derecha. Se realizó una craneotomía para drenaje quirúrgico. En ese momento se estableció el diagnóstico de rotura de aneurisma micótico y se realizó un estudio con ecocardiografía para descartar una posible endocarditis. El ecocardiograma transtorácico mostró una extensa vegetación de aproximadamente 50 mm calcificada y anclada al velo coronario derecho de la válvula aórtica, de apariencia bicúspide e insuficiencia aórtica grave. Los hemocultivos y la PCR en muestras de sangre fueron consistentemente negativos. La serología reveló que la IgG antifase I tenía un título bajo y antifase II era 1:184, lo que concordaba con un diagnóstico de fiebre Q aguda. Bajo esternotomía convencional y circulación extracorpórea el paciente fue sometido a reemplazo valvular aórtico por una prótesis aórtica biológica de 23 mm (Inspiris Resilia, Edwards Lifesciences). El paciente se decantó por una bioprótesis porque tenía otro aneurisma cerebral susceptible de intervención a medio-corto plazo, por lo que se descartó anticoagulación por el alto riesgo de rotura. Los cultivos de las muestras intraoperatorias fueron negativos, así como también la PCR fue negativa para el ADN de la bacteria. La limitación de este caso es que no pudimos enviar el tejido de la válvula al laboratorio de investigación del Dr. D. Raoult en Marsella, Francia, para aislar la bacteria *C. burnetii* utilizando técnicas de cultivo especiales. El posoperatorio del paciente transcurrió de manera favorable y fue dado de alta hospitalaria a los 6 días de la cirugía con doxiciclina e hidroxycloquinina combinadas para completar al menos 18 meses de tratamiento, según recomendaciones de las guías de práctica clínica.

A-1705598202.**TERATOMA INTRAPERICÁRDICO FETAL. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN MULTIDISCIPLINAR**

C.A. Gotor Pérez, F. Serrano Martínez, A. Vázquez Sánchez y J. Martínez León

Servicio de Cirugía Cardíaca Congénita, Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

Introducción: Los teratomas intrapericárdicos son una rara causa de tumor cardíaco fetal. Pueden ejercer una compresión extrínseca sobre el corazón y los pulmones alterando su desarrollo normal. El desarrollo de hidrops fetal obliga a actuar de manera precoz para evitar la muerte del feto. La actuación organizada de los diferentes especialistas es fundamental para el éxito del manejo de estos pacientes.

Caso clínico: Se presenta el caso clínico de un teratoma intrapericárdico detectado en un feto de 20 semanas de gestación. Descripción del protocolo de actuación. Feto de 20 semanas de gestación con tumor intrapericárdico. Sucesivo crecimiento de la masa tumoral, asociando además derrame pericárdico que requirió sucesivas pericardiocentesis evacuadoras. Se constituyó un comité multidisciplinar que organizó el protocolo a seguir en el momento del nacimiento. En la semana 28 de gestación presentó empeoramiento

clínico con incremento de su derrame pericárdico, derrame pleural, y desarrollo de hidrops fetal. Ante dicha situación, se programó cesárea a las 28+2 semanas de gestación. Peso al nacimiento de 1.580 gramos. Se llevó a cabo un procedimiento de EXIT, y tras ello se realizó ecocardiografía objetivándose taponamiento cardíaco. El paciente fue intervenido en ese momento por Cirugía Cardíaca realizando la resección casi completa del tumor. La anatomía patológica mostró que se trataba de un teratoma inmaduro grado III. La evolución posoperatoria fue favorable, pero a los 2 meses y medio de vida el paciente presenta empeoramiento clínico, objetivándose crecimiento importante de los restos tumorales. Se decide realizar intervención quirúrgica por parte de Cirugía Pediátrica y Cirugía Cardíaca, requiriendo circulación extracorpórea para conseguir una resección tumoral completa. A los 6 meses de seguimiento el paciente se encuentra en remisión completa.

Discusión: La creación de un protocolo de actuación multidisciplinar hace posible intervenir con éxito casos tan desafiantes como el descrito.

A-1705683928.**ANEURISMA DE SENO DE VALSALVA GIGANTE EN OCTOGENARIO CON BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR**

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 y J.M. Borrego Domínguez

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Introducción: Exponemos un caso intervenido en nuestro centro de un aneurisma de seno de Valsalva gigante que ocupaba casi la totalidad de la aurícula derecha. Describimos las características preoperatorias, estudios realizados, técnica quirúrgica y resultado obtenido. Presentando imágenes del ecocardiograma, angioTAC y cirugía.

Caso clínico: Varón de 80 años remitido por bloqueo auriculoventricular completo. En ecocardiograma transtorácico se objetiva: imagen aneurismática del seno de Valsalva no coronario que impronta en aurícula derecha, insuficiencia aórtica severa y un ventrículo derecho dilatado con insuficiencia tricuspídea. En el angioTAC, dependiente del seno no coronario, se aprecia un aneurisma gigante (83 mm de diámetro) con puerta de entrada de 13 mm, desde un plano posterior a la raíz aórtica, entre ambas aurículas. Cirugía: tras aortotomía se objetiva puerta de entrada de 15 mm en la unión del velo no coronario con la pared del seno aórtico, que están desconectados y se introduce en aurícula derecha. Al abrir la aurícula derecha observamos el saco aneurismático despresurizado, que ocupa casi la totalidad auricular, al abrirlo carece de trombos en su interior y su cara posterior está integrada con el septo interauricular. Se crea un neoanillo aórtico en zona del velo no coronario cerrando la boca del aneurisma con sutura continua y se implanta prótesis aórtica biológica Epic™ Supra 23. Desde aurícula derecha se reseca el saco aneurismático anterior y se excluye el remanente posterior con sutura continua. Se realiza una anuloplastia tricuspídea con anillo Edwards MC3 36. En el posoperatorio recuperó conducción auriculoventricular, aunque finalmente precisó de marcapasos y en las pruebas se confirmó la exclusión del aneurisma. En el seguimiento a 6 meses se ha objetivado la desaparición del remanente aneurismático excluido.

Discusión: Los aneurismas del seno de Valsalva pueden presentarse como bloqueos auriculoventriculares y su tratamiento precisa de diferentes técnicas quirúrgicas.

A-1705764442.**ESTUDIO EXPERIMENTAL SOBRE LA PERFUSIÓN CEREBRAL EN DAVI DE FLUJO CONTINUO Y PULSÁTIL. RESULTADOS PRELIMINARES**

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

Cirugía Cardiovascular, Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Objetivos: Estudiar qué tipo de dispositivo de asistencia ventricular izquierda (DAVI), de flujo pulsátil o de flujo continuo, consigue una mejor perfusión cerebral.

Métodos: Implantamos en un total de 32 cerdos de la raza minipig un DAVI en nuestro quirófano experimental; en 16 cerdos una asistencia de flujo continuo (Biomedicus®) y en 16 cerdos una asistencia de flujo pulsátil (Berlin Heart®). Los animales tienen monitorización hemodinámica invasiva y además se monitoriza la función cerebral con oximetría (INVOS®), flujómetro carotídeo y ecografía Doppler. Se estima la DO₂ y valores de perfusión cerebral como la resistencia vascular cerebral (RVC) o el flujo sanguíneo cerebral (FSC). Además, mediante el uso de microesferas y su análisis en los tejidos (cerebro y retina) determinamos qué tipo de perfusión y en qué momento de la asistencia ventricular el cerebro está mejor perfundido.

Resultados: Observamos en los resultados preliminares RVC más altas en asistencia total pulsátil respecto al flujo continuo, pero con mayor similitud a los valores basales. No encontramos diferencias en el FSC, la DO₂ o la SCO₂. En los resultados preliminares de las microesferas observamos mejor perfusión en flujo pulsátil y en asistencia parcial.

Conclusiones: Se trata de un estudio en fase de análisis con las limitaciones propias de un modelo experimental. El estudio está pendiente de los resultados definitivos de AP de retina y cerebro para valoración de la perfusión tisular. Pero *a priori* podemos concluir con resultados cercanos a la significación estadística que el flujo pulsátil parece conseguir una mejor perfusión del cerebro y durante la asistencia de tipo parcial.

A-1705765190.**EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ESTIMULACIÓN CARDIACA: PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD ESPECIALIZADA**

D. Monzón Díaz, Á. Pedraz Prieto, G.P. Cuerpo Caballero, R.H. Rodríguez-Abella González, R. Fortuny Ribas, M. Ruiz Fernández y Á. González Pinto

Cirugía Cardiovascular, Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Objetivos: Transmitir nuestra experiencia sobre la puesta en marcha desde cero de una unidad de extracción de dispositivos.

Métodos: Desde el año 2016 iniciamos el programa de extracción. Inicialmente mediante tracción simple hasta la actualidad con la introducción de los estiletes y las vainas mecánicas. Hemos conseguido la acreditación de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular y acreditar a nuestros profesionales.

Resultados: Hasta la fecha llevamos 156 extracciones en total, de las cuales 74 se han realizado con vainas mecánicas, y las últimas 20 en un quirófano híbrido, con una extracción completa en el 90% de los casos en el último año y en el 100% de los dispositivos infectados. Hemos logrado en nuestro centro que todos los pacientes con electrodos abandonados o complicados sean valorados por Cirugía Cardíaca. Además, poseemos un registro conjunto con el servicio de microbiología de todos aquellos dispositivos infectados.

Conclusiones: Presentamos el modelo de unidad de extracción de dispositivos empleado en nuestro servicio. En aquellos centros con

suficiente volumen es preciso instaurar un programa de formación con cirujanos expertos que guíen en el proceso. La extracción debe llevarse a cabo en un quirófano de cirugía cardíaca con todos los recursos disponibles que garanticen la seguridad del paciente.

A-1706437945.**TAVI TRANSATRIAL DIRECTA EN MAC: DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y PLANIFICACIÓN CON LABORATORIO DE IMAGEN 3D**

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

Cirugía Cardiovascular, Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Objetivos: Dar a conocer nuestra experiencia en el implante de una TAVI mitral por vía transatrial en la calcificación severa del anillo mitral (MAC). Instaurar la planificación con imagen 3D como una herramienta rutinaria en MAC.

Métodos: Desde el año 2018 hemos diagnosticado un total de 23 pacientes con MAC, de los cuales hemos operado 21 (91,3%). A partir del año 2021 incorporamos la técnica del *valve-in-MAC*, habiendo implantado desde entonces 8 prótesis TAVI, todas ellas Sapien 3 Ultra. Para la planificación quirúrgica, además de un ETE y un cateterismo derecho, realizamos un TAC cardíaco sincronizado con reconstrucción 3D. Dicho TAC nos permitió medir el área valvular mitral en diástole para determinar el tamaño protésico y el área del neotracto de salida del VI (TSVI) en sístole para valorar el riesgo de obstrucción a este nivel. El implante se llevó a cabo bajo CEC y clampaje aórtico. Para disminuir el riesgo de *leaks* la prótesis se reforzó con una banda de teflón y se colocaron puntos apoyados en el anillo mitral. Mediante puntos guía a nivel de ambas comisuras y de P2 se alineó correctamente la válvula. En 3 casos se colocó un refuerzo con parche de pericardio.

Resultados: La edad media fue de 78,13 ± 2,8 años. El EuroSCORE II medio fue de 11,23 ± 15,25%. En 7 pacientes (87,5%) se llevó a cabo un procedimiento complementario, con un tiempo de CEC medio de 171 ± 56,66 minutos y de clampaje de 130,13 ± 34,86 minutos. El tamaño de prótesis más frecuentemente empleado fue el 26 (4 pacientes, 50%). En ningún caso se observaron complicaciones como la rotura de surco auriculoventricular, obstrucción del TSVI, oclusión/compresión de la arteria circunfleja o IM residual mayor que ligera. 3 pacientes fallecieron en el posoperatorio por causas no cardíacas, siendo el resto dados de alta tras 12,6 ± 3,5 días de ingreso posoperatorio.

Conclusiones: El implante de una TAVI en posición mitral bajo visión directa es una alternativa válida en casos de MAC. Una correcta planificación prequirúrgica con reconstrucción por nuestro laboratorio de imagen en 3D, así como una serie de consideraciones técnicas resultan claves para el éxito en el implante.

A-1705780316.**USO EMERGENTE DE RESCATE DE TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN UN PACIENTE CON CONECTIVOPATÍA**

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

Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital La Fe.

Introducción: Se describe un caso de uso emergente de rescate de tratamiento endovascular en paciente con síndrome de Marfan.

Caso clínico: Caso clínico-quirúrgico de mujer de 63 años con hipertensión arterial, asma bronquial, *flutter* auricular y síndrome de Marfan, intervenida de sustitución valvular mitral hace 30 años. Disección aórtica tipo B (DATB) no complicada hace 11 años tratada conservadoramente y disección aórtica tipo A retrógrada hace 8 años que requirió técnica de Bentall mecánico y sustitución parcial de arco. Posterior sustitución de aorta torácica descendente (ATD) por dilatación aneurismática hace 7 años. Ingresó ahora por dolor torácico de las mismas características a la disección previa. En TC se evidenció crecimiento del saco aneurismático periinjerto de dacrón de ATD y pseudoaneurisma en anastomosis distal. Dada su complejidad, comorbilidades y riesgos perioperatorios de reintervención, así como indicación de urgencia, a pesar de ser sindrómica, se optó por reparación endovascular de aorta torácica descendente (TEVAR) urgente. Se utilizaron 2 módulos de endoprótesis: módulo 1 se posicionó 2 cm distal a arteria subclavia izquierda y módulo 2 con sellado distal 2,5 cm por debajo de anastomosis distal de injerto. Buena evolución posoperatoria, ausencia de déficits neurológicos, resolución de dolor torácico y control imagenológico con TC favorable: endoprótesis normoposicionadas, ausencia de endofugas y normoperfusión de troncos viscerales. Fue dada de alta al quinto día posoperatorio. Un año después requirió cirugía abierta por crecimiento del aneurisma toracoabdominal distal.

Discusión: La evidencia sobre TEVAR en conectivopatías es limitada. Podría considerarse cuando existe una sustitución de aorta previa que permita sellado proximal y en complicaciones agudas de DATB como puente para reconstrucción abierta. En el caso expuesto existía un elevado riesgo perioperatorio y complicaciones sobre aorta torácica intervenida, por lo que se decidió TEVAR para resolver la complicación aguda y como puente para futuras intervenciones potenciales.

A-1705781476.

REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE LA ESTENOSIS AÓRTICA SUPRAVALVULAR EN PACIENTE CON SÍNDROME DE WILLIAMS-BEUREN: PRESENTACIÓN DE UN CASO

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

Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital La Fe.

Introducción: Describir un caso de reparación quirúrgica de estenosis aórtica supravalvular (EASV) mediante técnica de Doty en un paciente con síndrome de Williams-Beuren y su evolución posoperatoria.

Caso clínico: Presentación de un caso clínico-quirúrgico de una paciente de 19 años con síndrome de Williams-Beuren y diagnóstico de estenosis aórtica supravalvular más estenosis de ramas pulmonares a múltiples niveles desde los 6 meses de edad. Angioplastias percutáneas de ramas pulmonares derecha e izquierda hace 18 y 15 años. Ante clínica persistente de disnea de esfuerzos moderados, a lo que se sumó un gradiente pico supravalvular de 96 mmHg detectado en el cateterismo izquierdo y una ecocardiografía que indicaba estenosis aórtica supravalvular grave (gradiente máximo de 80 mmHg y medio de 45 mmHg) con función biventricular conservada, se decidió intervención quirúrgica. Se realizó reparación quirúrgica de EASV mediante técnica de parche de dacrón en Y invertida descrita por Doty; previo a finalizar se midieron gradientes supraaórticos intraoperatoriamente y se evidenció reducción de los mismos, considerándose la técnica como exitosa. La evolución posoperatoria en el área de reanimación fue satisfactoria, posteriormente se trasladó a sala de hospitalización para continuar la recuperación que progresó sin complicaciones. Se decidió alta hospitalaria al 8º día posoperatorio, con resultados de ecocardiografía transtorácica favorables que indi-

caron ausencia de estenosis aórtica supravalvular (gradiente medio de 12 mmHg) e insuficiencia aórtica leve.

Discusión: La reparación quirúrgica de EASV en pacientes con síndrome de Williams-Beuren tiene excelentes resultados y la técnica de Doty sigue siendo la predilecta en la mayoría de los casos para su corrección según evidencia registrada, además de ser la técnica con más tiempo de seguimiento estudiada en comparación con las demás existentes.

A-1705840037.

CIRUGÍA TRICUSPÍDEA AISLADA: UN DECENIO DE EXPERIENCIA Y UTILIDAD DEL TRI-SCORE

A. Muinelo 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 Cardíaca, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Objetivos: Evaluar la población de pacientes sometidos a cirugía tricuspídea aislada a lo largo de una década, utilizando la escala tri-score para predecir la mortalidad intrahospitalaria y compararla con la mortalidad real.

Métodos: Se analizaron los casos de recambio valvular tricuspídeo en nuestro centro entre 2012 y 2022.

Resultados: Un total de 34 recambios tricuspídeos aislados se realizaron en este periodo. De los pacientes intervenidos, el 55,9% eran mujeres, con una edad promedio de $65,18 \pm 22,54$ años. La preexistencia de fibrilación auricular se observó en el 55,9%, y el 58,8% presentaba hipertensión pulmonar moderada o grave. Preoperatoriamente, el 67,6% se clasificaba en una clase funcional NYHA III-IV. La urgencia quirúrgica afectó al 29,41% de los pacientes. La elección de prótesis fue mayoritariamente biológica (76,5%). El tri-score promedio de los pacientes fue $3,44 \pm 2,427$, con una mortalidad intrahospitalaria predicha de $11,97 \pm 16,53$. La mortalidad real fue del 8,8% (3 pacientes).

Conclusiones: La severidad de la patología tricuspídea se vincula con un pronóstico desfavorable, destacando la necesidad de intervenciones en estadios avanzados de la enfermedad. La utilización del tri-score proporciona una herramienta valiosa para la selección de pacientes aptos para cirugía, contribuyendo a la toma de decisiones del Heart-team en una patología en la que se presentan diferentes terapias médicas, quirúrgicas e intervencionistas. Los resultados obtenidos en nuestro centro son satisfactorios y comparables a series internacionales multicéntricas.

A-1705841301.

SÍNDROME DE PLATYPNEA-ORTHODEOXIA DEBIDO A ANEURISMA DE AORTA ASCENDENTE Y FORAMEN OVAL PERMEABLE

A. Muinelo Paúl, J.M. Martínez Comendador, M. González Barbeito, S. Gómez Estanga, R. Sobrino Moreno y J.J. Cuenca Castillo

Cirugía Cardíaca, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Introducción: Describimos el caso de una mujer de 75 años sin antecedentes conocidos con insuficiencia respiratoria, identificando la relación entre un aneurisma de aorta ascendente y desaturación respiratoria.

Caso clínico: La paciente ingresó con insuficiencia respiratoria en UCI. El día del ingreso se realizó angioTAC que reveló un aneurisma de aorta ascendente de 62 mm. Tras intubación y ventilación mecánica, la paciente tuvo mala evolución. Pasados 15 días, presenta insuficiencia respiratoria grave con $\text{PaFiO}_2 \text{ p} \leq 50$ con FiO_2 al 100% que empeora con decúbito prono, que mejora en posición de Tren-

delenburg y que se acompaña de inestabilidad hemodinámica. Se decide en este contexto realizar ecocardiograma transesofágico que presenta distorsión de la anatomía secundaria a la dilatación de la aorta ascendente y foramen oval permeable con flujo derecha-izquierda. Se ve también aceleración del flujo a nivel de la aurícula derecha en relación con válvula de Eustaquio prominente y compresión por el aneurisma. Se presenta el caso en sesión multidisciplinaria, decidiéndose intervención quirúrgica. La intervención quirúrgica incluyó la sustitución de la aorta ascendente, el cierre del foramen oval y la resección parcial de una válvula de Eustaquio prominente. La situación respiratoria mejoró significativamente posquirúrgica.

Discusión: La paciente presentó un síndrome de platypnea-orthodeoxia debido al FOP y al aneurisma aórtico. La insuficiencia respiratoria grave de la paciente se asoció con el aneurisma de aorta que comprimía la aurícula derecha, dirigiendo el flujo que pasaba a través de una válvula de Eustaquio prominente hacia un foramen oval permeable creando un shunt derecha-izquierda. La intervención quirúrgica resolvió con éxito las complicaciones respiratorias. Este caso resalta la relevancia de la colaboración interdisciplinaria entre Medicina Intensiva, Cardiología y Cirugía Cardíaca para una gestión efectiva de casos complejos.

A-1705857418.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TROMBOSIS PROTÉSICA Y ENDOCARDITIS INFECCIOSA CON HEMOCULTIVOS NEGATIVOS

V. Mescola¹, L. Jiménez Alfaro², V. Álvarez Asiáin², J. de Diego Candela², F. Gómez Blasco², F. Machado Fernández² y J.R. Sadaba Sagredo²

¹Hospital Germans Trias i Pujol. ²Complejo Hospitalario de Navarra/Hospital San Pedro.

Introducción: Presentamos el caso de un paciente con endocarditis protésica mitroaórtica tardía por *Bartonella henselae*.

Caso clínico: Varón de 72 años, intervenido en 2021 de doble sustitución valvular mitral y aórtica biológicas (Avalus 25 mm + SJ Epic 33 mm) y anticoagulado con apixabán por fibrilación auricular permanente. Ingresó en noviembre 2023 por clínica de disnea progresiva de 2 meses de evolución y *shock* cardiogénico SCAI B. No relata síndrome constitucional ni fiebre. Ecocardiográficamente destaca disfunción ventricular derecha severa no previamente conocida y comportamiento estenótico de ambas prótesis, sin imagen de insuficiencia paravalvular. La bioprótesis mitral presenta engrosamiento de los 3 velos y gradiente medio de 12 mmHg mientras la prótesis aórtica presenta gradiente medio aumentado (45 mmHg), sin imágenes compatibles con vegetaciones. En la orejuela izquierda se aprecia trombo organizado. Analíticamente destaca elevación de los reactantes de fase aguda con hemocultivos repetidamente negativos. Ante la ausencia de mejoría pese al inicio de la anticoagulación se decide reintervención. Se realiza doble sustitución valvular biológica aórtica y mitral (Inspiris 23 mm + Mosaic Cinch 31 mm). Intraoperatoriamente el aspecto macroscópico de las prótesis impresiona compatible con afectación endocárdica, siendo el cultivo y la PCR valvulares positivos para *Bartonella henselae*. Se inicia tratamiento dirigido con doxiciclina 6 semanas y gentamicina 14 días, observando una evolución posoperatoria favorable. Alta a domicilio al mes de la intervención con prótesis normofuncionantes y función ventricular derecha normal.

Discusión: La endocarditis por gérmenes atípicos y de crecimiento lento, como en el caso de la *Bartonella*, puede presentarse en forma larvada, sin fiebre ni síndrome constitucional. Además, no es infrecuente observar hemocultivos persistentemente negativos. Es importante considerar siempre en el diagnóstico diferencial de la disfunción valvular protésica la posibilidad de afectación por gérmenes atípicos, incluso en ausencia de los criterios mayores de endocarditis.

A-1706438551.

REPARACIÓN TRICUSPÍDEA COMPLEJA CON REPOSICIONAMIENTO ANULAR Y REMODELADO VENTRICULAR DERECHO: TÉCNICA DE ARAI

V. Mescola¹, J. Grau Álvaro², V. Álvarez Asiáin³, J. de Diego Candela³, L. Jiménez Alfaro³, F. Gómez Blasco³, F. Machado Fernández³ y J.R. Sadaba Sagredo³

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

³Complejo Hospitalario de Navarra/Hospital San Pedro.

Introducción: Técnica de reparación tricuspídea compleja con reposicionamiento anular y remodelado del aparato subvalvular derecho según técnica de Arai: nuestra experiencia inicial.

Casos clínicos: Paciente 1: mujer, 76 años. En 2012 reparación mitral e implante marcapasos DDDR en el posoperatorio. En el seguimiento: IT torrencial por dilatación anular y *tethering* septal en relación al electrodo ventricular. Con circulación extracorpórea y a corazón latiendo se realiza: anuloplastia con anillo (32 mm) y reposicionamiento anular septal, creación de neocomisura anteroposterior y recolocación comisural del electrodo, reorientación de músculo papilares, plicatura de comisura anteroseptal. Paciente 2: varón pluripatológico, 63 años. IT torrencial como secuela de endocarditis tricuspídea, pulmonar y mitral antigua. Se realiza sustitución valvular aórtica biológica, cierre de pseudoaneurisma subanular aórtico con parche heterólogo y reparación tricuspídea compleja: anuloplastia con anillo (32 mm) y reposicionamiento anular septal, cierre de perforación de velo anterior con parche heterólogo, reorientación de músculos papilares. Posoperatorio sin incidencias graves: ambos pacientes requirieron soporte vasopresor e inotrópico a dosis bajas a lo largo de las primeras 24 h posoperatorias. El paciente 2, además, presentó fracaso renal agudo con diuresis mantenida y normalización de la función renal al alta. Control ecocardiográfico intraoperatorio y prealta sin IT significativa.

Discusión: El tratamiento de la insuficiencia tricuspídea con reposicionamiento anular y papilar según técnica de Arai, añadido a la tradicional anuloplastia con anillo incompleto, permite obtener la remodelación de la geometría ventricular derecha y recuperar una superficie de coaptación adecuada incluso en los casos de *tethering* grave.

A-1705861179.

INSUFICIENCIA MITRAL MASIVA AGUDA POR ROTURA MITRAL TRAS IMPLANTE FALLIDO DE MITRACLIP

R. Bernal Esteban, B. Segura Méndez, N. Arce Ramos, Á. Fuentes Martín, E. Velasco García, I. Vázquez Alarcón de la Lastra, G. Victoriano Soriano, D. Félix Pérez, I. Velasco Caldeiro, D. Mora Puentes, Y. Carrascal Hinojal, B. Prada Martín, P. Martínez Jiménez, M. Pérez Aragón, T. Represa Pastor, A. Arévalo Abascal, C. Amorós Rivera y J. Bustamante Munguira

Cirugía Cardiovascular, Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción: Las técnicas mínimamente invasivas están en auge. El MitraClip (MC) es un dispositivo percutáneo para el tratamiento de la insuficiencia mitral (IM) basado en el principio de "borde a borde".

Caso clínico: Mujer de 83 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes e infarto agudo de miocardio revascularizado percutáneamente hace 7 años. Ingresó por SCACEST con revascularización percutánea fallida, decidiéndose tratamiento médico. El ecocardiograma transtorácico mostró función ventricular levemente deprimida, insuficiencia aórtica moderada e IM grave con un déficit de coaptación de 3 mm a nivel de A2-P2, prolapso de P3 con rotura de cuerda y anillo de 36 mm. Se decidió implante de MC programado. Durante el procedimiento, se produjo desprendimiento parcial con desgarró del velo. Tras el implante de un segundo dispositivo, se

observó rotura del velo posterior y desprendimiento. El ecocardiograma transesofágico mostró IM masiva, disfunción ventricular izquierda, complicado con *shock* y edema agudo de pulmón, decidiéndose cirugía emergente. Intraoperatoriamente, se observó disfunción ventricular izquierda grave con hematoma infiltrante en el surco de Sondergaard. La atriectomía izquierda reveló dos MC parcialmente anclados en P3 y A3, rotura del velo posterior y desgarro de P3 hasta el anillo. Se realizó sustitución valvular mitral por bioprótesis bajo circulación extracorpórea. En el posoperatorio, se procedió a la extubación a las 36 horas, con reintubación por insuficiencia respiratoria. Presentó neumonía por *Escherichia coli*, con empeoramiento clínico, y hemodinámico, precisando hemodiálisis y aumento de inotrópicos. Posteriormente presentó *shock* séptico refractario y fallo multiorgánico.

Discusión: El implante de MC puede ser una alternativa en pacientes de muy alto riesgo quirúrgico o inoperables, sin embargo, no está exenta de complicaciones (aproximadamente 3-3,5%). La patología y tejido mitral pueden dificultar el implante, causando perforación, rotura de cuerdas tendinosas e incluso desprendimiento del dispositivo. La cirugía precoz es clave para evitar el *shock* cardiogénico y disminuir la morbilidad asociada.

A-1705862538.

REMODELADO INVERSO TRAS LA REPARACIÓN MITRAL CON NEOCUERDAS

I. Barrero Barriga, A.M. Cortés Correa, A. Gayoso Lodeiros, S. Fernández Azpiazu, A. Sánchez Moreno y A. Crespo del Hubsch

Hospital Universitario de Cruces.

Objetivos: Analizar el efecto de remodelado inverso del ventrículo izquierdo como resultado en la reparación mitral con neocuerdas.

Métodos: Entre abril de 2018 y noviembre de 2022 se han analizado un total de 33 pacientes con insuficiencia mitral grave tratados mediante reparación mitral con neocuerdas. Se han utilizado los ecocardiogramas preoperatorios y posoperatorios a los 12 meses.

Resultados: La edad media fue de 64,65 años. Los pacientes se encontraban en CF I a III de la NYHA. El diagnóstico definitivo se consiguió mediante ecocardiografía. 19 de ellos también se trataron de alguna patología concomitante a la insuficiencia mitral: insuficiencia tricuspídea, enfermedad de arterias coronarias, fibrilación auricular, valvulopatía aórtica y/o aneurisma de aorta ascendente. Solo se incluyeron en el análisis pacientes que en el ecocardiograma transesofágico valorado por cardiología tenían máximo IM grado I-II. Comparando el ecocardiograma basal con el ecocardiograma a 12 meses posintervención, se encontró una reducción significativa en la medición del diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo (DTD-VI) prequirúrgico con una media de 5,75 cm en comparación con la media del DTDVI posquirúrgico con una media de 5,03 cm.

Conclusiones: A los 12 meses posoperatorios podemos observar una disminución en los diámetros ventriculares y un remodelado positivo del ventrículo izquierdo.

A-1705864003.

EVALUACIÓN DEL EFECTO DE EMPAGLIFLOZINA PERIOPERATORIO EN LA LESIÓN RENAL AGUDA ASOCIADA A CIRUGÍA CARDIACA: JUSTIFICACIÓN Y DISEÑO DE UN ENSAYO CLÍNICO

J. Bustamante Munguira¹, M. Fernández Molina², A. Coca¹, M. Franco¹, C. Abad¹, D. Arnau³, Á. González Pinto⁴ y S.J. Cánovas López²

¹Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ²Hospital Virgen de la Arrixaca. ³Hospital Clínic de Barcelona. ⁴Hospital General Gregorio Marañón.

Objetivos: La lesión renal aguda asociada a cirugía cardíaca (CSA-AKI) es una complicación frecuente y grave que aumenta las complicaciones y mortalidad. CSA-AKI se desarrolla debido a factores de riesgo del paciente y a la cirugía. Los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa 2 (SGLT2i), como la empagliflozina, reducen la reabsorción renal de glucosa, la inflamación y la presión intraglomerular. Estudios preclínicos han observado que los iSGLT2 protegen contra la lesión por isquemia-reperfusión renal. Diseñamos un ensayo clínico (VERTIGO) con el objetivo de valorar la eficacia y seguridad de iSGLT2 (empagliflozina) en la reducción de CSA-AKI.

Métodos: VERTIGO (EudraCT 2021-004938-11) es un ensayo aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo. Se ha calculado un tamaño muestral de 608 pacientes intervenidos con circulación extracorpórea en base a la incidencia de eventos adversos renales graves y valores β 0,1 y α 0,05. Se aleatorizarán en una proporción de 1:1 a 10 mg de empagliflozina al día vía oral o placebo. El tratamiento comenzará 5 días antes de la cirugía y continuará durante los primeros 7 días posoperatorios. El criterio de valoración principal será la proporción de pacientes que desarrollen eventos adversos renales durante los primeros 90 días después de la cirugía, definidos como disminución de la función renal del 25% o más, inicio de terapia de reemplazo renal o muerte. Los criterios de valoración secundarios, terciarios y de seguridad incluirán tasas de lesión renal aguda durante la hospitalización inicial, complicaciones posoperatorias y eventos adversos observados.

Resultados: El estudio iniciará el reclutamiento en el segundo semestre de 2024. Se presenta el protocolo con la intención de difundirlo e incorporar centros en la participación del mismo con el objetivo de asegurar su desarrollo.

Conclusiones: El ensayo VERTIGO describirá la eficacia y seguridad de empagliflozina en la prevención de CSA-AKI.

A-1705867433.

IMPLANTE DE ENDOPRÓTESIS CON FENESTRACIÓN *IN SITU* EN UN CASO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL COMPLEJO

I. Tribes Caballero, T. González Vargas y J.J. Muñoz Ruíz-Canela

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: La reparación endovascular mediante implante de endoprótesis constituye actualmente el tratamiento de elección cuando está indicada la intervención sobre los aneurismas de aorta abdominal (AAA). Presentamos el caso de un paciente de 79 años monorreño con un AAA yuxtarenal de 60 mm de diámetro máximo tratado mediante implantación de endoprótesis fenestrada manualmente.

Métodos: Características de los aneurismas como el tamaño, la localización o morfología pueden incrementar la complejidad del caso. El paciente presentaba estenosis de la arteria ilíaca derecha y una oclusión de la ilíaca contralateral. Previo a la intervención se realiza reconstrucción en 3D del angioTC. El procedimiento se lleva a cabo bajo anestesia general en una sala híbrida. En arteriografía inicial se miden las distancias exactas de cuello y ostia de las arterias renal izquierda y mesentérica superior. Posteriormente, siguiendo el mapa previamente diseñado se desvaina la prótesis Endurant Medtronic y se realizan las fenestraciones con electrocauterio. A continuación, se suturan los rebordes con sutura radiopaca y se vuelve a envainar la endoprótesis. Se implanta EVAR siguiendo los puntos de referencia previamente marcados y se realiza arteriografía de control que permite observar prótesis normoimplantada sin complicaciones. Finalmente se realizan las extensiones de las arterias renal izquierda y mesentérica superior con *stent* Begraft. Se angioplastia la estenosis ilíaca y se extiende la endoprótesis.

Resultados: Evolución posimplante favorable con alta en séptimo día posoperatorio. AngioTC de control al mes muestra endoprótesis normoimplantada sin endofugas.

Conclusiones: El tratamiento endovascular de los AAA puede suponer un gran desafío. El abordaje multidisciplinar entre cirujanos y radiólogos vasculares permite elaborar diferentes estrategias, permitiendo mayor versatilidad a la hora de enfrentarse a posibles obstáculos, siendo útil en casos complejos.

A-1705869071.

5 AÑOS DE EXPERIENCIA EN TRASPLANTE HEPÁTICO ASISTIDO CON ECMO VENO-VENOSA

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

Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

Introducción y objetivos: El empleo de ECMO como soporte circulatorio o respiratorio en cirugía no-cardíaca está aumentando en los últimos años. Se describen los resultados como soporte en el trasplante hepático en nuestro centro, con objetivo de evitar la falta de retorno venoso por oclusión de la vena cava inferior en grandes hepatomegalias.

Métodos: Durante los años 2018 a 2023 se han realizado 20 casos de trasplante hepático asistido con ECMO veno-venosa. El dispositivo utilizado fue Cardiohelp Maquet en todos los casos. Se inició la asistencia con canulación percutánea ecoguiada para circuito veno-veno-fémoro-yugular. Mientras se realizaba la disección hepática, se accedió a la vena porta para implantar una cánula de drenaje que se conectó en "Y" a la cánula femoral. Se realizó heparinización para mantener ACT entre 180-200 s.

Resultados: La edad media fue de 54,15 años, siendo el mismo porcentaje de hombres y mujeres (50%). La superficie corporal media fue de 1,7 m². El tamaño de las cánulas más usado fue 21 Fr para la femoral, 17 Fr para la yugular y 18 Fr para la porta. El tiempo medio de asistencia fue de 191,15 min, con un flujo medio de 2,6 L/min. No se encontró ninguna complicación relacionada con la asistencia ECMO. Hubo 2 *exitus*, 1 por *shock* séptico y 1 por fallo primario del injerto. Se requirió 1 trasplante por fallo primario del injerto.

Conclusiones: La asistencia con ECMO ha demostrado ser segura, reproducible y eficaz en los trasplantes hepáticos de alto riesgo.

A-1705936565.

REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE ARCO AÓRTICO: EXPERIENCIA INICIAL

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

Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

Introducción: La patología de arco aórtico conlleva tratamiento muy complejo desde el punto de vista quirúrgico. Hasta hace poco, la única vía de abordaje era la reparación abierta, que requiere en su mayoría de parada circulatoria con el riesgo que esto implica, dejando a pacientes de alto riesgo quirúrgico sin muchas opciones. Esta situación ha llevado a desarrollar técnicas menos invasivas y con menor riesgo como es el tratamiento endovascular. Se describe un caso de pseudoaneurisma de arco aórtico tratado por primera vez en nuestro centro por vía endovascular con una prótesis de 3 ramas de arco aórtico Custom-made (Cook®).

Caso clínico: Varón de 66 años hipertenso, dislipémico con disfunción grave del ventrículo izquierdo y aneurisma apical por cardiopatía isquémica crónica (revascularización percutánea). Tomografía axial computarizada evidenció pseudoaneurisma de cayado aórtico (zona 2) de tamaño significativo con contorno muy irregular y trombo mural. Por sus antecedentes cardiológicos se descartó reparación abierta y se decidió tratamiento endovascular. Se utilizó una prótesis con 3 ramas internas, 2 anterógradas y 1 retrógrada precargada para arteria subclavia izquierda. El sellado proximal fue en zona 0 y el distal en zona 4. Acceso percutáneo transfemoral y abierto de axilar derecha/carótida izquierda. Buena evolución posoperatoria, estancia en UCI menor de 24 horas, no endofugas, ramas permeables, no déficits neurológicos y alta hospitalaria en 1 semana.

Discusión: La experiencia en el tratamiento endovascular del arco aórtico con sellado en zona 0 es en general limitada. La rápida recuperación clínica de este caso clínico y su resultado radiológico inicial nos sugiere que en casos anatómicamente favorables de arco el tratamiento endovascular se va a ir posicionando cada vez más, aunque para ello se necesita más información respecto a sus resultados a largo plazo.

A-1705872535.

VENTAJAS DE LA IMPRESIÓN 3D EN CASOS COMPLEJOS: FÍSTULA CORONARIA GIGANTE

M. Barquero Alemán¹, R. Voces Sánchez², M.J. Romero Reyes³, E.A. Rodríguez Caulo¹ y J.M. Barquero Aroca¹

¹Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Virgen Macarena. ²Hospital Clínico Universitario de Salamanca. ³Hospital Universitario Virgen de Valme.

Objetivos: Valorar la utilidad de la impresión digital 3D como paso previo a la cirugía en casos de elevada complejidad.

Caso clínico: Paciente de 37 años sin antecedentes de interés que ingresa por cuadro de palpitaciones y disnea a moderados esfuerzos. Se realiza ecocardiograma donde se aprecia dilatación predominantemente de cavidades izquierdas secundaria a dilatación de cavidades derechas por shunt izquierda-derecha. En angioTC, RNM y coronariografía se observan coronaria derecha y descendente anterior normales y tronco coronario izquierdo dilatado con arteria circunfleja muy dilatada drenando a seno coronario. Ante dificultad del acceso quirúrgico, se contacta con centro de alta experiencia en impresión 3D para planificación quirúrgica. Tras recepción de modelo 3D en escala real se planifica cirugía, llevando a cabo triple *bypass* coronario sin CEC, secuencial con vena safena interna autóloga a primera obtusa marginal, segunda obtusa marginal y primera diagonal. Tras ello, cierre de fístula coronaria en su desembocadura en seno coronario. En el primer día posoperatorio el paciente sufre episodio de dolor torácico con ascenso de ST y disfunción biventricular que requiere coronariografía urgente objetivándose coronaria derecha y descendente anterior normales, *bypass* permeables y fístula cerrada. Tras ello, cursa posoperatorio sin incidencias con recuperación de función ventricular y siendo dado de alta a los 10 días de la cirugía.

Discusión: La impresión 3D supone una gran ayuda a la hora de planificar una cirugía en determinados casos con elevada complejidad. Es importante la relación personal y profesional entre los distintos servicios del país para poder decidir siempre la mejor opción para cada paciente.

A-1705873223.

COMPLEJO DE CARNEY. A RAÍZ DE UN CASO CLÍNICO

A. Torres Clares¹, S. Urso¹, L. Doñate Bertolín¹, M. Soriano Hernández¹, M.Á. Tena Pajuelo¹, J.I. Juárez del Río¹,

J.Á. López Ruiz-Verdú¹, J.A. Serna Gómez¹, R. Bellot Fernández², L. Ríos Rodríguez² y F. Portela Torión¹

¹Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. ²Complejo Hospitalario Materno Insular.

Caso clínico: Varón de 44 años, natural de Italia, fumador activo de cigarrillo electrónico sin otros factores de riesgo cardiovascular conocidos, derivado por recidiva de masa auricular izquierda tras ETT realizado por flutter auricular. Antecedente patológico de hemiparesia derecha residual secundaria a accidente cerebrovascular a los 6 años tras el cual se diagnosticó de mixoma auricular izquierdo (realizándose exéresis quirúrgica); como secuela epilepsia secundaria. A nivel dermatológico: lesión papilomatosa pediculada en conducto auditivo externo derecho (06/10/2022) con hallazgos histológicos de mixoma; pólipo fibroepitelial en párpado inferior izquierdo, angiomixoma superficial lumbar derecho y muslo derecho (20/12/2021); fibroma en párpado superior izquierdo (24/01/2023). Por ETE se confirma masa cardíaca arboriforme en AI implantada en fosa oval con base de implantación sésil, ecogenicidad heterogénea, superficie irregular, sugestiva de mixoma auricular 21 × 21 mm, sin protrusión a través de la válvula mitral (insuficiencia mitral ligera). Cateterismo cardíaco sin enfermedad coronaria. Se realiza cirugía mediante esternotomía media, canulación bicaval, clampaje aórtico y administración de cardioplejia cristalóide tipo del Nido por vía anterógrada indirecta. Abordaje de aurícula izquierda transeptal, exéresis de masa auricular 25 × 25 mm y base de implantación en fosa ovalis y exéresis de orejuela izquierda. Se realiza estudio anatomopatológico compatible con recidiva de mixoma cardíaco. Como incidencia posoperatoria, BAV completo que requirió implante de marcapasos definitivo.

Discusión: El diagnóstico de complejo de Carney (CNC) se define por: a) ≥ 2 manifestación clínicas típicas; b) 1 manifestación clínica y 1 criterio adicional (familiar de primer grado afectado y/o mutación inactivante del gen *PRKAR1A*). Nuestro paciente, debido a la recidiva del mixoma cardíaco y lesiones mixomatosas a nivel de conducto auditivo externo derecho, zona lumbar derecha y muslo derecho (todas confirmadas histopatológicamente) se confirma el diagnóstico de CNC. Actualmente, en estudio por Endocrinología para descartar otros síndromes neuroendocrinos y con 2 nuevas lesiones cutáneas (en escroto y párpado superior izquierdo), pendiente de extirpación.

A-1705873962.

CIRUGÍA EN PACIENTES CON VALVULOPATÍA AÓRTICA BICÚSPIDE VS. VALVULOPATÍA AÓRTICA TRICÚSPIDE: DIFERENCIAS CLÍNICAS, QUIRÚRGICAS Y RESULTADOS A CORTO PLAZO

A. Torres Clares¹, S. Urso¹, M. Soriano Hernández¹, M.Á. Tena Pajuelo¹, L. Doñate Bertolín¹, J.I. Juárez del Río¹, L. Ríos Rodríguez², R. Bellot Fernández², J.Á. López Ruiz-Verdú¹, J.A. Serna Gómez¹ y F. Portela Torión¹

¹Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. ²Complejo Hospitalario Materno Insular.

Objetivos: Determinar las diferencias clínicas, quirúrgicas y de los resultados a corto plazo entre los pacientes con válvula aórtica tricúspide (VAT) vs. válvula aórtica bicúspide (VAB) intervenidos quirúrgicamente.

Métodos: Se revisaron retrospectivamente 429 pacientes que se sometieron a cirugía valvular aórtica (± cirugía de aorta ascendente ± cirugía de revascularización coronaria) desde septiembre de 2019 hasta septiembre de 2023. Se excluyeron los pacientes intervenidos por endocarditis infecciosa y/o disección aórtica. Los datos analíticos se han obtenido de la base de datos del Departamento de Cirugía Cardíaca de nuestro Hospital.

Resultados: De los 429 pacientes a estudio, 298 presentaban VAT (69,5%) y 131 VAB (30,5%). Los pacientes con VAB eran predomina-

temente varones (80,2 vs. 65,4%, $p = 0,002$) y se intervenían en edades más precoces ($55,3 \pm 10,6$ años vs. $67,6 \pm 9,2$ años, $p \leq 0,0001$) que los pacientes con VAT. Los factores de riesgo cardiovascular, como la hipertensión (51,9 vs. 75,8%, $p \leq 0,0001$) y la hipercolesterolemia (38,9 vs. 66,1%, $p \leq 0,0001$), fueron menos prevalentes en los pacientes con VAB. La cirugía combinada de aorta ascendente se asoció mayormente a los pacientes con VAB (33,6 vs. 12,1%, $p \leq 0,0001$); por el contrario, la necesidad de cirugía de revascularización coronaria se vinculó más al grupo con VAT (11,5 vs. 30,2%, $p \leq 0,0001$). Respecto a la técnica quirúrgica, los pacientes con VAB recibieron un porcentaje significativamente mayor de reparación valvular aórtica aislada (13,7 vs. 3,4%, $p \leq 0,0001$) y remodelado de la raíz aórtica (5,3 vs. 3%, $p \leq 0,0001$) que los pacientes con VAT. La mortalidad global intrahospitalaria fue del 3,7% (VAB 0 vs. VAT 5,4%, $p = 0,007$).

Conclusiones: Los pacientes con VAB representan un subgrupo con riesgo quirúrgicos más bajo. Las características clínicas, anatómicas y fisiopatológicas de los pacientes con VAB explican los mayores requerimientos de técnicas quirúrgicas de reparación valvular y/o de raíz aórtica, así como los mejores resultados a corto plazo.

A-1705874447.

RIESGO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR A CORTO Y MEDIO PLAZO EN EL REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO CON PRÓTESIS DE RÁPIDO DESPLIEGUE EDWARDS INTUITY

J.A. Moreno Moreno¹, J.M. Arribas Leal², L. Alfonso Colomer², R. Albarracín García², A. Jiménez Aceituna², J. Pérez Andreu², R. Taboada Martín², M. Lorenzo Díaz², M. Fernández Molina², J.M. Aguilar Jiménez², J. García-Puente del Corral², F. Gutiérrez García², M.J. Alcáraz García² y S.J. Cánovas López²

¹Hospital Reina Sofía. ²Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Introducción: El reemplazo valvular aórtico es la cirugía valvular más frecuente. Una de sus complicaciones es el accidente cerebrovascular (ACV). Estudiamos el riesgo de padecer ACV en el hospital y durante el seguimiento en un grupo de pacientes intervenidos con la prótesis de rápido despliegue Edwards Intuity.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo desde 2012 a 2022. Recogimos datos demográficos, clínicos, quirúrgicos y de seguimiento. Identificamos pacientes que sufrieron ACV desde la intervención hasta junio de 2022, para realizar un análisis descriptivo y de predictores de ictus a corto y medio plazo.

Resultados: Desde septiembre 2012 a junio 2022, 138 pacientes recibieron una prótesis Edwards Intuity (edad media de $74,5 \pm 4,6$ años, 62% varones). 5 pacientes (3,6%) sufrieron un ictus en el posoperatorio. Estos pacientes tuvieron mayor incidencia de fibrilación auricular posoperatoria (100 vs. 35%, $p = 0,003$), más mortalidad (20 vs. 3%, $p = 0,046$), estancias más prolongadas (14 (10-18,5) vs. 8 (6-11) días, $p = 0,038$), pero el antecedente de ictus preoperatorio no influyó sobre el ictus posoperatorio (0 vs. 4%, $p = 0,44$). No encontramos predictores independientes de ictus posoperatorio. Durante el seguimiento 16 pacientes (12%) sufrieron un ictus y 2 pacientes fallecieron debido a él. Los pacientes que sufrieron un ictus durante el seguimiento eran diabéticos (75 vs. 46%, $p = 0,030$), tuvieron un ictus en el posoperatorio inmediato (12,5 vs. 1,7%, $p = 0,018$), precisaron marcapasos permanente en el posoperatorio inmediato (19 vs. 5%, $p = 0,042$) y fallecieron con mayor frecuencia durante el seguimiento (37,5 vs. 13,6%, $p = 0,016$). Resultaron predictores independientes de ictus en el seguimiento: la necesidad de un marcapasos permanente en el posoperatorio inmediato, mayor edad en el momento de la intervención quirúrgica y sexo femenino. Tan solo 1 paciente (7%) de los 14 presentaba dependencia total. El resto de los pacientes (93%) presentaban dependencia leve o eran independientes.

Conclusiones: Nuestra tasa de ACV en el posoperatorio inmediato y en el seguimiento clínico se encuentra dentro de lo publicado. Especial atención en el seguimiento clínico de pacientes con diabetes, mujeres y portadores de marcapasos definitivo implantado en el posoperatorio inmediato, factores que aumentan el riesgo de padecer ACV. Hay un bajo porcentaje de pacientes que tengan dependencia grave en el seguimiento tras un ACV.

A-1705875675.

BYPASS EXTRAANATÓMICO: EXPERIENCIA CLÍNICA EN DOS CENTROS

E. Velasco García¹, R. Sánchez Pérez², B.K. Ramchandani Ramchandani², B. Torres Maestro², J. Rey Lois², M.L. Polo López², Á. González Rocafort², T. Centella Hernández³, M.J. Lamas Hernández³, Á. Aroca Peinado², I. Vázquez Alarcón de la Lastra¹, D.D. Feliz Pérez¹, R. Bernal Esteban¹, I. Velasco Caldeiro¹ y J. Bustamante Munguira¹

¹Cirugía Cardiovascular, Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

²Hospital Infantil La Paz. ³Hospital Infantil Ramón y Cajal

Introducción: La reparación de las obstrucciones del arco aórtico presenta muy buenos resultados. El *bypass* extraanatómico es una técnica segura y duradera para el tratamiento de estas patologías. El *bypass* extraanatómico consiste en la derivación de un injerto entre la aorta ascendente y la descendente. El abordaje suele ser mediante esternotomía media y puede requerir el uso de circulación extracorpórea para facilitar la manipulación cardiaca. La indicación de esta técnica incluye coartaciones aórticas con gradientes de presión mayores a 20 mmHg, obstrucciones aórticas de más del 50% respecto a tramos de aorta sana, hipertensión arterial e hipertrofia ventricular. A continuación, se expone una serie de 4 pacientes intervenidos mediante esta técnica en 2 centros hospitalarios.

Casos clínicos: El primer paciente es un varón de 14 años con síndrome de Williams que es diagnosticado de coartación de aorta e hipoplasia de arco aórtico. Es intervenido mediante *bypass* extraanatómico. El segundo paciente es un paciente de 31 años en el que se objetiva dilatación aneurismática del parche de una aortoplastia realizada a los 3 años de edad para tratar una coartación aórtica iatrogénica secundaria a un cierre de ductus arterioso persistente. Es intervenido quirúrgicamente de *bypass* extraanatómico y percutáneamente de exclusión del aneurisma. La tercera paciente es una mujer de 39 años intervenida en la infancia por aorta torácica hipoplásica mediante interposición de un conducto entre la aorta ascendente y descendente. En la edad adulta, es diagnosticada de osteocondroma costal que comprime el conducto aórtico y es intervenida mediante *bypass* extraanatómico entre aorta ascendente y descendente. El cuarto paciente es un varón de 67 años diagnosticado en la infancia de coartación aórtica e hipoplasia de arco aórtico, que es intervenido mediante interposición de tubo protésico en aorta torácica. En la edad adulta desarrolla progresivamente clínica de disnea en probable relación a conducto aórtico de pequeño tamaño. Es intervenido mediante *bypass* extraanatómico. Los 3 primeros pacientes presentaron un posoperatorio sin complicaciones. El primer paciente requirió tratamiento percutáneo por estenosis residual en arco aórtico proximal 2 años después de la cirugía. No se reportaron más complicaciones en el seguimiento. El cuarto paciente presentó una evolución posoperatoria desfavorable, requiriendo 2 reintervenciones por sangrado y reintubación orotraqueal por hemorragia pulmonar y sepsis por neumonía. Falleció 2 semanas después de la cirugía.

Discusión: La cirugía de *bypass* extraanatómico es una técnica segura para el tratamiento de obstrucciones del arco aórtico. Existen varios estudios con series de pacientes intervenidos mediante esta técnica en los que no se evidenció mortalidad perioperatoria en ninguno de sus casos y en los que se registró una mejoría significativa en el con-

trol de la presión arterial. La mayor tasa de complicaciones del *bypass* extraanatómico viene determinada por la estenosis de segmentos aórticos largos y la afectación de los troncos supraaórticos. Las complicaciones más frecuentes son las arritmias cardíacas y el sangrado posoperatorio. Respecto a nuestro paciente fallecido, presentaba importante comorbilidad (antecedentes de cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, fibrosis pulmonar con hemoptisis recurrente e ictus hemorrágico, entre otras), lo que pudo haber contribuido a una evolución posoperatoria desfavorable. En definitiva, el *bypass* extraanatómico presenta excelentes resultados como tratamiento de obstrucciones recurrentes del arco aórtico, ofreciendo una baja tasa de gradientes de presión residuales y asociando baja morbimortalidad.

A-1705889597.

REALIZACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA LA IMPLANTACIÓN DEL DISPOSITIVO KEEP WALKING CON EL OBJETIVO DE OPTIMIZAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES QUE HAN SIDO SOMETIDOS A AMPUTACIONES

M.A. Astorino, T. González Vargas, J.F. Valderrama Marcos y E. Ruiz Alonso

Cirugía Cardiovascular, Hospital Regional Universitario de Málaga.

Objetivos: Los pacientes con amputaciones mayores presentan una reducción significativa en su calidad de vida en comparación con una persona no amputada; el dispositivo Keep Walking es un implante osteointegrado diseñado para amputaciones transfemorales, con el cual se ha observado mejoría en la calidad de vida al permitir que la carga de apoyo se transmita a través del fémur. Nuestro objetivo es implementar protocolos para el implante del dispositivo en nuestros pacientes amputados transfemorales sin contraindicaciones, y así valorar la mejoría en su calidad de vida.

Métodos: En 2023 hemos añadido especificaciones respecto al implante del dispositivo en nuestros protocolos para amputaciones transfemorales, sin implicar una carga adicional de trabajo y consiste en realizar un *checklist* para verificar la idoneidad del paciente y el suministro de un consentimiento ampliado. La cirugía añade 15-20 minutos al procedimiento estándar. El posoperatorio se mantiene similar a una amputación sin implante; se debe solicitar una radiografía del miembro amputado y se proporciona una hoja de información para su lectura, previa valoración por rehabilitación.

Resultados: Hasta la fecha, se han implantado 6 dispositivos sin complicaciones. Dada la naturaleza cardiovascular de nuestro servicio, la mayoría de pacientes no cumplen criterios de inclusión, especialmente aquellos con enfermedad arterial periférica.

Conclusiones: El dispositivo Keep Walking es un implante que permite mejorar la calidad de vida de los pacientes con amputaciones transfemorales, pudiendo llevar a cabo una actividad diaria mucho más cercana a la normalidad, disminuyendo el apoyo isquiático y el desgaste de la articulación, y mejorando la deambulación. Aunque la cantidad de pacientes candidatos es limitada, su implante ha demostrado mejorar la calidad de vida. A pesar de las limitaciones en la selección, observamos una evolución favorable, respaldando la continuación de la implantación para ofrecer los beneficios del dispositivo a la mayor cantidad de pacientes posible.

A-1705890030.

ACTUALIZACIONES EN EL ESQUEMA DE GESTIÓN DEL PACIENTE CON AFECCIONES VASCULARES

M.A. Astorino, I.M. Sánchez Salvador, T. González Vargas, J.F. Valderrama Marcos y E. Ruiz Alonso

Cirugía Cardiovascular, Hospital Regional Universitario de Málaga.

Objetivos: En la Unidad de Cirugía Cardiovascular, la gestión de pacientes vasculares con enfermedad arterial periférica representa una carga de trabajo sustancial, dado que esta patología afecta aproximadamente al 15-20% de las personas mayores de 70 años. Sin embargo, la prevalencia podría ser mayor al considerar individuos asintomáticos. Con el objetivo de mejorar la calidad asistencial, se implementaron cambios en el enfoque de gestión, resultando en una disminución de admisiones desde Urgencias y una reducción en las estancias hospitalarias, sin afectar la calidad del servicio, para así optimizar la atención y seguimiento del paciente vascular y lograr un tratamiento temprano, reducir hospitalizaciones y ofrecer atención especializada inmediata.

Métodos: Se introdujeron protocolos para distintas patologías vasculares, garantizando un enfoque sistemático en diversos procedimientos y evaluaciones clínicas. Se estableció una consulta de Enfermería Vascular para realizar tratamientos ambulatorios y seguimiento, coordinada con un cirujano. Además, se ha realizado una gestión más eficiente de los recursos para aumentar la realización de procedimientos de revascularización (endovasculares y quirúrgicos) y disminuir las amputaciones.

Resultados: Comparando enero a julio de 2023 con el mismo periodo en 2022, se observó una reducción significativa del 26,57%, en la duración media de la estancia hospitalaria. Simultáneamente, se registró un aumento del 14,01% en el número de pacientes atendidos, sin cambios en la complejidad de la patología, y una disminución del 16% en la tasa de mortalidad. Las estancias evitables disminuyeron en un 98%, mejorando el Índice de Utilización de Estancias a 1,01.

Conclusiones: La reorganización estratégica en el manejo del paciente vascular ha generado mejoras destacadas, como se evidencia en la significativa reducción de la estancia hospitalaria y el incremento en la cantidad de pacientes atendidos. Estos resultados respaldan la eficacia del nuevo enfoque de gestión, manteniendo inalterada la calidad de la atención clínica.

A-1705890444.

REVISIÓN DE TRATAMIENTO E INDICACIÓN QUIRÚRGICA EN PERICARDITIS PURULENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.A. Astorino, A. Guzón Rementería, T. González Vargas, P.J. Aranda Granados y E. Ruiz Alonso

Cirugía Cardiovascular, Hospital Regional Universitario de Málaga.

Objetivos: La pericarditis purulenta, excepcional en nuestro medio, conlleva una mortalidad del 40% sin tratar. Está originada por infecciones extendidas desde tejidos adyacentes o vía hematógena. La pericardiocentesis es esencial, seguida del análisis del líquido e instilación de antibióticos. Aunque irrigaciones con fibrinolíticos pueden ser beneficiosas, se prefiere la pericardiotomía subxifoidea en casos graves. La pericardiectomía se reserva para situaciones específicas, con una mortalidad quirúrgica del 8%. Los objetivos incluyen revisión del tratamiento médico, optimización de la terapia antimicrobiana, consideración de tratamientos adicionales e indicaciones quirúrgicas.

Métodos: Se presenta el caso de un varón, 60 años, con único antecedente exposición a tuberculosis en la infancia que acude a consulta por síntomas de insuficiencia cardíaca. Tras una radiografía de tórax que revela cardiomegalia, calcificación pericárdica extensa y derrame pleural, se realiza ecocardiografía y tomografía computarizada (TAC), sugiriendo además pericarditis constrictiva grave.

Resultados: Tras fracaso del tratamiento médico, se realiza pericardiectomía quirúrgica, evidenciando coraza pericárdica calcificada y bajo esta, para nuestra sorpresa, gran cantidad de *caseum* y pus, cuyo análisis revela *Mycobacterium tuberculosis*. Durante la hospitalización, se inicia tratamiento con Rimstar (etambutol/isoniazida, pirazinamida y rifampicina). El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta para finalizar tratamiento antibiótico de forma ambulatoria.

Conclusiones: Este caso subraya la complejidad del manejo de la pericarditis purulenta. La identificación y el tratamiento agresivo resultan esenciales; pero la recurrencia indica la necesidad de una revisión exhaustiva del enfoque terapéutico. Este caso ilustra la importancia de la vigilancia constante y la colaboración multidisciplinaria para garantizar el bienestar del paciente.

A-1705936131.

ELECTRODO INTRA-¿ARTERIAL?, A PROPÓSITO DE UN CASO

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

Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Caso clínico: Mujer de 88 años, con clínica de mareos de 2 meses de evolución que consulta a Urgencias por episodio sincopal asociado a crisis convulsiva, donde tras la realización de estudios complementarios y nuevo episodio convulsivo presenta asistolia por lo que se inicia RCP con recuperación posterior, dejando desde el punto de vista electrocardiográfico un bloqueo auriculoventricular completo que motiva el traslado a su centro hospitalario para inserción de un marcapasos definitivo. Luego de casi un mes desde su alta, la paciente reconsulta esta vez por presentar una clínica compatible con pérdida de visión de ambos ojos desde hace más de 10 días sin otra sintomatología por lo que se decide ingreso, y realización de TC craneal donde no se evidencian anomalías. Ampliando los estudios complementarios, es valorada por Cardiología, quienes tras realización de ecocardiograma evidencian lo que inicialmente parece ser el electrodo de marcapasos procediendo a través de la aorta, atravesando la válvula aórtica e insertándose en la pared del ventrículo izquierdo, sin valvulopatía aórtica significativa concomitante. Dado los hallazgos, se realiza una tomografía computarizada que confirma la inserción del cable de marcapasos endocavitario vía arteria subclavia derecha con trayecto transaórtico y con extremo distal alojado en ventrículo izquierdo. Se decide traslado a nuestro centro para la realización de la extracción del dispositivo de estimulación. La paciente es llevada a quirófano donde, previa a la retirada del electrodo en cuestión, es insertado vía transvenosa un nuevo electrodo de estimulación, y conectado a un nuevo generador al ser la paciente dependiente de marcapasos, además, por parte de cirugía vascular se realiza la introducción de una guía vía arterial (axilar derecha), la cual tras la retirada del electrodo transaórtico por tracción simple, se utiliza para comprobación de extravasación sanguínea mediante el uso de solución de contraste, evidenciándose ausencia de sangrados activos.

A-1705938039.

HALLAZGO INCIDENTAL DE MASA EN ARTERIA PULMONAR: HEMANGIOMA CAVERNOSO

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

Cirugía Cardíaca, Hospital de La Princesa.

Introducción: Los hemangiomas cardíacos son tumores primarios benignos muy infrecuentes. La mayoría de las veces son hallazgos incidentales en una autopsia o en un examen rutinario. Se localizan preferentemente en la aurícula derecha. Presentamos el caso de una paciente con hallazgo incidental de hemangioma cavernoso en la arteria pulmonar.

Caso clínico: Mujer de 71 años con antecedentes de HTA, DL, fumadora, ictus isquémico ACM, e hipotiroidismo que es aceptada para cirugía por insuficiencia aórtica severa y cardiopatía isquémica con enfermedad de dos vasos. Mediante CEC, se realiza SVAo por prótesis biológica

Trifecta nº 21. BPAC de AMI a DA y safena a IVP. Se observa masa de $3 \times 3 \times 3$ situada externamente en la arteria pulmonar a nivel de la válvula pulmonar infiltrando parcialmente el tracto de salida del VI que se reseca en su totalidad enviándose para análisis histopatológico. La anatomía patológica de la masa reveló una tumoración mesenquimal benigna, bien delimitada, vascular constituida por vasos de paredes gruesas, de luces dilatadas y con abundantes hematíes. Se acompaña de inflamación focal crónica y de tejido adiposo en la zona periférica, en su conjunto compatible con hemangioma cavernoso. El posoperatorio transcurrió sin complicaciones. El ecocardiograma de control posoperatorio no presentó imágenes sugerentes de recidiva del tumor.

Discusión: El hemangioma cardiaco es un tumor benigno de crecimiento lento poco frecuente, siendo extremadamente raro su localización en la arteria pulmonar. La ecocardiografía es un método preciso para su diagnóstico, requiriendo el examen histopatológico para su confirmación. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica y el pronóstico suele ser favorable. En nuestro caso la paciente tuvo una evolución satisfactoria tras la resección y se encuentra en seguimiento sin recidiva.

A-1705946046.

ANEURISMA DE ARTERIA RENAL

A. Ucelay Aristi¹, I. Barrero Barriga², C.A. Rodríguez Canedo¹, M. Núñez Sayar¹, L. García Alcalde¹, J.A. Sarraide Aguayo¹, T.A. García Moreno¹, V. Tascón Quevedo¹, C. Juárez Crespo¹, M. Fernández Gutiérrez¹, A. Pontón Cortina¹, J.F. Gutiérrez Díez¹, J.F. Nistal Herrera¹ e I. García Martín¹

¹Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

²Hospital de Cruces.

Introducción: Los aneurismas de la arteria renal (AAR) son una patología poco frecuente y silente, pero con graves complicaciones a largo plazo. En este estudio analizaremos la evolución de una paciente monorrenal con AAR tratada mediante autotrasplante renal.

Métodos: Presentamos una paciente de 64 años con antecedentes de nefrectomía izquierda por hidronefrosis y *bypass* aortorrenal (BAR) derecho con safena por displasia fibromuscular de la arteria renal. Tras un hallazgo casual de AAR por dolor en hipocondrio derecho, se realiza un TAC en el que se observa el BAR de 53×34 y un cuello de 10 mm. Tras el estudio del caso en un comité multidisciplinar, se decide cirugía abierta donde se observa un aneurisma del BAR calcificado que comprime cava, por lo que se realiza un autotrasplante seccionando vena renal y el BAR, arreglando la aorta con parche de pericardio y se realiza un BAR con Gore-Tex y suturando la vena renal a cava inferior. La evolución es favorable tanto clínicamente como analíticamente, con mejoría significativa de la función renal. Entre las opciones de tratamiento de los AAR que encontramos en la literatura tenemos el tratamiento endovascular, la cirugía abierta *in situ* y la cirugía *ex vivo* con autotrasplante. Aunque hoy en día la preferencia es el tratamiento endovascular por su mínima agresión y menores complicaciones, la decisión final dependerá de las consideraciones anatómicas, comorbilidades del paciente y experiencia del centro.

Discusión: En nuestro caso se optó por la cirugía abierta debido a la imposibilidad anatómica de implantar un *stent* por ausencia de zona de anclaje, y en concreto por el autotrasplante, ya que técnicamente facilitaba la reparación de los vasos.

A-1705948675.

ECMO EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA POR MIOCARDITIS FULMINANTE

M. Barquero Alemán, J. del Moral Martín, E.A. Rodríguez Caulo, N. Miranda Balbuena, C.J. Velázquez Velázquez y J.M. Barquero Aroca

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Virgen Macarena.

Objetivos: Valorar la utilidad de la terapia ECMO en parada cardiorrespiratoria en casos de *shock* cardiogénico.

Caso clínico: Paciente de 35 años que ingresa por fiebre de 4 días y dolor torácico. En ECG se observa bloqueo de rama derecha y ascenso de ST en I y AVL con descensos especulares en II, III, AVF, V3-V6. En ecocardiografía, derrame pericárdico con compromiso de cavidades derechas. En analítica TNT de 1637. Con sospecha de miopericarditis se activa hemodinámica para cateterismo urgente y descartar lesiones coronarias. Una vez descartadas el paciente pasa a Unidad Coronaria para vigilancia. A las horas de su ingreso comienza con sudoración, hipotensión, acidosis y aumento de láctico por lo que se decide comenzar infusión de inotrópicos. A pesar de ello el paciente no remonta requiriendo intubación orotraqueal, momento en el que sufre parada cardiorrespiratoria. En ese momento se empiezan maniobras de RCP y se contacta con el equipo de CCV de guardia para implante de ECMO emergente. Tras 1 hora de maniobras de RCP avanzada se consigue entrar en ECMO VA vía femorofemoral. Tras una semana en ECMO VA el paciente continúa sin recuperar función ventricular por lo que se contacta con Servicio Trasplantador para traslado a su centro. El paciente es incluido en lista de trasplante en alerta 0 siendo trasplantado a los 7 días. Cursa un posoperatorio tórpido con varias complicaciones, siendo la más destacable la amputación de uno de los miembros inferiores. Tras 2 meses en UCI el paciente es dado de alta a planta para comenzar su recuperación.

Discusión: La ECMO en parada cardiorrespiratoria es la única alternativa en algunos casos muy seleccionados. Es necesario disponer de un equipo entrenado para llevar a cabo un programa de ECMO en estas situaciones.

A-1705948987.

FENESTRACIONES *IN SITU* DE ENDOPRÓTESIS PARA EL TRATAMIENTO DE ANEURISMAS AÓRTICOS YUXTARRENALES Y TORACOABDOMINALES

M. Barquero Alemán¹, T. Bernabé Fernández¹, M. de Blas Bravo², E.A. Rodríguez Caulo¹, C.J. Velázquez Velázquez¹ y J.M. Barquero Aroca¹

¹Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Virgen Macarena. ²IMQ Zorrotzaurre.

Objetivos: Demostrar la utilidad y reproducibilidad de la fenestración *in situ* para casos de aneurismas de aorta yuxtarenal y toracoabdominal.

Caso clínico: Paciente de 76 años con múltiples antecedentes personales que se diagnostica de aneurisma de aorta yuxtarenal de 55 mm. El aneurisma comienza justo a nivel de arterias renales, estando una de ellas ocluida, lo que llevó a la pérdida funcional de un riñón. Las comorbilidades del paciente nos llevan a desestimar una cirugía abierta para tratamiento del aneurisma por ello, y considerando el caso idóneo para ello, nos planteamos tratamiento quirúrgico con endoprótesis fenestrada *in situ*. En quirófano, se despliega parte de la endoprótesis para proceder a hacer las fenestraciones para la arteria mesentérica superior y la arteria renal con un cauterizador, acto seguido le cosimos al borde de la fenestración una banda metálica para visualización por rayos. Tras ello, volvimos a plegar la endoprótesis y procedimos a su implante. Tras el implante de la prótesis, colocamos *stents* en arterias mesentérica superior y arteria renal. En angioTC de control se observó normoposicionamiento de la endoprótesis y los *stents*, así como ausencia de fugas.

Discusión: La fenestración *in situ* de endoprótesis es un procedimiento reproducible y seguro para los pacientes. Es necesario tener experiencia en el manejo e implante de endoprótesis aórticas para plantearse realizar este tipo de cirugía.

A-1705949207.**DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA CON PERFUSIÓN REGIONAL NORMOTÉRMICA Y CARDIOPLEJIA DE DEL NIDO PARA LA RECUPERACIÓN DE CORAZÓN Y PULMÓN EN ENTORNOS LOCALES Y PERIFÉRICOS. ESTUDIO PILOTO**

L. Alfonso Colomer¹, R. Aranda Domene², J. Blanco Morriño¹ y S.J. Cánovas López¹

¹Hospital Virgen de la Arrixaca. ²Hospital Clínic Barcelona.

Introducción: La donación en asistolia controlada es un procedimiento en auge que permite aumentar la disponibilidad de los órganos para trasplante gracias a la incorporación de terapias de soporte extracorpóreo, como la perfusión regional normotérmica (PRN). Si bien en el ámbito abdominal se cuenta con una mayor trayectoria en la aplicación de PRN, la obtención de órganos torácicos supone un reto mayor.

Métodos: En este estudio se explica una metodología basada en la aplicación de un minicircuito de clase IV y cardioplejia de del Nido (CDN) para la obtención de órganos de donantes en asistolia controlada, tanto en nuestra institución como en centros periféricos.

Resultados: El procedimiento ha sido realizado con éxito en 14 ocasiones en diferentes entornos. Este nuevo enfoque parece asociarse con una reducción en el pico de troponinas posoperatorias y el tiempo de estancia en UCI.

Discusión: La aplicación de PRN-toracoabdominal con CDN permite aumentar la biodisponibilidad de órganos viables para trasplante. La experiencia preliminar parece mostrar que se trata de un procedimiento seguro con potenciales beneficios a nivel de recuperación precoz del paciente.

Conclusiones: La PRN-TA con CDN es un procedimiento fácilmente replicable en entornos locales y periféricos que ofrece resultados no inferiores a los obtenidos mediante el trasplante de órganos de donantes en muerte encefálica.

A-1706466610.**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA EN LA MUJER EN NUESTRO CENTRO (HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA)**

M. Domingo Rivas¹, I. Sanchís Haba¹, E. Calderón Sánchez², R. Salsoso Rodríguez², F.J. Medrano Ortega², T. Smani Hajami², A. Ordóñez Fernández² y E. Gutiérrez Carretero¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. ²IBIS.

Introducción: La enfermedad cardiovascular es la principal causa de mortalidad entre las mujeres en nuestro país. No obstante, son pocas las mujeres operadas de cirugía de revascularización coronaria y se considera un factor predictor de mayor riesgo quirúrgico, según la calculadora EuroSCORE.

Objetivos: En este estudio describimos los casos operados en nuestro centro (Hospital Universitario Virgen del Rocío) de cirugía de revascularización coronaria en la mujer, sus factores de riesgo según la calculadora de EuroSCORE, así como, su supervivencia y evolución a largo plazo. ¿Han cambiado los resultados del *bypass* coronario en la mujer?

Métodos: La mediana de edad eran 61 años, entre 42 y 79 años. Entre sus antecedentes a destacar: 1 paciente padecía EPOC; 1 en prediálisis; 3 ACV previo; 1 AIT previo; 1 enfermedad vascular periférica. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo era del 50% en 23 pacientes y del 30-50% en 4.

Resultados: Entre 2020 y 2022 se han intervenido 27 mujeres de cirugía coronaria, suponiendo el 16,1% del total de intervenidos (27 de 168). En cuanto al número de injertos fueron 4 en 1 paciente, 3 injertos en 10 pacientes; 2 en 11 pacientes y 1 en 5 pacientes. Y tuvieron una supervivencia del 100% durante ese periodo.

Conclusiones: Para finalizar hemos de destacar que las mujeres son operadas de cirugía coronaria en un menor porcentaje que los varones y predominan los injertos multivaso. Parece ser que los resultados en cuanto a supervivencia han podido mejorar a lo largo de los últimos años. No obstante, debemos hacer un seguimiento mayor y con mayor tamaño muestral para poder generalizarlo.

A-1706132114.**IMPLANTE DE DAI SUBCUTÁNEO EN PACIENTE DE 10 KG CON RESINCRONIZADOR EPICÁRDICO PREVIO**

A. Pita Fernández, R. Pérez-Caballero Martínez, M. Centeno Jiménez, C.A. Pardo Pardo, R.H. Rodríguez-Abella González y J.M. Gil-Jaurena

Hospital General Gregorio Marañón.

Introducción: Describimos el caso de un niño de 10 kg al que se le implantó un DAI subcutáneo. No hemos encontrado publicado ningún otro implante en un niño de tan bajo peso.

Caso clínico: Paciente de 2 años y 10 kg con 3 cirugías cardíacas previas: 1º implante de cable en ventrículo izquierdo; 2º implante de cable en aurícula derecha y ventrículo derecho programándose en DDD. 3ª cirugía implante de nuevo cable en ventrículo derecho e izquierdo así como resincronizador epicárdico. En seguimiento presenta 2 episodios de taquicardia ventricular sin pulso que precisan de desfibrilación. Se decide programar para implante de DAI. Después de revisar opciones disponibles y literatura decidimos implante de DAI subcutáneo Boston tras pasar el screening. Hicimos una incisión en región medioaxilar izquierda (5º espacio intercostal). Disecamos el bolsillo para el generador por debajo de dorsal ancho y serrato anterior para evitar el decúbito de un dispositivo de gran tamaño en un niño tan pequeño. Utilizamos una segunda incisión a nivel de apófisis xifoides paraesternal derecha y tunelizamos el electrodo. Realizamos una tercera incisión tomando como referencia el extremo distal del electrodo 1 cm a la izquierda de la línea medioesternal. Se tunelizó el electrodo y se fijó el extremo distal y en la zona paraesternal derecha. Finalmente se conectó el generador al electrodo y también se fijó este. Comprobamos correcto posicionamiento de cable en radiografía portátil (misma posición que en estudio previo). Al final del procedimiento realizamos un test de desfibrilación con éxito. El paciente presentó una evolución favorable con una buena cicatrización de la herida sin decúbito. Por el momento no ha presentado descargas del dispositivo.

Discusión: El implante de DAI subcutáneo es factible por encima de los 10 kg.

A-1706193600.**6 MIXOMAS EN PACIENTE CON COMPLEJO DE CARNEY**

A. Miraglia, S. Torregrosa Puerta y J. Martínez León

Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

Objetivos: Compartir nuestra experiencia dada la peculiaridad del caso.

Caso clínico: Mujer de 59 a, diagnóstico por estudio genético de Complejo de Carney. Múltiples angiomixomas cutáneos. Suprarrenalectomía hace 12 años por lesión vascular. Neoplasia benigna de parótida intervenida hace 8 años. Bocio multinodular tiroideo. Fibroadenoma mama intervenido. Adenocarcinoma endometrial intervenido (más de 5 años libre de enfermedad). Ictus embólico hace 5 años sin secuelas. AF: madre con miocardiopatía dilatada portadora de DAI y padre con aneurisma de aorta. Derivada a nuestras CCEE por hallazgo causal en ETT de control de múltiples mixomas cardíacos. Paciente asintomática: no palpaciones ni clínica de IC asociada. Se realiza ETE y se confirma presencia de masa en AD sugestiva de mixoma 43 × 29 mm anclada a septo intraauricular y que se continúa

con masa en AI (probable FOP) de 11 × 12 mm. En AI se observa otra masa multilobulada, de densidad heterogénea, anclada a la base del velo posterior mitral que protruye en diástole a Vi de 26 × 11 × 15 mm. Cirugía realizada en normotermia por atriectomía derecha y ampliación incisión hacia techo de AI. Exéresis en bloque mixoma de AD y tabique auricular. Exéresis de 2 mixomas de 3 × 3 mm en cara posterior de cava inferior. Exéresis de 2 mixomas 3 × 3 mm en suelo de AI. Exéresis de mixoma anclado en anillo mitral a nivel de P2 de 20 × 15 mm (pequeña resección cuadrangular de velo) con plastia mitral con anillo asociada. Reconstrucción de techo de AI y tabique intraauricular con parche de pericardio bovino. Reconstrucción con otro parche de pericardio bovino de AD a corazón latiendo. Posoperatorio sin incidencia, alta a los 5 días de la cirugía con ETT de control: no IM ni CIA posquirúrgicas.

Discusión: El Complejo de Carney es un trastorno genético raro caracterizado por un mayor riesgo de que ciertos tumores crezcan en diferentes partes del cuerpo, como es el caso de nuestra paciente.

A-1706197352.

PROGRAMA DE ECMO PEDIÁTRICA EN MÁLAGA: SERIE 2022-2023. INCIDENCIA EN LA ERA POS-COVID

I.M. Sánchez Salvador, T. González Vargas, F. Vera Puente, E. Sarria García, A. Ortiz Garrido, C. Yun Catilla, J.C. Santos Palomino, J.C. González Perales, M.L. Recio Recio, C. Casado Sánchez y E. Ruiz Alonso

Cirugía Cardiovascular, Hospital Regional Universitario de Málaga.

Objetivos: La oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) es fundamental en el manejo de las cardiopatías congénitas o enfermedades respiratorias pediátricas. Destaca su uso como soporte cardiocirculatorio con ECMO venoarterial (V-A) en el manejo perioperatorio, *shock* séptico y reanimación cardiopulmonar y como soporte respiratorio con ECMO veno-venosa (V-V). Además, gracias al programa ECMO de traslado, multitud de pacientes son trasladados a nuestro centro para recibir asistencia.

Métodos: En 2022 y 2023 se implantaron un total de 22 ECMO, de las cuales 16 V-A (una reconvertida en V-V), 1 V-V y 5 de traslado (todas V-A, reconvirtiéndose una en V-V).

Resultados: En relación con la ECMO V-A, 5 fueron *shock* poscardiotomía, 4 preoperatoria, 3 *shock* sépticos, 2 insuficiencias respiratorias y 2 paradas cardiorrespiratorias (PCR). De estas, 4 casos fallecieron, 11 se destetaron y 1 fue reconvertida en V-V. Siguiendo con la ECMO V-V, la etiología fue neumonía por gripe B y la V-A reconvertida en V-V fue por PCR, falleciendo ambos. De las ECMO de traslado, encontramos 3 casos de *shock* séptico, 1 síndrome de aspiración meconial y 1 de displasia broncopulmonar (ECMO V-A reconvertida a V-V). De ellas, 2 fallecieron y 3 se destetaron. La edad media fue 1107 días (3 años) [1, 4547], y el peso medio 13,5 kg [3, 55]. Ocurrieron en total 8 fallecimientos, 5 en ECMO y 3 muertes hospitalarias, y 14 destetes con adecuada recuperación, con una estancia media en UCIP de 33 días y tiempo medio en ECMO de 12 días. Las complicaciones más frecuentes fueron insuficiencia renal, neumonía nosocomial, síndrome de arlequín, ataxia motora y disfagia.

Conclusiones: La ECMO supone una terapia fundamental en la resolución de patologías cardíacas, respiratorias, e incluso en la reanimación cardiopulmonar pediátrica, siendo esencial potenciar su uso para alcanzar a la máxima población posible.

A-1706206796.

PLASTIA MITRAL EMERGENTE EN HERIDA DE ARMA DE FUEGO

G. López-Peña López, Á. Pedraz Prieto, F. Higuero Cantonero, M. Ruiz Fernández, R.H. Rodríguez-Abella, G.P. Cuerpo Caballero,

D. Monzón Díaz, F.J. Rodríguez Lega, C. García Meré, S. Solís Gallego, L. Díaz Calvo, Á. Álvarez Tomás y Á. González Pinto

Hospital General Gregorio Marañón.

Introducción: La herida por arma de fuego es infrecuente en nuestro medio, siendo menos frecuente todavía la afectación cardíaca por su protección por el esqueleto óseo del tórax. Exponemos el caso de un paciente herido por arma de fuego con afectación cardíaca consistente en taponamiento y afectación valvular mitral que requirió cirugía emergente.

Caso clínico: Presentar un caso de afectación cardíaca por arma de fuego de múltiples proyectiles (perdigones) que impactaron en hemitórax izquierdo y abdomen. Varón de 20 años trasladado por el SUMMA tras sufrir un disparo. El paciente llega inestable con múltiples heridas por proyectiles. Realizado el TAC urgente, se objetivan múltiples perdigones en pared torácica, pulmón izquierdo, corazón, hígado, bazo, estómago y pared abdominal, así como derrame pericárdico. Un ecocardiograma confirma este como la causa de inestabilidad hemodinámica, hallando además un perdigón en el velo posterior mitral. Se traslada de forma emergente a quirófano, siendo intervenido conjuntamente por los servicios de Cirugía Cardíaca, Cirugía Torácica y Cirugía General. Mediante esternotomía media se drena el derrame pericárdico, sin observarse sangrado activo. Se han 4 proyectiles en pared del VI. Tras entrar en CEC y exponer la válvula mitral, se extrae un fragmento de miocárdico del VI y el perdigón del velo posterior, reparándolo mediante parche de pericardio y anuloplastia con banda posterior del nº 28. Tras salir de CEC, el equipo de Cirugía Torácica revisó el hemitórax izquierdo sin objetivarse sangrado, presentando el pulmón 3 hematomas de pequeño tamaño que no requieren intervención. Tras la hemostasia y el cierre esternal, los cirujanos generales revisaron el abdomen extrayendo varios perdigones y reparando 2 laceraciones hepáticas, 2 perforaciones gástricas, una en colon transversal y otra en descendente. La evolución posoperatoria fue favorable y exenta de complicaciones, siendo dado de alta tras 15 días de ingreso con una válvula mitral normofuncionante con insuficiencia residual trivial.

Discusión: El tiempo y la correcta toma de decisiones son clave en las heridas por arma de fuego. Dado que es frecuente la afectación de múltiples órganos, la priorización y coordinación de los diferentes equipos quirúrgicos implicados resulta crucial en estos casos.

A-1706293383.

ENFERMEDAD CORONARIA EN EL SÍNDROME DE COGAN: UN RETO TERAPÉUTICO

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

Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario 12 de Octubre.

Introducción: El síndrome de Cogan (SC) es una enfermedad inflamatoria crónica idiopática poco frecuente caracterizada por queratitis intersticial y anomalías vestibuloauditivas en adultos jóvenes, además de diversas manifestaciones sistémicas, como la vasculitis de grandes vasos (15-20% de los casos). Los pacientes que desarrollan aortitis grave presentan un mayor riesgo de mortalidad debido a complicaciones relacionadas con aneurismas aórticos, insuficiencia valvular aórtica y estenosis coronaria ostial.

Casos clínicos: Analizamos 2 casos de pacientes con antecedentes de SC con aortitis y vasculitis de gran vaso, que presentaron enfermedad coronaria y valvular con necesidad de abordaje quirúrgico. En ambos casos encontramos como consecuencia de la inflamación aórtica una oclusión completa del *ostium* de la coronaria derecha y una estenosis crítica del *ostium* del tronco coronario izquierdo. Un caso presentó

además valvulopatía aórtica severa concomitante. A pesar de tratamiento médico óptimo con glucocorticoides en combinación con inmunomoduladores, ambos pacientes presentaron una evolución desfavorable con angina refractaria y deterioro de clase funcional, precisando cirugía de revascularización coronaria ± reemplazo valvular aórtico. Sin complicaciones en el posoperatorio inmediato, ambos pacientes fueron dados de alta a los pocos días de la intervención. Con un tiempo de seguimiento de 83 y 6 meses, respectivamente, no han presentado complicaciones cardiológicas o fallecimiento durante el seguimiento.

Discusión: Estos casos ponen de manifiesto la afectación de las arterias coronarias y la válvula aórtica con la vasculitis de grandes vasos de la raíz aórtica, y el reto de elegir el mejor tratamiento en estos pacientes. La cirugía cardíaca es un abordaje seguro y factible para el manejo de la enfermedad arterial coronaria en pacientes seleccionados con SC. En cada paciente hay que realizar un abordaje personalizado, teniendo en cuenta la anatomía coronaria, la disponibilidad de injertos adecuados y la necesidad de cirugía concomitante dentro de una perspectiva multidisciplinaria.

A-1706298067.

EMPLEO DE MODELO 3D PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UNA FÍSTULA ARTERIOVENOSA EN CAYADO AÓRTICO. UN CASO INSÓLITO

C.I. Pérez Martínez¹, L. Lakunza Agirre², A. Sáenz Berbejillo¹, Á. Granda Bauza¹, R. Hernaez Moya², A. Aiastui Pujana², K. Muradas Mujika³, R. Voces Sánchez⁴, A. Forteza Gil⁵ y J.I. Gallo Mezo¹

¹Cirugía Cardiovascular, Policlínica Gipuzkoa. ²Instituto de Investigación Sanitaria Biogipuzkoa. ³Hospital Universitario Donostia. ⁴Hospital Clínico Universitario de Salamanca. ⁵Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Introducción: Las fístulas arteriovenosas traumáticas localizadas en aorta torácica son poco frecuentes. En la literatura están descritas muy pocas mediante el uso de circulación extracorpórea. El cierre de las mismas sigue siendo un reto para el cirujano dada las alteraciones vasculares que conllevan. Mostramos los beneficios que los modelos 3D y la reconstrucción tridimensional virtual aportan al emplearlos como herramienta complementaria en la planificación quirúrgica.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente varón de 38 años hipertenso refugiado sirio con antecedente traumático de bombardeo en 2012 con impacto de metralla en tórax. Acude para tratamiento quirúrgico por diagnóstico de fístula arteriovenosa a nivel del cayado aórtico, con función conservada. Para la planificación quirúrgica se realizaron 2 modelos 3D (tecnología FDM y PolyJet) para ver la relación anatómica de la aorta, la vena innominada, el trayecto fistuloso y el esternón. Asimismo, se realizó una reconstrucción tridimensional virtual de la red vascular venosa de la región de la subclavia derecha de cara al acceso quirúrgico para la canulación arterial. El paciente fue intervenido con éxito mediante la instauración primero de la circulación extracorpórea con acceso periférico para realizar la esternotomía media posteriormente. Mediante parada circulatoria con perfusión cerebral se realizó el cierre de la fístula desde la aorta ascendente. La ecografía intraoperatoria objetivó cambio de flujo pulsátil a lineal y ausencia de paso de flujo entre la aorta y la vena innominada tras el procedimiento.

Discusión: Los modelos 3D son una herramienta complementaria que aporta información morfológica a tamaño real a pie del enfermo facilitando la planificación quirúrgica para obtener una mejor compresión en patologías poco frecuentes y así obtener unos resultados óptimos.

A-1706300327.

CIA EN HIPERTENSIÓN PULMONAR: PARCHE VALVULAR UNIDIRECCIONAL COMO ALTERNATIVA PARA PREVENIR FALLO VD EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO

F. Altamirano Medel¹, C.A. Pardo Pardo², J.M. Gil-Jaurena², R. Pérez-Caballero Martínez² y A. Pita Fernández²

¹Hospital Universitario Puerta del Mar. ²Cirugía Cardiovascular Infantil, Hospital General Gregorio Marañón.

Introducción y objetivos: Las resistencias vasculares pulmonares elevadas secundarias a una CIA no corregida limitan la indicación quirúrgica por el riesgo de fallo VD en el posoperatorio inmediato o dificultad para la salida de CEC intraoperatoria. Planteamos una alternativa sencilla y sin coste adicional para estos pacientes.

Caso clínico: Paciente de 2 años de edad, síndrome de Down, con CIA tipo *ostium secundum* de 14 mm medida por ETE, sin borde aórtico. Con *shunt* "izquierda-derecha". Presiones pulmonares de: 36/12/27 mmHg, Qp/Qs 1,8. IRVP 3,2 UWm2ni. Se confeccionó parche valvular unidireccional: un parche circunferencial de pericardio bovino del diámetro aproximado de la CIA, al que se realiza una fenestración de 4 mm, se sutura a un segundo parche del doble del diámetro de la fenestración. En hora 6 se realiza una sutura de Gore-Tex que actúa como pivote entre ambos, permitiendo *shunt* en sentido D-I en caso de aumento de presiones derechas e hipertensión pulmonar de difícil manejo en el posoperatorio, o cerrando permanentemente el *shunt* I-D causante de los síntomas cuando se restablezcan las presiones normales en el circuito. La fenestración se orienta hacia el techo de la AD para evitar estenosis de la válvula AV. Buena salida de CEC en quirófano. Cursa un posoperatorio favorable en Unidad de Cuidados Intensivos, con ausencia de *shunt* I-D en ETT de control. Alta domiciliaria al día 9. Sin incidencias.

Discusión: El uso de parche valvular unidireccional no suma coste o tiempo de isquemia adicional a la cirugía y es una alternativa segura y coste efectiva para prevención de fallo VD durante el posoperatorio inmediato en pacientes con indicación límite de cierre de CIA.

A-1706301562.

FUGA PERIPROTÉSICA SEVERA INTRAOPERATORIA EN TAVI AUTOEXPANDIBLE: RESCATE CON PRÓTESIS BALÓN EXPANDIBLE VALVE IN VALVE

F. Altamirano Medel, P. Callero Hernández, A. Fontaine von Buchwald, M.Á. Gómez Vidal y T. Daroca Martínez

Hospital Universitario Puerta del Mar.

Introducción y objetivos: La principal ventaja de las prótesis transcáteter autoexpandibles es permitir su recogida y recolocación en caso de posición subóptima en quirófano. Una vez pasado el punto de "no retorno" existen casos de fuga periprotésica grave que no mejoran pese a expansiones posteriores con catéter balón. El rescate con prótesis balón expandibles pueden ser una solución en estos casos.

Caso clínico: Paciente de 78 años de edad con antecedente de ictus derecho, es intervenida por EAo grave sintomática de clase funcional III NYHA. Por vía axilar izquierda realizamos predilatación con balón 22 mm y posterior implante de prótesis autoexpandible Pórtico® 23 mm. Una vez colocada la válvula se evidencia fuga periprotésica grave por implante alto, que no remite pese a expansión con balón 24 mm. Ante el elevado riesgo quirúrgico para cambiar a cirugía convencional, se opta por implantar mediante el mismo acceso una prótesis balón expandible Sapient® 23 mm dentro de la otra prótesis. Resultado favorable en quirófano, quedando fuga periprotésica residual leve. Paciente cursa 24 horas de posoperatorio inmediato, con evolución favorable. Alta domiciliaria el día 4. En ETT de control previo al alta se describe fuga leve. Gradiente Máximo 15 mmHg y medio 8 mmHg. Al

año de evolución persisten gradientes bajos y no evidencian fuga periprotésica.

Discusión: Las prótesis balón expandibles gracias a su gran fuerza radial son una herramienta válida que el cirujano cardíaco debe saber implantar y tener dentro de sus opciones de uso, tanto para implante primario como para rescate en caso de fugas periprotésicas incoercibles de prótesis autoexpandibles.

A-1706307222.

TROMBECTOMÍA MECÁNICA BAJO SOPORTE CON ECMO

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

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

Caso clínico: Varón de 56 años sin antecedentes de interés, afecto de TEP bilateral de alta carga. Presenta insuficiencia respiratoria e inestabilidad hemodinámica, con intubación orotraqueal y 2 minutos de reanimación cardiopulmonar. Se implanta ECMO venoarterial (VA) percutánea transfemoral derecha, a pesar de lo cual mantiene hipoxemia severa: se decide realizar trombectomía mecánica y fibrinólisis intraarterial. A los 7 días se objetiva mejoría de la función ventricular derecha y foramen oval permeable (FOP). Al persistir la hipoxemia, se reconvierte a ECMO veno-arteriovenoso (V-AV), que a las 48 horas se desescala a ECMO veno-venoso (V-V, femoro-yugular). El paciente requiere varias tandas de prono-supinación, durante las que se observa cortocircuito derecha-izquierda que dificulta la progresión respiratoria, realizándose cierre percutáneo del FOP. Tras 20 días de soporte se retira la ECMO sin incidencias, con adecuada evolución posterior. El paciente fue dado de alta a domicilio sin soporte respiratorio. Las únicas complicaciones en relación con la ECMO fueron sangrado autolimitado pericánula arterial y necesidad de reparación de la arteria femoral con parche de pericardio.

Discusión: El TEP de alta carga presenta elevada morbimortalidad. Su tratamiento con ECMO en diferentes modalidades (V-A, V-AV, V-V) permite realizar trombectomía y dar el soporte hemodinámico y respiratorio necesario. Es importante el abordaje multidisciplinar.

A-1706381488.

PRÓTESIS MITRAL ON-X STANDARD FRENTE A CONFORM-X: ANÁLISIS DE RESULTADOS A LARGO PLAZO

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

Hospital Universitario de La Princesa.

Objetivos: Analizar el implante de prótesis ON-X mitral comparando Standard frente a Conform-X, tanto en cirugía aislada de sustitución valvular mitral (SVMa) como en cirugía combinada (SVMc).

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico que incluyó todas las cirugías con implante de prótesis ON-X desde 2003 a 2018.

Resultados: Se incluyeron 252 pacientes (164 Standard y 88 Conform-X). Las características basales fueron similares con una edad media de 65 años, sin diferencias en factores de riesgo y un EuroSCORE de 10,4% y 11,9%. La etiología reumática fue la mayoritaria en los 2 grupos. Hubo diferencias en el tipo de cirugía realizada: en el grupo Standard se realizó SVMa en el 50% y la SVMc fue con reparación tricuspídea en un 21%. En Conform-X un 40% fue SVMa y la SVMc se asoció con sustitución valvular aórtica hasta en el 33% de los casos. La mortalidad en el posoperatorio inmediato fue similar en ambos grupos, 11,6% y 11,8%, sin diferencias entre SVMa y SVMc. A largo plazo, con un tiempo medio de seguimiento de 5,3 años, se observó una mortalidad 28,5% en Stan-

dard frente a 15,2% en Conform ($p = 0,026$). Separando por tipo de cirugía, HR de Conform frente a Standard resultó: 0,23 (IC95% 0,03-1,75) en SVMa y 1,74 (IC95% 0,68-4,43) en SVMc. Además, observamos una tendencia a menos *leaks* paravalvulares (21,4 vs. 12,8%), trombosis protésica (0,72-0%) y disfunción valvular (3,6-0%) en el grupo de Conform, no estadísticamente significativo. Por otro lado, encontramos una mayor infección endocárdica a largo plazo en el grupo Conform-X (0,7 frente a 5,06%, $p = 0,04$).

Conclusiones: Las prótesis Standard y Conform-X mostraron buenos resultados posoperatorios con mortalidad ajustada a EuroSCORE. A largo plazo, observamos menor mortalidad en el grupo Conform con una tendencia a menos *leaks* paravalvulares, disfunción valvular y trombosis. Sin embargo, resultó mayor la endocarditis protésica en este grupo.

A-1706531344.

LAS ANOMALÍAS NO VIENEN SOLAS

M. García Bouza, N. García Borges y R. Martínez Sanz

Hospital Universitario de Canarias.

Caso clínico: Varón de 69 años sin antecedentes personales ni historia cardiovascular de interés que ingresa por síndrome coronario agudo sin elevación del ST Killip 1. En el cateterismo se objetiva enfermedad coronaria severa de tronco coronario distal, con la peculiaridad de presentar una anomalía congénita en las arterias coronarias. El TCI presenta lesión severa distal y se trifurca en arteria circunfleja, ramo intermedio y primera diagonal y en el SCD existen dos *ostium*, uno para la arteria coronaria derecha y otro para la arteria descendente anterior que no presentan lesiones. Al paciente se le realiza una revascularización miocárdica quirúrgica con 3 puentes con injertos de arteria mamaria interna izquierda a ramo intermedio y primera diagonal de forma secuencial y de vena safena a la obtusa marginal. No pudo ser posible progresar la sonda de la ETE en la preparación anestésica. El paciente es extubado en el quirófano y trasladado a la UCI. Llama la atención que el paciente refiere un dolor intenso precordial que al inicio se relaciona con la esternotomía, pero se asocia a enfisema subcutáneo sobre todo a nivel cervical. Se realiza un TC de tórax y se evidencia una perforación esofágica a nivel proximal de aproximadamente $3 \times 1,5$ cm. Se procede la intubación del paciente y realización de endoscopia donde se objetiva un divertículo de Zenker. La perforación esofágica se decide tratar con cambios periódicos de *endosponge*. La alimentación se realizó inicialmente por vía parenteral y posteriormente por vía enteral a través de una sonda transpilórica y finalmente a través de una gastrostomía. Tras un ingreso prolongado en UCI de 3 meses, el paciente sube a la planta de hospitalización y es dado de alta a las 3 semanas sin complicaciones cardiovasculares y resuelta una complicación iatrogénica con alta mortalidad.

A-1706597644.

RESULTADOS CIRUGÍA CARDÍACA CONGÉNITA DEL ADULTO

M.J. Mataró López, W. Alhoussaini, L. Rubio Lobato, R. Muñoz García, J.M. Melero Tejedor y C. Porras Martín

Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

Objetivos: La prevalencia mundial de cardiopatías congénitas está aumentando gracias a los avances quirúrgicos, lo que supone que más del 90% de pacientes con cardiopatías congénitas llegan a edad adulta. Presentamos nuestra casuística de pacientes intervenidos de cardiopatía congénita del adulto entre 2018 y 2023.

Métodos: Se han intervenido 43 pacientes, de los cuales 74,4% son mujeres (32 casos), con una edad media de 43,6 años (rango 17 a 76). Características preoperatorias destacables: 14% presentaba FA, el 30,2% tenía al menos una cirugía previa y en el 25,5% se había perfun-

dido levosimendán preoperatorio. Todos los pacientes se clasifican como cardiopatía congénita moderada. Hemos excluido la válvula aórtica bicúspide. Patología desglosada: 3 casos (7%) de anomalías coronarias (un caso ARCAPA, un caso de fístula entre DA y arteria pulmonar, una salida anómala de CD de seno aórtico); 9 casos (21%) de patología pulmonar (Fallot intervenidos, estenosis pulmonares congénitas); 6 casos (14%) de estenosis aórtica subaórtica por membrana o rodete fibromuscular; 19 casos (44%) de cirugía de septo interauricular (CIA seno venoso 3 casos, 1 a través de minitoracotomía derecha; CIA *ostium secundum* 14 casos, 7 de ellos mediante minitoracotomía derecha; CIA *ostium primum* 2 casos, asociando cierre de *cleft* mitral); 3 casos (7%) de drenaje venoso anómalo parcial (DVAP derecho 2 casos asociados a CIA seno venoso; DVAP izquierdo 1 caso, drenando a cava superior izquierda persistente); 1 caso de ventrículo derecho de doble cámara; 1 caso de estenosis pulmonar infundibular aislada; 1 caso de *cor triatriatum*.

Resultados: 3 pacientes (7%) presentaron sangrado posquirúrgico y 2 pacientes (4,6%) IAM perioperatorio. La mortalidad hospitalaria fue del 7% (3 pacientes). Un paciente precisó reintervención por hernia pulmonar.

Conclusiones: La cirugía congénita del adulto está en aumento, y dada su complejidad precisa una atención especializada.

A-1706552598.

CÓMO ACTUAR FRENTE A CATÉTER VENOSO CENTRAL TUNELIZADO IMPLANTADO EN CARÓTIDA ACCIDENTALMENTE

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

Hospital Universitario Virgen Macarena.

Introducción: La colocación de catéter venoso central tunelizado (CVCT) es un procedimiento frecuente en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) avanzada. La cateterización de la arteria carótida común (ACC) es una complicación infrecuente pero muy grave, por lo que es importante su diagnóstico y tratamiento precoz. Mostramos el manejo quirúrgico elegido dada la localización en tronco braquiocéfálico (TBC) de la lesión debido a cateterización arterial inadvertida de la ACC derecha.

Caso clínico: Mujer de 71 años con ERC estadio G5 pendiente de iniciar diálisis que ingresa de forma programada para colocación de catéter tunelizado yugular derecho con canulación sin incidencias inmediatas guiada bajo escopia. A las 24 horas, la paciente refiere dolor a la movilización del cuello, objetivándose hematoma con extensión a región supraclavicular derecha. Se realiza angiografía computarizada urgente donde se aprecia canulación de ACC derecha con punta de catéter en TBC. Dado el nivel de afectación, se decide intervención quirúrgica abierta urgente para retirada del CVCT previo control de TBC y ACC distal con *vessel loops* y posterior sutura directa con 2 bolsas de tabaco vía supraclavicular derecha. En el posoperatorio se mantiene hemodinámicamente estable, sin alteraciones neurológicas, hematoma supraesternal en resolución, pulso carotídeo derecho conservado y afebril.

Discusión: El tratamiento de las complicaciones arteriales derivadas del implante de CVCT se puede realizar con compresión local, vía endovascular o cirugía abierta; siendo esta última la más utilizada dado el riesgo de sangrado significativo. En ocasiones se puede ampliar incisión mediante miniesternotomía por afectación proximal del TBC, lo que evitamos en este caso con el acceso supraesternal derecho con extensión cervical.

A-1706639807.

MASA EN LA AURÍCULA DERECHA: ¿TROMBO O TUMOR?

C. Fernández de Vinzenzi, S. Casellas Casanovas, E. Roselló Díez, M. Molina Sánchez, J.F. Tabilo Ahumada, C. Gotsens Asenjo,

E. Pueblas, M. Taurón Ferrer, Á. Irabien Ortiz, L. Corominas García, J. Montiel Serrano y A.J. Ginel Iglesias

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

Objetivos: Dar a conocer el caso de un raro tumor endocavitario asintomático de diagnóstico casual.

Caso clínico: Paciente mujer de 44 años con antecedentes de miectomía, histerectomía y doble salpinguectomía por leiomiomatosis uterina en 2021. Consulta por clínica inespecífica de dolor abdominal y pirosis. En TC se observa ocupación de VCI con protrusión de masa hacia AD y ventrículo derecho. Debido al diagnóstico de mutación genética de protrombina, se orienta como trombosis y se inicia anticoagulación. Se decide intervención quirúrgica para retirada de masa intracardiaca. Con canulación venosa en cava superior (VCS) y femoral, sin oclusión aórtica ni de VCI y en posición acentuada de anti-Trendelenburg, se realiza apertura de AD y se extrae una masa no adherida, blanquecina y lisa de 8 × 2 cm. Tras cierre de atriotomía derecha y decanulación venosa, aparece nueva tumoración de similar tamaño. Se decide recanulación de VCS y VCI y extracción de la masa, esta vez con *clamp* aórtico y cardioplejia para optimizar la visualización, retirándose completamente. Posteriormente, es reintervenida por Cirugía Vascular realizándose extracción de restos tumorales en vena ilíaca derecha e inicio de VCI, sin complicaciones. La paciente presenta buena evolución posoperatoria. Los resultados de anatomía patológica son compatibles con leiomiomatosis.

Discusión: Las manifestaciones clínicas de la leiomiomatosis en VCI suelen ser inespecíficas. La similitud entre las masas y los trombos en las pruebas de imagen conlleva a errores diagnósticos. La planificación quirúrgica requiere de un equipo multidisciplinar. La resección completa del tumor es crucial para evitar recidivas.

A-1706571316.

CUANDO MENOS ES MÁS: INSUFICIENCIA MITRAL SEVERA POR DESPLAZAMIENTO DEL DISPOSITIVO DEL CIERRE DE OREJUELA

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

Cirugía Cardiovascular, Hospital Germans Trias i Pujol.

Objetivos: Presentación de solución quirúrgica de insuficiencia mitral severa aguda debida a migración del dispositivo de cierre percutáneo de la orejuela izquierda.

Caso clínico: Varón, 71 años, anticoagulado por fibrilación auricular paroxística con AIT previo, y antecedente de hemorragia digestiva. Se realiza cierre de orejuela izquierda con dispositivo Amulet 28 mm, complicado con *shock* cardiogénico SCAI-C e insuficiencia respiratoria aguda. Ecográficamente se evidencia la migración del dispositivo percutáneo hasta el aparato subvalvular mitral, generando una insuficiencia mitral severa. Se decide cirugía emergente. Por esternotomía media y bajo circulación extracorpórea, se realiza extracción del dispositivo enganchado en la parte del velo anterior, generando prolapso y rotura de cuerda en P1. El dispositivo fue extraído, se realizó una anuloplastia mitral con resección triangular P1. El tiempo de CEC y clampaje fue de 73 minutos y 54 minutos. El seguimiento ecográfico al alta y al mes reveló una resolución completa de la insuficiencia mitral, con un gradiente transmitral de 5 mmHg.

Conclusiones: La disponibilidad creciente de tratamientos percutáneos conlleva diferentes complicaciones iatrogénicas que a menudo resultan ser tributarias de tratamiento quirúrgico. Este caso destaca la relevancia de la vigilancia ágil y seguimiento posprocedimientos percutáneos, y la importancia de la intervención quirúrgica como la vía de resolución de las complicaciones agudas.

A-1706610364.**ESTIMULACIÓN FISIOLÓGICA CON ELECTRODO DE RAMA. A PROPÓSITO DE UN CASO**

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

Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Caso clínico: Varón de 81 años, exfumador, múltiples factores de riesgo tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, ERC estadio III, e IAM tipo 2 en contexto de hemorragia digestiva alta en 2022 por adenoma intestinal, quien es además portador de MCP DDDR desde febrero 2023 por síncope y trastorno severo de conducción infrahisiana, (QRS más de 180 ms posimplante). Acude el día 08/01/2024 a Urgencias por angina de reposo y disnea, por lo que se estudia y se evidencia enfermedad de 3 vasos. Ecocardiográficamente destaca una FEVI 30% con asincronía ventricular e hipocinesia, atribuida a dispositivo, todo por lo cual se decidió ingreso en Cardiología. Se presenta caso en sesión médico-quirúrgica, siendo aceptado para retirada de dispositivo de estimulación previo, e implante de electrodo de estimulación fisiológica (rama), y posterior actuación sobre su cardiopatía isquémica. Se implanta electrodo de rama, para mejorar sincronía y retrogradar QRS, con resultados satisfactorios. Se realiza intervención coronaria percutánea sobre la enfermedad coronaria, siendo el paciente dado de alta, sin incidencias. Se programa ecocardiograma control ambulatorio para valoración al cabo de 3 meses de la remodelación ventricular y valorar mejoría de la fracción de eyección.

A-1706618846.**ESTENOSIS BILATERAL DE INJERTO DE CABROL EN CIRUGÍA REOPERATIVA DE ARCO AÓRTICO**

G.P. Candela Navarro, A. García Valentín, E. Campos Carot, J.J. Montesino Villafranca, S. Souaf Khalafi, E. Bernabeu Sánchez, J. Meseguer Oller y A. Hurle González

Hospital General Universitario Dr. Balmis.

Introducción: Es conocida la asociación entre síndrome de Marfan y patología de aorta. Estos pacientes precisan cirugía aórtica a varios niveles, así como reintervenciones, a edad temprana. La aparición de complicaciones de intervenciones previas supone un reto en la planificación de las reintervenciones. Exponemos el caso de un paciente afecto de síndrome de Marfan con complicaciones de su cirugía previa.

Caso clínico: Paciente varón de 31 años con síndrome de Marfan, intervenido en 2014 por síndrome aórtico agudo, realizándose intervención de Cabrol con prótesis valvulada mecánica. El paciente consulta por dolor torácico atípico, apreciándose en la resonancia magnética crecimiento de aneurisma de arco aórtico de 11 mm en 12 meses, midiendo actualmente 45 mm. Se decide actitud quirúrgica, realizándose coronariografía preoperatoria al recambio de arco aórtico. De forma sorpresiva, esta muestra estenosis de ambas anastomosis del injerto de Cabrol previo a las pastillas coronarias, siendo la prótesis normofuncionante. Con estos datos se atribuye el cuadro clínico a fenómenos isquémicos, aunque se mantiene actitud agresiva y se decide reparar ambos problemas quirúrgicamente. Ante la dificultad técnica para acceder a las pastillas coronarias, se decide realizar derivación coronaria a descendente anterior con mamaria izquierda, y a coronaria derecha con mamaria derecha, ambas pediculadas, además de la sustitución de arco aórtico por prótesis Vascutek Siena de 30 mm con reimplante anatómico de troncos supraaórticos, bajo parada circulatoria y perfusión cerebral selectiva. La evolución del paciente es correcta, con complicaciones leves. Am-

bos injertos coronarios son normofuncionantes, con buenos flujos e índices de pulsatilidad.

Discusión: Este caso ilustra la importancia de la evaluación completa de los pacientes con cirugías previas de aorta, así como una técnica de fácil realización para la resolución de complicaciones en anastomosis de pastillas coronarias.

A-1706619000.**PERFUSIÓN MIOCÁRDICA CONTINUA DURANTE CIRUGÍA DE ARCO. A PROPÓSITO DE UNA COMPLICACIÓN INTRAOPERATORIA**

A. García Valentín, E. Bernabeu Sánchez, E. Campos Carot, G.P. Candela Navarro, S. Souaf Khalafi, J.J. Montesino Villafranca, J. Meseguer Oller y A. Hurle González

Hospital General Universitario Dr. Balmis.

Introducción: La protección miocárdica requiere cuidadosa planificación en cirugía de arco aórtico, pues a menudo los tiempos de isquemia miocárdica son prolongados. La estandarización de la perfusión miocárdica continua, aunque compleja en reoperaciones, ha sido defendida por muchos grupos. Exponemos un caso de complicación intraoperatoria grave en el que la perfusión miocárdica continua permitió la supervivencia del paciente.

Caso clínico: Paciente varón de 63 años intervenido en 2014 por disección aórtica tipo A de Stanford mediante técnica de Bentall-de Bono. En el seguimiento desarrolló dilatación aórtica de entre 40 y 50 mm a todos los niveles, siendo crítica en el istmo, donde alcanzaba los 79 mm. Se decidió realizar sustitución de arco aórtico y trompa de elefante congelada. La estrategia de perfusión fue compleja por pequeño diámetro de la luz verdadera en ambas axilares, requiriéndose canulación directa de la luz verdadera del arco. Previendo un tiempo de isquemia miocárdica prolongado, una vez pinzada la aorta ascendente distal se anastomosó un segmento de injerto recto al muñón distal del Bentall, que se canuló y pinzó para perfusión coronaria continua durante el resto del procedimiento. La cirugía se complicó con rotura del istmo aórtico hacia la pleura izquierda tras sutura protésica, que requirió toracotomía izquierda y sustitución de aorta descendente proximal con injerto recto. El tiempo de circulación extracorpórea fue de 9 horas, y el de isquemia visceral con hipotermia moderada, de 4. La isquemia miocárdica fue tan solo de 28 minutos, lo que permitió un destete de bomba sin problemas. Tras un posoperatorio complicado, el paciente pudo ser dado de alta a los 90 días.

Discusión: Este caso ilustra que la perfusión coronaria continua es factible en cirugía reoperativa de aorta, logrando tiempos de isquemia muy cortos que facilitan la estabilidad hemodinámica tras intervenciones largas y complejas.

A-1706619156.**RESULTADOS A CORTO PLAZO DEL ANILLO PHYSIO FLEX. ESTUDIO DESCRIPTIVO**

E. Bernabeu Sánchez, A. García Valentín, J.J. Montesino Villafranca, G.P. Candela Navarro, S. Souaf Khalafi, E. Campos Carot, J. Meseguer Oller y A. Hurle González

Hospital General Universitario Dr. Balmis.

Introducción: Existen múltiples anillos protésicos mitrales con diferentes características. El último modelo Physio Flex de Edwards, lanzado en 2022, permite una mejor dinámica anular durante el ciclo cardíaco. Nuestro objetivo es realizar un estudio observacional de los implantes realizados en el Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante, analizando datos hemodinámicos y seguimiento a corto plazo de los pacientes intervenidos.

Métodos: Se recopilaron los datos de los pacientes intervenidos en nuestro centro desde mayo de 2022, fecha del primer implante. Se recogieron datos demográficos y de riesgo perioperatorio, así como gradiente posoperatorio, fuga residual y datos de supervivencia hasta la fecha actual, realizando un análisis descriptivo.

Resultados: Obtuvimos 36 pacientes en que se realizó plastia mitral con anillo Physio Flex, con un 39% de casos en que se realizó un procedimiento añadido a la reparación mitral. La edad media fue de 60,7 años, siendo el 63,9% de la muestra hombres. El seguimiento medio fue de 314 días y la mediana de EuroSCORE II fue 1,2%. No hubo mortalidad posoperatoria inmediata ni en el seguimiento. Se logró la reparación mitral en todos los casos, con un tamaño medio de anillo de 33,3 mm, sin apreciarse asociación entre tamaño de anillo y superficie corporal. El gradiente medio fue de 3,7 mmHg. En 2 pacientes (5,6%) hubo una insuficiencia residual mayor que ligera (grado II). No se han registrado endocarditis ni reintervenciones en esta serie.

Conclusiones: Los datos preliminares de la serie de implantes de Physio Flex muestran adecuada seguridad y rendimiento hemodinámico del mismo. No se han apreciado complicaciones asociadas.

A-1706621421.

CORAZÓN DE HOJALATA

G.P. Candela Navarro, J.J. Montesino Villafranca, E. Campos Carot, A. García Valentín, E. Bernabeu Sánchez y S. Souaf Khalafi

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital General Universitario Dr. Balmis.

Introducción: La pericarditis constrictiva es una patología de difícil diagnóstico que precisa un elevado grado de sospecha, dado el solapamiento de su espectro clínico con otras patologías y lo insidioso de la aparición de los síntomas. Aunque en el laboratorio de hemodinámica se realiza el diagnóstico definitivo mediante un cateterismo derecho con medida invasiva de presiones, es preciso completar el estudio con resonancia para hacer el diagnóstico diferencial con, por ejemplo, la miocardiopatía restrictiva.

Caso clínico: Paciente varón de 51 años de edad en seguimiento por Cardiología de zona desde hacía 8 años por hallazgo casual en radiografía de tórax de calcificación pericárdica. Durante la evolución, el paciente desarrolla fibrilación auricular y empeoramiento progresivo de su disnea junto a un marcado incremento progresivo de la calcificación pericárdica en las pruebas de imagen realizadas, que incluso infiltra el miocardio a distintos niveles. A pesar de rechazar inicialmente la cirugía, es finalmente remitido para pericardiectomía antefrénica bilateral que se llevó a cabo sin incidencias. El posoperatorio transcurrió sin complicaciones y fue dado de alta precozmente. En la primera valoración en Consultas Externas relata mejoría sintomática franca, con mejoría ulterior, estando actualmente en clase funcional I de la New York Heart Association.

Discusión: Aunque existen múltiples causas de calcificación miocárdica (infarto, sepsis, insuficiencia renal, etc.), en este caso la progresión hacia el interior del tejido cardíaco provocó daño tisular. Es importante recordar que la pericarditis constrictiva calcificada puede progresar a lo largo del tiempo y constituye una causa conocida de deterioro de la capacidad funcional que puede ser corregida quirúrgicamente de forma segura y efectiva.

A-1706621747.

TROMBOSIS DE BIOPRÓTESIS PERCEVAL EN PACIENTE ANTICOAGULADA

G.P. Candela Navarro, J.J. Montesino Villafranca, E. Campos Carot, A. García Valentín, E. Bernabeu Sánchez y S. Souaf Khalafi

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital General Universitario Dr. Balmis.

Introducción: La estenosis aórtica es la valvulopatía primaria que con más frecuencia requiere tratamiento quirúrgico o percutáneo en Europa y Norteamérica. Además, su prevalencia está aumentando rápidamente debido al envejecimiento de la población. Ante el crecimiento del número de implantes transcáteter, son diversas las alternativas que la industria proporciona para hacer frente a este problema creciente de salud. Una de ellas es la creación de prótesis sin sutura para simplificar los implantes valvulares.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente mujer sometida a implante de bioprótesis Perceval S a los 75 años de edad por estenosis aórtica severa sintomática. Como antecedentes a reseñar presenta fibrilación auricular anticoagulada con edoxaban. 2 años después del implante valvular (a los 77 años), y tras una resolución completa de sus síntomas, reingresa por síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST de alto riesgo en el contexto de oclusión embólica de arteria descendente anterior que se trata en el laboratorio de Hemodinámica y posterior embolia en miembro inferior derecho sometida a embolectomía quirúrgica. En ecocardiografía transtorácica se objetivan gradientes transprotésicos elevados no conocidos, y se diagnostica mediante tomografía computarizada de trombosis protésica. Ante los embolismos repetidos estando correctamente anticoagulada, se decide cirugía de reemplazo valvular aórtico por nueva bioprótesis, esta vez CE Magna Ease de 19 mm. La cirugía y el posoperatorio transcurren sin incidencias, y la enferma es dada de alta a los 7 días de la intervención ante evolución favorable. En ecocardiografía de control se observa prótesis normofuncionante con gradientes dentro de la normalidad.

Discusión: Aunque infrecuente (máxime sobre bioprótesis y con anticoagulación oral), la trombosis protésica es una patología bien conocida que, en el caso de embolismos repetidos con trombo extenso precisa cirugía de recambio valvular.

A-1706622359.

ANEURISMA DE AORTA MICÓTICO MÚLTIPLE ROTO. MANEJO CONVENCIONAL E HÍBRIDO

J.F. Valderrama Marcos, I. Tribes Caballero, M. A. Astorino, M. Torres de Loma-Ossorio, I.M. Sánchez Salvador, S. González González, A. Sadek Dorgham, R. Castillo Martín, I. Díaz de Tuesta Revilla, T. González Vargas, A. Guzmán Rementería, E. Sarria García, M. Barquero Alemán, J.M. Barquero Aroca y E. Ruiz Alonso

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: Los aneurismas de aorta micóticos (AAMi) son raros (0,6-2% de los aneurismas aórticos en Europa), de rápida evolución, alta tendencia a la rotura y mortalidad elevada. Su manejo se ve frecuentemente condicionado por la infección concomitante. Describimos nuestra aproximación terapéutica ante los AAMi mediante el ejemplo de un caso clínico con múltiples AAMi, 2 de ellos con rotura aguda.

Caso clínico: Paciente varón 56 años fumador con cuadro catarral y fiebre. Hemocultivo positivo a *S. pneumoniae*. Leucocitosis (29.200) y trombocitosis (723.000), PCR 238, Hb 9,1, previa 13,8. AngioTAC abdominal: rotura contenida AAA 8,5 cm. Se descarta tratamiento endovascular por bacteriemia. Cirugía emergente, *bypass* axilo-bifemoral + resección aorto-iliaca infrarrenal + omentoplastia. 3 días después, rotura de aneurisma de cayado aórtico de 5,8 cm + pseudoaneurismas en aorta torácica descendente. Cirugía: parada circulatoria, resección cayado aórtico + endoprótesis de aorta torácica descendente con liberación retrógrada desde aorta torácica descendente proximal + *bypass* aorto-aórtico y transposición de troncos supraaórticos (tronco braquiocefálico, carótida izquierda y a. subclavia izquierda). Buena evolución inicial con extubación precoz de cirugía

abdominal que precisa embolectomía a las 24 y nuevamente a las 48 h debido a falta de respuesta a dosis habituales de heparinización. Aislamiento de *Candida glabrata* en cultivo de aorta abdominal. Rotura de aneurisma de cayado aórtico a los 3 días, no valorado previamente por no estar el estudio extendido a zona torácica alta. Cirugía de cayado aórtico precisa reesternotomía exploradora por sangrado sin encontrar punto sangrante.

Discusión: Los AAMi múltiples son una entidad de difícil manejo, con alto riesgo de rotura que precisan un abordaje terapéutico agresivo mediante cirugía convencional anatómica, extraanatómica e híbrida en función del segmento afectado. La resección aórtica y cirugía extraanatómica abdominal puede condicionar el abordaje endovascular de la aorta torácica o cayado aórtico en una cirugía posterior.

A-1706627558.

DISECCIÓN DE AORTA IATROGÉNICA EN PACIENTE CON COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR POSTINFARTO

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

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

Objetivos: Mostrar una patología infrecuente, la comunicación interventricular postinfarto. Conocer las opciones terapéuticas y complicaciones.

Caso clínico: Paciente de 56 años, ingresado por infarto agudo inferior de miocardio Killip III. Se realizó coronariografía que evidenció enfermedad de 2 vasos, realizándose angioplastia en coronaria derecha, sin conseguir buen flujo distal. A las 24 horas, presentó soplo de nueva aparición. El ecocardiograma confirmó una CIV basal de 3 cm. Se trasladó a nuestro centro para cirugía urgente. Dado la carga reciente de doble antiagregación y disfunción ventricular derecha severa, se decidió optimización previa a la intervención y manejo conservador inicial. Se implantó balón de contrapulsación intraaórtico. A las pocas horas presentó rápido deterioro hemodinámico y se implantó ECMO venoarterial. Durante el implante se visualizó *flap* en aorta descendente, por lo que se realizó tomografía computarizada, que confirmó disección de tercio/mitad proximal de aorta descendente iatrogénica en relación con el balón (mitad distal en luz falsa y mitad proximal en verdadera), por lo que se retiró. Se descartó tratamiento endovascular de la disección. Se programó cirugía al quinto día del diagnóstico, hasta entonces permanecía con apertura valvular aórtica. A su llegada a quirófano presentaba ausencia de pulso en presión arterial. Antes de iniciar la cirugía, presentó fibrilación ventricular. En la ETE se objetivó progresión retrógrada de la disección hacia raíz aórtica, con trombosis de la misma y oclusión coronaria trombótica. Se decidió no proseguir con la cirugía. El paciente fue *exitus*.

Discusión: La CIV es una complicación grave con elevada mortalidad, que requiere intervención quirúrgica urgente. El implante de un dispositivo de soporte circulatorio para optimización del paciente previo a la intervención puede ser una opción, aunque presenta riesgos propios que pueden ser muy graves, como es la disección de aorta.

A-1706629311.

INGESTIÓN DE CUERPO EXTRAÑO COMO ETIOLOGÍA ATÍPICA DE UN PSEUDOANEURISMA EN LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR

I.M. Sánchez Salvador, M.A. Astorino, E. Sarria García, F. Vera Puente y E. Ruiz Alonso

Cirugía Cardiovascular, Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: La etiología más frecuente de los pseudoaneurismas arteriales es la traumática, siendo la ingestión de cuerpo extraño una causa inusual, debido a lo cual este caso genera especial interés para la práctica clínica.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 4 años, llevado al servicio de urgencias en 6 ocasiones debido a dolor abdominal, vómitos y fiebre intermitente durante 2 semanas. A pesar de investigar diversas causas como hepatitis A o adenitis mesentérica, no se alcanzó un diagnóstico definitivo. Ante persistencia del dolor abdominal y disminución de hemoglobina, se realizó un angioTC de aorta que reveló la presencia de 2 cuerpos extraños lineales en asas intestinales, ubicados en el ángulo de Treitz, uno de ellos perforándolas y provocando un pseudoaneurisma en la arteria mesentérica superior (AMS). A través de laparotomía media y disección por planos se localiza la AMS pseudoaneurismática, de la cual se extrajo un cuerpo extraño metálico no identificable. Se reparó mediante parche de vena safena interna autóloga invertida. El segundo cuerpo extraño se localizó en hemiabdomen izquierdo mediante escopia, sin causar lesiones estructurales, y se extrajo íntegro. El paciente presentó una evolución favorable y fue finalmente dado de alta.

Discusión: Tras revisión bibliográfica, se concluye que la ingestión de cuerpo extraño es una etiología infrecuente de pseudoaneurismas viscerales, por lo que su diagnóstico representa un desafío en ausencia de sus causas más comunes, siendo necesaria una sospecha clínica elevada para llegar a un diagnóstico preciso.

A-1706635643.

EXPERIENCIA INICIAL CON IMPELLA 5.0 Y 5.5 COMO PUENTE HACIA EL TRASPLANTE CARDIACO

R.A. Arévalo Abascal, C. Amorós Rivera, N. Arce Ramos, B. Segura Méndez, Y. Carrascal Hinojal, E. Velasco García, I. Vázquez Alarcón de la Lastra, D.D. Feliz Pérez, R. Bernal Esteban, I. Velasco Caldeiro y J. Bustamante Munguira

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: Describimos nuestra experiencia inicial utilizando el dispositivo Impella 5.0 y 5.5 con Smart Assist como puente al trasplante cardíaco.

Métodos: Desde enero de 2022 hasta enero de 2024 se trasplantaron en nuestro hospital 9 pacientes con un dispositivo ventricular izquierdo temporal (Impella 5.0 y 5.5 Smart Assist).

Resultados: Todos los pacientes se trasplantaron con Impella logrando una mejoría en las presiones pulmonares, sin necesidad de intubación respiratoria. La mediana de edad de los pacientes fue de 60 años (rango de 44 a 67 años); el 83% eran hombres. La duración media del soporte desde el implante del mismo hasta el trasplante cardíaco fue de 40 días (rango de 6 a 81 días). La mediana de estancia hospitalaria después del trasplante fue de 20 días (rango de 15 a 108 días). El dispositivo Impella se implantó a través de la arteria axilar derecha en todos los pacientes. Las complicaciones relacionadas con el Impella sucedieron en 3 pacientes: uno de ellos presentó infección de la zona axilar derecha que requirió reemplazo del dispositivo, en otro se describió una neuropatía del plexo braquial que mejoró con rehabilitación; y finalmente en un tercer paciente hubo un fallo del dispositivo tras 2 meses desde su implante que tuvo que ser reemplazado por un nuevo Impella. La supervivencia global fue del 100% al alta hospitalaria. Durante el seguimiento observamos una supervivencia del 100% y todos los pacientes mejoraron significativamente su clase funcional y su calidad de vida.

Conclusiones: El dispositivo Impella, utilizado como puente al trasplante, permite a los pacientes continuar con su rehabilitación respiratoria y motora gracias a su abordaje axilar y a su menor comorbilidad respecto a otros dispositivos ventriculares izquierdos. A pesar de presentar algunas complicaciones tras su implante, estas

se resolvieron satisfactoriamente, logrando un 100% de supervivencia tras el trasplante.

A-1706636175.

ACTUALIDAD DE LA TÉCNICA DE DOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

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

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Puerta de Hierro.

Introducción: Pese a que la identificación de los aneurismas ventriculares tuvo lugar en un momento precoz en la historia de la Medicina y la Cirugía (Hunter, 1757), el conocimiento de su fisiopatología y su relación con la oclusión coronaria no llegaría hasta el siglo xx. Los primeros casos de tratamiento quirúrgico exitoso se retrasarían aún más, describiéndose las primeras técnicas ya pasada la primera mitad del siglo. El tratamiento percutáneo temprano de la enfermedad coronaria ha convertido al aneurisma ventricular en una complicación infrecuente hoy en día.

Objetivos: En este trabajo pretendemos, a través del análisis de un caso, aportar una visión global de la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de esta lesión y facilitar el manejo por parte de los cirujanos más jóvenes de una patología cada vez menos prevalente pero que aún afecta a algunos de nuestros pacientes.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica que acompañamos de la iconografía clínica de un paciente diagnosticado y tratado en nuestro servicio mediante la técnica de plastia endoventricular circular descrita por Dor. Se trata de un varón de 65 años con miocardiopatía dilatada isquémica por IAM anterior extenso no revascularizable, con FEVI prequirúrgica del 17% y VTDVI de 301,9 mL. Tras el tratamiento quirúrgico se constata FEVI del 27,8%, VTDVI de 159,5 mL y mejoría de la clase funcional, sin complicaciones arrítmicas en un seguimiento superior a 9 meses.

Conclusiones: Un análisis riguroso de la bibliografía es fundamental para revivir y acercar al cirujano a la amplia experiencia de más de 900 casos del Dr. Vincent Dor en el tratamiento de una patología actualmente en descenso en nuestra población. Resulta imprescindible enfatizar ciertos puntos críticos de la cirugía para optimizar la geometría, la hemodinámica y reducir las complicaciones arrítmicas.

A-1706636950.

EXPRESIÓN DE LA MUTACIÓN DEL GEN ACTA2: ENFERMEDAD ANEURISMÁTICA AÓRTICA FAMILIAR NO SINDRÓMICA

D.D. Feliz Pérez, R. Bernal Esteban, I. Velasco Caldeiro, A. Arévalo Abascal y J. Bustamante Munguira

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción: La enfermedad aórtica aneurismática no sindrómica (EAAns) se caracteriza por la formación de aneurismas y disección aórtica a edades tempranas, herencia autosómica dominante, expresión variable y penetrancia incompleta. Las mutaciones del gen ACTA2 (cadena alfa-actina) se encuentran implicadas en la EAAns. Otros genes descritos incluyen: PRKG1 (proteincinasa dependiente del GMPc), MYH11 y MYKL (cadena pesada y ligera de miosina).

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 54 años hipertenso con muerte materna por disección aórtica (53 años), hermano (caso índice, ACTA2 mutado, seguido en consulta de cardiopatías familiares) intervenido (44 años) de síndrome aórtico agudo (SAA)

tipo B y, 2 años después, tipo A (SAAA), tío materno intervenido (SAA) y primo fallecido. En seguimiento cada 2-3 años, confirmado ACTA2 mutado. Primer control ecocardiográfico: aorta ascendente (AoAsc) dimensiones normales, siguiente: AoAsc dilatada. Unión sinotubular y raíz normodimensionadas. Angiorresonancia cerebral: polígono de Willis íntegro, sin patología aneurismática. Trasladado a Urgencias por dolor torácico atípico, crisis hipertensiva, sin focalidad neurológica, pulso de Corrigan. Descartan síndrome coronario. Dímero-D elevado, angioTAC de arterias pulmonares descarta tromboembolismo y objetiva SAAA desde AoAsc tubular hasta aorta descendente (tipo I DeBakey), troncos supraaórticos (TSA) íntegros, se realiza betabloqueo endovenoso y cirugía emergente. Ecocardiografía intraoperatoria diagnóstica, insuficiencia aórtica severa, raíz aórtica íntegra, se decide cirugía de Wheat: disección deltopectoral, heparinización sistémica, canulación axilar derecha. Esternotomía media, canulación venosa central, circulación extracorpórea (CEC). Hipotermia moderada, disección de TSA, cardioplejia bajo parada circulatoria (PC), perfusión cerebral anterógrada selectiva. Resección de aneurisma, anastomosis distal, finalización de PC, clampaje del injerto, sustitución valvular aórtica, anastomosis proximal. Desclampaje, progresión normotérmica, desconexión de CEC. Protaminización y hemostasia. El diagnóstico de EAAns es de exclusión, tras descartar síndromes genéticos, precisa asesoramiento genético, estudio familiar imagenológico periódico y molecular. Se recomienda cribado cada 5 años en familiares sanos hasta descartar el diagnóstico (Recomendación I, Evidencia C).

A-1706641119.

DESFIBRILADOR SUBCUTÁNEO CON PARCHES DE PERICARDIO

R. Bernal Esteban, N. Arce Ramón, M. Sandin Fuentes, E. Velasco García, I. Vázquez Alarcón de la Lastra, D.D. Feliz Pérez, I. Velasco Caldeiro, J. Bustamante Munguira, A. Arévalo Abascal, C. Amorós Rivera, B. Segura Méndez e Y. Carrascal Hinojal

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción: Los desfibriladores implantables subcutáneos (S-DAI) son una evolución en el tratamiento con DAI que evita la necesidad de implante endovenoso de electrodo. Reduce las complicaciones asociadas tales como dislocación, rotura de electrodo, trombosis venosa o infección endovascular. Los pacientes más beneficiados en su uso son aquellos que necesitan un implante a una edad temprana, aquellos que tienen accesos vasculares difíciles o imposibles o aquellos con complicaciones derivadas del electrodo endovenoso.

Caso clínico: Varón de 48 años con poco tejido celular subcutáneo y escaso desarrollo muscular. Antecedentes de miocardiopatía arritmogénica, disfunción biventricular y portador de DAI desde hacía 8 años, con una extracción y reimplante contralateral del dispositivo hace 4 años por infección local. Ingresó por disfunción del electrodo ventricular del DAI por lo que precisó de nueva extracción de dispositivo y se decidió implante de S-DAI. Se realizó extracción de electrodos de DAI con tracción simple sin complicaciones. Incisión a nivel de línea axilar media, disección hasta el serrato anterior y dorsal ancho donde se creó la bolsa del generador. Tunelización del cable desde la bolsa hasta región paraesternal inferior, posteriormente en paralelo y por encima del esternón hasta el tercio superior. El generador se fijó al plano muscular profundo y se puso una membrana de pericardio Tisgenx 6 × 8 en la bolsa recubriendo el generador. Se comprobó buen funcionamiento del dispositivo. Buena evolución clínica con alta a su domicilio al día siguiente.

Discusión: Los S-DAI se implantan justo bajo la piel. La colocación de la membrana de pericardio nos ayuda en paciente con bajo IMC, poco tejido celular subcutáneo o poco desarrollo muscular a disminuir el riesgo de extrusión del dispositivo.

A-1706641937.**TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA TRAS CIRUGÍA CARDIACA COMO PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA**

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

Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Álvaro Cunqueiro.

Objetivos: La infección de sitio quirúrgico (ISQ) es una de las infecciones más frecuentes relacionadas con los cuidados sanitarios. La incidencia de ISQ tras CABG es aproximadamente del 1.9%. Su complicación más grave es la mediastinitis, que se asocia a alta mortalidad, disminución de la supervivencia a corto y largo plazo, aumento de estancia hospitalaria y aumento de los costes sanitarios. Realizamos una revisión de la literatura de la ISQ tras cirugía cardíaca y proponemos un protocolo para prevenirla mediante el uso profiláctico de la terapia de presión negativa (TPN).

Métodos: Se describen los principales aspectos de la infección de herida esternal: la clasificación, los factores de riesgo, microorganismos causantes y los principales efectos sobre los resultados en la asistencia sanitaria. También se realiza una revisión de la literatura sobre el uso profiláctico de TPN como prevención de la infección de esternotomía.

Resultados: Basándonos en la escala de Fowler y los factores de riesgo asociados a infección, proponemos un protocolo para implementar el uso de TPN profiláctica para evitar la ISQ tras cirugía cardíaca.

Conclusiones: La mediastinitis es una de las complicaciones infecciosas más graves en cirugía cardíaca ya que se asocia a resultados posoperatorios desfavorables, incluyendo una alta mortalidad. Es importante identificar a los pacientes de alto riesgo de ISQ para implementar medidas preventivas y tratamiento precoz. El uso profiláctico de TPN en pacientes seleccionados de alto riesgo podría ser beneficioso para prevenir la mediastinitis y sus consecuencias.

A-1706642500.**AMPLIACIÓN DEL ANILLO AÓRTICO MEDIANTE LA TÉCNICA DE INCISIÓN EN “Y” DEL DOCTOR YANG (“YANOUGUIAN”)**

J. del Moral Martín, M. Barquero Alemán, T. Bernabé Fernández, N. Miranda Balbuena y E.A. Rodríguez Caulo

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Virgen Macarena.

Objetivos: Demostrar que la técnica de incisión en “Y” del Doctor Yang (“Yanouguián”) para ampliar el anillo aórtico es una opción adecuada a la hora de sustituir la válvula aórtica en casos de anillos muy pequeños.

Caso clínico: Varón de 64 años, intervenido de estenosis aórtica mediante sustitución valvular con prótesis biológica Trifecta nº 21 presenta endocarditis protésica por *Candida parapsilosis* con candidemia persistente a pesar del tratamiento antifúngico. La prótesis se muestra normofuncionante en la ETE. Se decide intervenir quirúrgicamente mediante resustitución de la válvula aórtica. Para ello, se realiza exéresis de la prótesis previa, ampliación del anillo aórtico según técnica de incisión en “Y” del Doctor Yang con parche de pericardio, y posterior implante de prótesis biológica Perimount nº 27 en posición supraanular. Esta técnica de ampliación consiste en la apertura del seno no coronario a nivel de su nadir y, una vez cortado el anillo aórtico inmediatamente por debajo en la cortina mitroaórtica, ampliar la incisión lateralmente unos 2,5-3 cm hasta situarnos a 5-6 mm de la coronaria izquierda por el lado izquierdo y hasta la comisura entre el seno derecho y el seno no coronario por el lado derecho, sin necesidad de introducirnos en aurícula ni en ventrículo. El paciente cursa buen posoperatorio inmediato en UCI siendo trasladado a planta a los 4 días. Finalmente, es dado de alta a su domicilio 9 días después de la intervención con hemocultivos negativos y afebril.

Discusión: La técnica de incisión en “Y” del Doctor Yang (“Yanouguián”) es una técnica fácil, reproducible, con muy buenos resultados y baja morbilidad, incluso en reintervenciones, que permite ampliar el anillo aórtico de 3 a 5 tamaños sin seccionar la aurícula izquierda ni la válvula mitral.

A-1706644845.**ROTURA CONTENIDA DE ANEURISMA VERDADERO VENTRICULAR IZQUIERDO EN PACIENTE CON SOSPECHA DE ROTURA CARDIACA**

A.I. Garzón Furné, M. Vázquez Marfil, M. Pérez-Calvo Saldaña, G. Laguna Núñez, L.M. Nuila Durán y J.M. Garrido Jiménez

Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Objetivos: El aneurisma ventricular izquierdo posinfarto es una complicación mecánica del infarto agudo de miocardio poco frecuente, pero que empeora el pronóstico del paciente. Se presenta un caso de aneurisma ventricular izquierdo roto y su intervención emergente.

Caso clínico: Paciente de 66 años que ingresa en UCI por infarto anterolateral evolucionado. Ante empeoramiento del paciente, con clínica de insuficiencia cardíaca y eventos arrítmicos, se realiza ecocardiografía, apreciando derrame pericárdico y sospecha de rotura cardíaca, con FEVI del 30%. El paciente es llevado a quirófano, donde se descubre gran aneurisma verdadero subagudo apical ventricular izquierdo con rotura franca de pared libre del aneurisma, contenida por trombo gigante en su interior. Se procede a reconstrucción ventricular izquierda con exclusión de aneurisma verdadero mediante endoaneurismorrafia ventricular según técnica de Jatene. El paciente evoluciona favorablemente, siendo dado de alta a domicilio tras 6 días de la intervención y con FEVI al alta del 45%.

Discusión: La rotura de un aneurisma ventricular es poco frecuente, pero se relaciona con el tamaño del mismo y aumenta la morbilidad del paciente. Hay distintas técnicas quirúrgicas para el tratamiento de los aneurismas ventriculares, en este caso se decidió la técnica de Jatene.

A-1706645198.**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE VALVULOPATÍA MITROAÓRTICA Y LIPOMA DEL SEPTO INTERAURICULAR**

A.I. Garzón Furné, M. Vázquez Marfil, M. Pérez-Calvo Saldaña, A. Ferreira Marzal, L.M. Nuila Durán y J.M. Garrido Jiménez

Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Introducción: La hipertrofia lipomatosa del septo interauricular es una patología poco frecuente, que puede generar síntomas por compresión (obstrucción de la vena cava, arritmias...), pero que suele ser un hallazgo casual asintomático. Se presenta el caso de una paciente con valvulopatía mitroaórtica con hallazgo casual preoperatorio.

Caso clínico: Mujer de 68 años, diagnosticada de valvulopatía mitroaórtica. En TC de estudio preoperatorio, se observa masa a nivel de septo interauricular, que genera estenosis a nivel de vena cava superior, sugerente de lipoma. En quirófano se aprecia dicha masa, que infiltra todo el septo interauricular, así como parte de la pared de la aurícula derecha. Se procede a resección de lipoma dependiente de septo interauricular, con resección de todo el SIA y parte de la pared de aurícula derecha; además se realiza sustitución valvular mitroaórtica. Finalmente, se procede a reconstrucción con distintos parches de pericardio del septo interauricular, pared de la aurícula derecha y ampliación de la entrada de la vena cava superior. Asimismo, se realizó una sustitución valvular mitroaórtica por prótesis biológicas. En el posoperatorio la paciente presentó bloqueo auriculoventricular completo, obligando a implante de marcapasos. Se decide implante de marcapasos *leadless* MICRA, para prevenir posibles estenosis de vena cava superior en caso de reproducción de la tumoración junto

con los electrodos. La paciente presentó un posoperatorio sin complicaciones. El resultado de la anatomía patológica fue de hiperplasia lipomatosa del septo interauricular.

Discusión: Los lipomas cardíacos y la hipertrofia lipomatosa del septo interauricular son entidades poco frecuentes, pero que pueden precisar tratamiento quirúrgico primario y ser responsables de síntomas como insuficiencia cardíaca, arritmias malignas e incluso muerte súbita. Los marcapasos *leadless* pueden ser empleados para evitar favorecer estenosis a nivel de vena cava superior.

A-1706645431.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO: HERNIA DIAFRAGMÁTICA NEONATAL Y TERAPIA DE ASISTENCIA “ECMO”

M. Vázquez Marfil, A.I. Garzón Furné, M. Pérez-Calvo Saldaña, M. Esteban Molina, A. Ferreiro Marzal y J.M. Garrido Jiménez

Servicio Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Objetivos: Se pretende crear un algoritmo diagnóstico-terapéutico para el manejo y la indicación de la terapia ECMO venoarterial en los casos de hernia diafragmática congénita de alto riesgo.

Métodos: Se realiza una revisión no bibliográfica utilizando como palabras clave “hernia diafragmática neonatal” y “ECMO”. Se han revisado un total de 5 artículos desde el año 2009 al 2023, de centros con alto volumen de pacientes.

Resultados: Hay consenso en que los primeros 5 minutos de vida son cruciales, ya que marcan la actitud inicial. Si no se consigue SatO₂ preductal $\geq 85\%$, lactato $p \leq 2$ y deriva en hipotensión sistémica refractaria, el paciente sería candidato a ECMO. Se prefiere canulación venoarterial en los casos que asocien hipertensión pulmonar severa refractaria y fallo ventricular derecho. El manejo del ventilador es vital para evitar el barotrauma y el volutrauma en un pulmón hipoplásico. La reparación quirúrgica de la hernia en los primeros 4 días de vida ha ofrecido mayor supervivencia en las grandes series. La duración de la terapia ECMO es controvertida, aunque el periodo máximo que asocia menos complicaciones es de 15 días. Es necesario realizar prueba de decanulación, bajando el flujo de la EMCO al mínimo durante al menos 60 minutos, para observar normofunción pulmonar.

Conclusiones: La terapia ECMO V-A es una buena herramienta para el manejo de la hipertensión pulmonar severa recidivante, así como el fallo del ventrículo derecho en los pacientes con hernia diafragmática congénita de alto riesgo.

A-1706645592.

RESECCIÓN QUIRÚRGICA EXITOSA DE QUISTE HIDATÍDICO CARDIACO

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

Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Introducción: Presentamos un caso excepcional de quiste hidatídico cardíaco tratado con éxito mediante resección quirúrgica. Esta entidad infrecuente plantea desafíos diagnósticos y terapéuticos, y nuestro objetivo es compartir nuestra experiencia en el manejo de este caso singular.

Caso clínico: Describimos el caso de una paciente de 37 años con un quiste hidatídico de la aurícula izquierda. Presentó una parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria. Calcificaciones cerebrales en el TAC (síndrome de Fahr). El angioTAC torácico múltiples lesiones hipodensas con realce periférico en mediastino en íntima relación con el corazón sugestivas de quistes. Se orienta como cuadro

de hidatidosis cardíaca con ruptura intravascular de quistes y *shock* mixto, anafiláctico, TEP. Dado el estado de la paciente y la compresión extrínseca cardíaca se decidió: abordaje quirúrgico para liberación de compresión extracardiaca. En un segundo tiempo se procedió a una tromboectomía percutánea del material embólico pulmonar, exitosamente. La evolución posoperatoria fue satisfactoria y se confirmó la equinococosis por examen microscópico.

Discusión: La cirugía asociada al tratamiento antiparasitario es la solución más efectiva para el quiste hidatídico pero cuando la enfermedad es diseminada el manejo multidisciplinar se impone, obligando a discutir soluciones más innovadoras.

A-1706645641.

UNO EN UN BILLÓN: DISECCIÓN AGUDA DE AORTA EN PACIENTE CON HENDIDURA ESTERNAL SUPERIOR AMPLIA

M. Vázquez Marfil, A.I. Garzón Furné, M. Pérez Calvo Saldaña, G. Laguna Núñez, J.M. Olarte Villamizar y J.M. Garrido Jiménez

Servicio Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Objetivos: Presentar el caso de un varón de 65 años con diagnóstico de disección aórtica tipo A asociada a hendidura esternal superior amplia congénita no corregida. Reportar esta asociación tan infrecuente y la corrección de ambas patologías durante una cirugía emergente.

Caso clínico: Varón de 65 años que acude a Urgencias por dolor centrotorácico intenso de varias horas de evolución. El angioTC de aorta muestra disección de aorta tipo A de Stanford con amplia puerta de entrada en raíz aórtica, afectación parcial de ostia coronario derecho e insuficiencia aórtica significativa. En la exploración física y en el propio angioTC se constata una hendidura esternal congénita amplia no tratada. El paciente se trasladó a nuestro centro para cirugía emergente. Se procedió a disección cuidadosa por planos, encontrándose el tejido subcutáneo adherido a plano muscular y posteriormente pericardio completo íntegro sin conexión con cavidad abdominal. No se observaron restos de plano óseo esternal excepto un pequeño apéndice xifoides calcificado. Se llevó a cabo sustitución de raíz aórtica y aorta ascendente con reimplante de arterias coronarias según la técnica de Bentall-Bono con parada cardiocirculatoria completa, hipotermia moderada y perfusión arterial selectiva bilateral. El cierre se realizó con osteosíntesis de alambres simples entre cabezas costales. El posoperatorio inmediato estuvo marcado por disfunción severa del ventrículo derecho, así como disnea de esfuerzos en relación a posible patrón restrictivo respiratorio generado tras la osteosíntesis. En todo momento mantuvo buena mecánica ventilatoria y el cuadro mejoró progresivamente. No presentó incidencias en la herida quirúrgica ni otras complicaciones posoperatorias.

Discusión: Aun siendo una anomalía congénita muy rara, se hace importante conocer la existencia de la hendidura esternal. Presentamos esta asociación patológica como el primer caso registrado en la literatura.

A-1706645650.

SHOCK CARDIOGÉNICO POR MIOCARDIOPATÍA INDUCIDA POR MARCAPASOS Y SU RESOLUCIÓN CON TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA

M. Pérez-Calvo Saldaña, A.I. Garzón Furné, M. Vázquez Marfil, A. Ferreiro Marzal, A. Abdallah y J.M. Garrido Jiménez

Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Introducción: Se presenta un caso de paciente con necesidad de asistencia ventricular por disfunción ventricular izquierda severa, debido a miocardiopatía inducida por marcapasos (PiCM).

Caso clínico: Mujer, 51 años, antecedente de implante de marcapasos bicameral en 2019 por BAVC. Consulta en Urgencias por palpitaciones y mal estado. Se constata taquicardia ventricular frecuente y disfunción ventricular izquierda grave (FEVI estimada 10%). Coronariografía sin lesiones coronarias, realizando implante de Impella durante el procedimiento. Ante la persistencia de *shock* cardiogénico refractario, se implanta ECMO V-A femorofemoral (puente a recuperación). Se sospecha de PiCM como etiología responsable de la disfunción ventricular, dado que tras 6 días con terapia ECMELLA no se consigue mejoría de la función ventricular. Se repite ETT, comprobando FEVI 13%, marcada asincronía y QRS ancho en ECG. Se decide *up-grade* del marcapasos a CRT. Se consigue mejoría de la función ventricular izquierda, pudiendo destetar de la asistencia ventricular, con retirada del Impella y posteriormente ECMO, mejorando la FEVI hasta 30-35%.

Discusión: La prevalencia de miocardiopatía inducida por marcapasos se estima en 10-20% tras 3-4 años del implante. La terapia de resincronización cardiaca, bien con CRT o estimulación de rama izquierda, han demostrado ser tratamientos efectivos en esta patología.

A-1706645957.

DISECCIÓN AÓRTICA TIPO A EN PACIENTE CON ARTERIA SUBCLAVIA DERECHA ABERRANTE

J.A. Bellido Morales, A.S. Vaca Núñez, D.C. Batín, J.F. Sorribas Berjón, M. Matamala Adell, J. Fañanas Mastral, J.M. Vallejo Gil, M. Vázquez Sancho y C. Ballester Cuenca

Hospital Universitario Miguel Servet.

Caso clínico: Paciente mujer, 74 años, sin factores de riesgo cardiovascular, presenta dolor centrotorácico de brusca instauración, con posterior presíncope. Además, presenta rigidez y ligera pérdida de fuerza de hemicuerpo derecho. Valorada en Urgencias, en donde se evidencia fluctuación de los signos neurológicos iniciales. En TAC se aprecia una disección de aorta tipo A, con inicio de disrupción intimal a 20 mm de unión sinotubular. La disección se extiende hasta la aorta descendente infrarrenal. A destacar la presencia de una arteria subclavia derecha aberrante retroesofágica, que se encuentra disecada proximalmente, parcialmente obstruida por *flap* intimal. Además, existe disección proximal de la arteria carótida común derecha (primer tronco supraaórtico), con correcta opacificación de arteria carótida interna derecha. Presenta disección de arteria carótida común izquierda, con obstrucción total de la misma. Disección proximal de la arteria subclavia izquierda. Arterias vertebrales y ramas viscerales con perfusión adecuada. Se realiza cirugía emergente, con canulación arterial femoral, debido a imposibilidad de protección cerebral mediante la arteria axilar derecha, además de riesgo de malperfusión sistémica mediante perfusión axilar derecha debido a su disección y parcial obstrucción. Se realiza sustitución de aorta ascendente suprasinusal, con anastomosis distal con parada circulatoria (12 minutos) con hipotermia moderada (26 °C) y perfusión cerebral selectiva por *ostium* de arteria carótida común derecha. Extubación diferida por hemiparesia derecha y agitación, se evidencian infartos subagudos en territorio límite de vascularización de arteria cerebral media, pálido y putamen izquierdos. Alta tras 20 días, con funciones superiores conservadas, deambulando de forma autónoma, recuperación completa de fuerza en hemicuerpo derecho. TAC control con adecuada perfusión de todos los troncos supraaórticos.

Discusión: Es imprescindible conocer la anatomía de los troncos supraaórticos en una disección aórtica. La permeabilidad del polígono de Willis permitió la perfusión cerebral izquierda pre e intraoperatoriamente, limitando considerablemente el daño neurológico.

A-1706646180.

PSEUDOANEURISMAS DE SENO DE VALSALVA. UN HALLAZGO INFRECUENTE

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

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

Objetivos: Describir el tratamiento quirúrgico de los pacientes intervenidos de reparación de pseudoaneurismas de seno de Valsalva, sus resultados perioperatorios y de seguimiento a corto plazo.

Métodos: Entre febrero de 2021 y enero de 2024, se intervinieron 7 pacientes de reparación de pseudoaneurismas de seno de Valsalva. Se excluyeron aquellos pseudoaneurismas asociados a endocarditis valvular aórtica o relacionados con anastomosis proximal de injerto de aorta ascendente. El objetivo primario fue describir las complicaciones perioperatorias, la mortalidad hospitalaria, y la supervivencia a corto plazo.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de $55,4 \pm 12,8$ años, siendo todos hombres. La localización más frecuente fue el seno coronario derecho (6 casos), seguido del seno coronario izquierdo (un caso), con una mediana de tamaño de 20 mm. En cuanto al mecanismo etiológico, un caso estaba asociado a aortopatía bicúspide, 2 con probable conectivopatía, uno tenía antecedentes de traumatismo torácico y otros 2 fueron clasificados como idiopáticos. Las técnicas quirúrgicas empleadas incluyeron la reparación con parche de pericardio (5 casos), Bentall-Bono (1 caso) y plicatura simple (1 caso). En 4 casos se intervino sobre la válvula aórtica. No hubo mortalidad hospitalaria ni eventos neurológicos en el posoperatorio inmediato. La mediana del seguimiento fue de 18,2 meses [IQR 4,50-38,14], con una supervivencia del 100%, y ninguno presentó infección o disfunción valvular aórtica.

Conclusiones: La falta de un umbral definido en las guías, especialmente en ausencia de patología valvular, destaca la actual falta de consenso. Nuestra serie de casos sugiere que la reparación de pseudoaneurismas de seno de Valsalva representa un riesgo aceptablemente bajo, mostrando buenos resultados en el seguimiento a corto plazo.

A-1706647094.

TRATAMIENTO PERCUTÁNEO Y CIRUGÍA CONVENCIONAL EN VÁLVULA MITRAL: CASO CLÍNICO

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

Cirugía Cardíaca, Hospital Álvaro Cunqueiro.

Introducción: Hoy en día el abordaje percutáneo es cada vez más frecuente en el tratamiento de patologías cardíacas, contemplado como una opción en pacientes de alto riesgo como son las reintervenciones. Se presenta un caso de paciente sometido a tratamiento percutáneo y cirugía convencional sobre válvula mitral.

Caso clínico: Hombre de 71 años con antecedentes de sustitución valvular mitral en 1987, con recambio de prótesis en el 2002. Por insuficiencia mitral severa periprotésica, secuela tras endocarditis. Sometido a cierre percutáneo implantándose 3 dispositivos Amplatzer el mismo año. En 2023 ingresó por un episodio de insuficiencia cardíaca e insuficiencia mitral severa periprotésica. En la tomografía prequirúrgica se observa de forma incidental migración de un dispositivo Amplatzer al ostium común de ambas arterias carótidas (tronco bovino). Se retira el dispositivo migrado durante realización de coronariografía y se realiza nueva cirugía abierta con retirada de los dispositivos Amplatzer restantes, tercera sustitución valvular mitral

y segunda anuloplastia tricuspídea. Se describen los resultados obtenidos tras tratamiento percutáneo y cirugía abierta para retirada de dispositivos. Los datos del caso son recogidos de la historia clínica previo consentimiento del paciente. Buena evolución posoperatoria, extubado a las 2 horas, alta de reanimación el tercer día y hospitalaria al noveno. En el ecocardiograma prealta: FEVI conservada, bioprótesis normofuncionante e insuficiencia tricuspídea leve. A los 2 meses de seguimiento se encuentra en clase funcional I de la NYHA. **Discusión:** El cierre percutáneo de las fugas periprotésicas es una alternativa en pacientes con elevado riesgo quirúrgico, pero no está exenta de complicaciones. La cirugía abierta sigue siendo una opción eficaz en reintervenciones.

A-1706647380.

RELEVANCIA DEL EMPLEO DE LA ECOCARDIOGRAFÍA TRANSEOFÁGICA INTRAOPERATORIA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

F. Altamirano Medel, P.G. Callero Hernández, J.M. Vignau Cano, P. Cabeza-Laínez, T. Daroca Martínez, M.Á. Gómez Vidal, A. Bermúdez García y D. Macías Rubio

Hospital Universitario Puerta del Mar.

Objetivos: Describir, utilizando la ETE intraoperatoria, los nuevos hallazgos preoperatorios y posoperatorios relevantes para la cirugía y reflejar el impacto que esta técnica tiene para el desarrollo de la intervención.

Métodos: Estudio prospectivo y descriptivo de 488 pacientes sometidos a cirugía programada con circulación extracorpórea a los que se realiza una ETE intraoperatoria antes y después de la cirugía. Los datos recogidos fueron la confirmación de la indicación quirúrgica, los nuevos hallazgos preoperatorios y posoperatorios, el cambio en la actitud terapéutica y la reentrada en circulación extracorpórea posoperatoria.

Resultados: De los 488 pacientes, en 122 de ellos (25%) se encontraron hallazgos no conocidos en los estudios preoperatorios, en 57 (11,68%) se realizó un cambio en la actitud terapéutica, en 31 (6,35%) se encontraron hallazgos posoperatorios y en 13 (2,6%) se volvió a entrar en circulación extracorpórea.

Conclusiones: La ETE es una herramienta de calidad y seguridad para el paciente; su uso intraoperatorio se considera necesario en cirugía cardíaca.

A-1706647602.

REPARACIÓN BIVENTRICULAR TRAS PALIACIÓN HÍBRIDA DE ARCO AÓRTICO INTERRUMPIDO CON OBSTRUCCIÓN DEL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO

G. Parody Cuerda, O. Ghez, Y. Boudjemline y H. Ibrahim

Departamento de Cirugía Cardíaca Pediátrica y Congénita del Adulto, Sidra Medicine Doha.

Objetivos: Presentamos un paciente cuyo tratamiento implicó paliación híbrida seguida de una operación de Yasui.

Caso clínico: Recién nacido a término y 3,2 kg que ingresó en la UCI Neonatal de nuestro centro para estudio y manejo terapéutico. El ecocardiograma fetal reveló interrupción del arco aórtico tipo B y comunicación interventricular. Se inició la infusión de prostaglandina E1 de forma inmediata. El ecocardiograma posnatal verificó los hallazgos anteriores y confirmó la presencia de hipoplasia valvular aórtica y ventrículos de adecuado tamaño. Los diámetros del anillo valvular aórtico, el seno de Valsalva y la unión sinotubular fueron 3,8 mm (Z-score -4,31), 7 mm (Z-score -4,33) y 3,9 mm (Z-score -4,34), respectivamente. A los 7 días de vida se llevó a cabo el procedimiento híbrido mediante cerclaje bilateral pulmonar con injerto vascular de politetrafluoroetileno de 3,5 mm y *stent* ductal (Dynetic-35 8 × 18

mm) a través de la arteria pulmonar. A los 11 meses se sometió a una cirugía cardíaca tipo Yasui con circulación extracorpórea utilizando la arteria innominada, la arteria pulmonar, la aurícula derecha y la vena cava inferior. Hipotermia moderada (28 °C) y perfusión cerebral anterógrada para reparación del arco aórtico con homoinjerto. Se realizó además liberación del cerclaje en ramas pulmonares, extracción del *stent* ductal, reconstrucción del tronco pulmonar y aorta ascendente, cierre de la comunicación interventricular con parche de Gore-Tex y restauración de la continuidad del ventrículo derecho a la arteria pulmonar con conducto extracardiaco (Contegra 14 mm). Postoperatorio inmediato complicado con parálisis de cuerda vocal izquierda. Alta hospitalaria a los 11 días.

Discusión: En pacientes con interrupción del arco aórtico y obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo, la paliación híbrida inicial seguida de una operación de Yasui puede ser una alternativa viable.

A-1706647841.

CIRUGÍA DE STARNES MODIFICADA EN NEONATO CON ANOMALÍA DE UHL, AUSENCIA DE VÁLVULA TRICÚSPIDE Y ATRESIA PULMONAR

G. Parody Cuerda, O. Ghez, Y. Boudjemline y H. Ibrahim

Departamento de Cirugía Cardíaca Pediátrica y Congénita del Adulto, Sidra Medicine Doha.

Objetivos: Aquí exponemos el caso de un neonato con anomalía de Uhl, ausencia de válvula tricúspide y atresia pulmonar tratado quirúrgicamente mediante cirugía de Starnes modificada.

Caso clínico: Paciente de 2 días de vida, 37 semanas de gestación y 3,3 kg de peso que, inmediatamente después de nacer, presentó deterioro hemodinámico significativo requiriendo ventilación mecánica, infusión de prostaglandina E1 y soporte inotrópico. El ecocardiograma mostró dilatación severa del ventrículo derecho con adelgazamiento de la pared libre e hipocinesia generalizada. Ausencia de válvula tricúspide con regurgitación tricúspide libre. Atresia pulmonar con ramas pulmonares confluentes. Septo interventricular intacto. Septo interauricular aneurismático con comunicación interauricular. Adecuado tamaño y función del ventrículo izquierdo. La cardiiorresonancia confirmó el adelgazamiento de la pared libre del ventrículo derecho con ausencia de miocardio, sin trabeculaciones apicales, sin infiltración grasa, con disfunción sistólica y aumento del volumen diastólico final. Todos ellos hallazgos compatibles con el diagnóstico de anomalía de Uhl. A los 13 días de vida se sometió a cirugía de Starnes modificada. Esternotomía media y circulación extracorpórea con canulación aórtica y bicava. Auriculotomía derecha paralela al surco auriculoven-tricular. Exclusión del ventrículo derecho con un parche fenestrado de Gore-Tex suturado al anillo tricuspídeo. Ampliación de la comunicación interauricular. Derivación de Blalock-Taussig modificada mediante conexión de la arteria innominada y la rama pulmonar derecha con una prótesis vascular de Gore-Tex de 4 mm. Posoperatorio complicado con taquicardia supraventricular que precisó cardioversión farmacológica. Alta hospitalaria a los 27 días.

Discusión: La cirugía de Starnes modificada durante el periodo neonatal puede ser una alternativa factible para este complejo grupo de pacientes.

A-1706648959.

CIRUGÍA VALVULAR TRICÚSPIDE AISLADA. 10 AÑOS DE EXPERIENCIA, ACTUALIZANDO LA EVIDENCIA

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

Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Métodos: Estudio observacional, unicéntrico y retrospectivo de pacientes intervenidos de QxVT aislada desde el año 2012 hasta diciembre del 2022. Se analizó la supervivencia tardía con el método de Kaplan-Meier y regresión de Cox.

Resultados: Intervenidos 64 pacientes, 21 anuloplastias y 43 sustituciones por prótesis (28,57% mecánica y 71,43% biológica). El 57,8% fueron mujeres, edad media de 65,9 años (DE 10,9). El 56,6% se encontraban en clase funcional III-IV de la NYHA. La mortalidad hospitalaria observada fue del 7,8%. Los factores más influyentes en la mortalidad perioperatoria fueron la clase funcional III/IV de la NYHA (mortalidad del 0 vs. 13,9%; Fisher = $p \leq 0,06$), EPOC (OR: 9,16; $p = 0,03$) y afectación hepática previa (OR: 9,16; $p \leq 0,03$). Se realizó seguimiento completo del 96,9% de la muestra, media de seguimiento de 47,5 meses. La supervivencia global fue del 98,3%, 89,7%, 79,3%, y 77% a 1, 12, 36, y 60 meses. Al último seguimiento, el 75,4% de los supervivientes se encontraban en clase funcional I-II de la NYHA. En las anuloplastias realizadas se observó un 100% libre de insuficiencia tricúspide severa en el seguimiento, y 2 degeneraciones bioprotésicas en grado severo (6 meses y a los 60 meses). Trombosis protésica en una prótesis mecánica tratada quirúrgicamente, y sin episodios de endocarditis en la muestra. Los factores que influyeron en la supervivencia fueron: NYHA III/IV (OR: 4,08; $p \leq 0,02$), reingresos por ICC (HR: 2,83; $p \leq 0,07$), EuroSCORE II ≥ 4 (HR: 5,44; $p \leq 0,02$) y la HTP (HR: 2,24; $p \leq 0,09$) sin ser significativo probablemente por número limitado de pacientes.

Conclusiones: La clase funcional preoperatoria es el principal factor determinante en la supervivencia en el posoperatorio inmediato y en la supervivencia, independiente de otros factores de riesgo. La supervivencia a medio-largo plazo y la mejoría de clase funcional tras QxVT aislada son satisfactorias en el seguimiento.

A-1706650618.

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL GIGANTES: ESTUDIO DE CASOS

M.A. Astorino, A. Guzón Rementería, T. González Vargas, J.J. Muñoz Ruiz-Canela y E. Ruiz Alonso

Cirugía Cardiovascular, Hospital Regional Universitario de Málaga.

Objetivos: La prevalencia del aneurisma de aorta abdominal (AAA) en hombres mayores de 65 años es del 3,5-4%. Se ha observado un descenso en la incidencia, vinculado al declive del tabaquismo, responsable del 75% de los AAA ≥ 4 cm. Los AAA mayores de 5,5 cm tienen una tasa de rotura anual del 27,8%, por ende es crucial considerarlos como diagnóstico diferencial del abdomen agudo. En pacientes asintomáticos con sospecha de AAA se recomienda la ecografía abdominal como método diagnóstico, y adicionalmente el angioTAC. En AAA asintomáticos ≥ 50 mm, la derivación es preferente; en ≥ 80 mm asintomáticos, o sintomáticos de cualquier tamaño, la derivación debe ser urgente. Queremos evaluar la importancia de la ecografía y el angioTAC en el diagnóstico de AAA gigantes y el tratamiento precoz.

Métodos: Entre 2023 y 2024 se han realizado 6 implantes de prótesis mediante tratamiento endovascular (EVAR) debido a AAA gigantes (≥ 7 cm); 5 presentaban aneurismas en arteria ilíaca (una o ambas), y 2 aneurismas en otras arterias. 4 se mantuvieron asintomáticos, mientras que uno desarrolló síntomas durante su ingreso, previo al implante, y uno debutó con clínica de dolor abdominal. Se identificaron complicaciones subagudas en 4 casos.

Resultados: De las prótesis implantadas, se colocaron 5 EVAR bifurcadas convencionales con extensiones a las A. ilíacas y una con *stent* adicionales debido a aneurisma gigante de la A. hipogástrica. No han presentado complicaciones en el perioperatorio, y uno falleció en el sexto día posoperatorio por complicación respiratoria no relacionada.

Conclusiones: La ecografía abdominal y el angioTAC son claves en el diagnóstico temprano y en la planificación terapéutica del AAA gigante. En nuestra serie de casos ha habido una baja tasa de complicaciones posoperatorias. El tratamiento endovascular precoz en esta patología es efectivo y se ha convertido en el *gold standard*.

A-1706650808.

EXPERIENCIA EN OSTEOSÍNTESIS EXTERNAL UTILIZANDO PLACA DE TITANIO CON SISTEMA DE LIBERACIÓN DE EMERGENCIA Y SEGUIMIENTO DE COMPLICACIONES DESDE 2009. CIRUGÍA DE LAS INFECCIONES

A. Fontaine von Buchwald, F. Altamirano, P. Callero, A. Bermúdez y T. Daroca Martínez

Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Puerta del Mar.

Introducción: La dehiscencia external tiene una incidencia del 0,5 al 5%, y la mediastinitis del 0,2 al 3%, variando según las comorbilidades. Ambas complicaciones se asocian con aumento de la mortalidad. La osteosíntesis con placa es una opción viable para aumentar la estabilidad external y reducir complicaciones. Por esto es importante conocer las complicaciones más frecuentes de esta técnica.

Objetivos: Describir las principales complicaciones a 5 años de la osteosíntesis external con placa y la necesidad de extracción posterior de las mismas.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de complicaciones en pacientes intervenidos de osteosíntesis external con placas durante 5 años.

Resultados: Entre 2009 y 2017, se registraron 66 casos de complicaciones externas; 36 tratados con osteosíntesis con placas. De estos, 9 placas fueron retiradas: 7 por infección, 1 por exposición de placa y 1 por molestia external. No hubo fallecimientos relacionados.

Conclusiones: La osteosíntesis external con placa es viable en pacientes de alto riesgo. De los 66 casos de complicaciones, 36 fueron tratados con placas. A pesar de ello, la incidencia de complicaciones no fue alta y no hubo fallecimientos asociados a complicaciones. Se recomienda seguimiento a largo plazo para detectar y tratar complicaciones.

A-1706652637.

MANEJO SIMULTÁNEO DE ANEURISMA DE ARTERIA HIPOGÁSTRICA Y ANEURISMA GIGANTE DE AORTA ABDOMINAL

M.A. Astorino, T. González Vargas, A. Guzón Rementería, J.J. Muñoz Ruiz-Canela y E. Ruiz Alonso

Cirugía Cardiovascular, Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: El aneurisma de aorta abdominal (AAA) afecta al 3,5-4% de hombres mayores de 65 años, con una mortalidad del 85-90% en caso de ruptura. A pesar de los avances, los AAA siguen siendo causa de morbilidad. Alrededor del 75% se diagnostican incidentalmente. La cirugía endovascular (EVAR) está cambiando el enfoque terapéutico, especialmente en pacientes con alto riesgo quirúrgico. Frecuentemente, es necesario modificar la anatomía del aneurisma para permitir la EVAR; generalmente excluyendo las arterias hipogástricas (AH). Nuestro objetivo es evaluar métodos para implantar endoprótesis sin necesidad de excluir la arteria hipogástrica, con el fin de tratar aneurismas y prevenir complicaciones isquémicas.

Caso clínico: Se presenta caso de varón, 76 años, con factores de riesgo cardiovascular, asintomático, con hallazgo incidental en angioTAC de AAA de 83 mm con aneurisma de AH derecha de 41 mm; en vista del alto riesgo de rotura se deriva para ingreso y tratamiento urgente. Se procede a implante de EVAR; la intervención se divide en 2 partes, tratamiento del aneurisma de la AH, mediante *stent* de Gore Viabahn,

y otro en A. ilíaca derecha mediante *through and through* con A. ilíaca izquierda y posteriormente *kissing stent* entre ellos; y tratamiento del AAA mediante EVAR bifurcada convencional con posterior colocación de Branch en A. ilíaca derecha para unir con el *stent* previamente colocado. El paciente no presenta complicaciones durante el procedimiento y evoluciona favorablemente.

Discusión: Este caso ejemplifica cómo el tratamiento de los AAA representa un desafío clínico. La cirugía endovascular ofrece una alternativa menos invasiva. En este contexto, el uso de endoprótesis para preservación de la AH emerge como una estrategia prometedora para tratamiento de aneurismas de la misma y prevención de complicaciones isquémicas. El caso presentado ilustra la efectividad de esta modalidad, evidenciada por la evolución favorable del paciente sin complicaciones perioperatorias.

A-1706653698.

EXPERIENCIA INICIAL EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR (FA) MEDIANTE ABLACIÓN POR VIDEOTORACOSCOPIA EN NUESTRO CENTRO

A.J. Velasquez Carneiro, G. Ventosa Fernández, D. Padrol Bages, R. Barril, F. Enríquez Palma, D. Fletcher Sanfeliu, I. Hidalgo Torrico, C.A. Piedra Calle, M. Rigo, G. Segui, R. Tarrío Fernández, L. Vidal Bonet y J.I. Sáez de Ibarra Sánchez

Hospital Universitario Son Espases.

Introducción: El tratamiento de la fibrilación auricular (FA) mediante videotoracoscopia se describió como una técnica mínimamente invasiva alternativa para el tratamiento de la FA. Los requisitos para su realización son: aurícula izquierda (AI) gravemente dilatada, ablación con catéter fallida (≥ 2), y FA no paroxística sin historia de ablación fallida.

Objetivos: Resumir la experiencia inicial en el tratamiento de la fibrilación auricular (FA) mediante ablación por videotoracoscopia en nuestro centro.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos por TT-Maze entre mayo de 2021 hasta enero 2023. Se analizaron las características pre, intra y posoperatorios y el seguimiento a 1 y 3 meses.

Resultados: Se intervinieron 6 pacientes, la mediana de edad fue 56 años (rango 42-65 años) y el 100% fueron varones. El 50% presentaba FA paroxística, 50% FA persistente de larga evolución. El 83% habían sido sometidos a procedimientos de ablación percutánea de venas pulmonares, el 33,32% (n: 2) presentaba AI gravemente dilatada (≥ 40 ml/m²) y 33,32% (n: 2) AI levemente dilatada (≥ 28 ml/m²). Al 100% se realizó MAZE completo más exclusión de orejuela izquierda, sin conversión a esternotomía media, ni sangrados. Durante el posoperatorio (PO), la estancia media hospitalaria fue 7 días de los que 3 corresponden a los días en UCI. La paresia diafragmática unilateral se observó en 3 pacientes, y uno presentó derrame pleural bilateral más atelectasia. No registro de *exitus* en el PO. Al alta el 67% permanecía en ritmo sinusal. La supervivencia libre de FA en seguimiento medio es del 67%.

Conclusiones: El TT Maze es una técnica con una elevada tasa de éxito, aunque se deberá tomar en cuenta el número de complicaciones de cara a reducirlas.

A-1706654239.

ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DE LA REPARACIÓN VALVULAR TRICÚSPIDE AISLADA

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

Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Métodos: Estudio observacional, unicéntrico y retrospectivo de pacientes intervenidos de reparación tricuspídea aislada con anillo Carpentier-Edwards Physio Tricuspid, desde el año 2013 hasta diciembre del 2022. Se analizó la supervivencia tardía con el método de Kaplan-Meier.

Resultados: Intervenidos 21 pacientes. El 57,1% mujeres, edad media de 63,4 años (DE 12,45). El 38,10% se encontraban en clase funcional III-IV de la NYHA. La mortalidad hospitalaria observada fue del 0%. Se realizó seguimiento completo de la muestra, media de seguimiento de 48 meses. La supervivencia global fue del 100%, 92,31%, y 92,31% a 12, 36, y 60 meses. Al último seguimiento, el 70% de los supervivientes se encontraban en clase funcional I-II de la NYHA. En las anuloplastias realizadas se observó un 100% libre de insuficiencia tricúspide severa en el seguimiento, un 38% no presentaba insuficiencia tricúspide residual y un 57% presentaba insuficiencia tricúspide entre leve y moderada, sin episodios de trombosis, ni endocarditis en la muestra. El principal factor que influyó en la supervivencia fue el reingreso por ICC (0 vs. 66%; Fisher $p \leq 0,02$), no se observó en el análisis correlación con la HTP, anemia ni la disfunción de VD, el EPOC (HR: 5,24; $p \leq 0,2$) y la DM (HR: 5,24; $p \leq 0,2$) representaban un mayor riesgo, sin embargo, sin llegar a la significación estadística probablemente por la escasa muestra.

Conclusiones: La reparación quirúrgica de la válvula tricúspide con anillo continúa siendo el *gold standard* en el tratamiento de la insuficiencia tricuspídea, con una satisfactoria tasa de supervivencia. Es crucial llevar a cabo estudios multicéntricos para alcanzar una mayor potencia estadística y poder extrapolar los resultados de supervivencia de manera más confiable.

A-1706654484.

EMPLEO DE ENDOPRÓTESIS CUSTOMIZADA EN PACIENTE DESESTIMADO

M. Pérez-Calvo Saldaña, A.I. Garzón Furne, M. Vázquez Marfil, J.M. Olarte Villamizar, M. Esteban Molina y J.M. Garrido Jiménez

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Virgen de las Nieves.

Objetivos: Tratamiento endovascular emergente en paciente con colagenopatía.

Caso clínico: Paciente que ingresa en Servicio de Cuidados Intensivos tras cuadro de dolor lumbar lacerante y paresias de miembros inferiores tras realizar ejercicios de alta intensidad. Se realiza prueba de imagen que confirma diagnóstico de disección de aorta tipo B que inicia a unos 6 cm de arteria subclavia izquierda, así como trombosis completa de aorta distal e ilíacas. Se decide entonces intervención EVAR por parte de cirugía vascular con implante de 2 endoprótesis solapadas en aorta torácica hasta origen de tronco celiaco y otra a nivel infrarrenal tipo JOTEC y de Viabahn en paralelo. Durante el posoperatorio destaca la presencia de un importante síndrome de reperfusión asociado a disfunción renal y síndrome compartimental de ambos miembros inferiores. En los días subsiguientes, destaca dolor intenso continuo a nivel abdominal-lumbar que requiere inicio de perfusión de fentanilo. Se realiza nuevo control mediante TAC abdominal, detectándose endofuga protésica, pseudoaneurisma inmediatamente inferior a la salida de la arteria mesentérica superior y hematoma retroperitoneal. Ante esta situación, se desestima intervención por parte de cirugía vascular. Se nos contacta entonces, decidiendo implante emergente de endoprótesis fenestrada customizada y recanalización de arteria mesentérica superior mediante *stent* recubierto. Al objetivar que la rotura se encuentra yuxtarenal izquierda, se decide la exclusión completa de esta a fin de permitir la supervivencia del paciente. Se comprueba angiográficamente y mediante TAC la ausencia de endofuga, así como la trombosis del pseudoaneurisma detectado. El paciente evoluciona favorablemente y tras unos

días en UCI, pasa a planta con recuperación paulatina de la movilidad y sensibilidad de miembros inferiores.

Discusión: La terapia EVAR emergente mediante endoprótesis customizadas puede ser una alternativa eficaz en los casos que se requiera, debiéndose realizar un correcto estudio y planificación prequirúrgicos.

A-1706655291.

REVOLUCIONANDO LA ONCOCIRUGÍA: ÉXITO EN LA EXTIRPACIÓN DE TROMBOS TUMORALES CARDIACOS EN CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES

V.X. Mosquera Rodríguez, A. Muínelo Paul, D. Vázquez-Martul, V. Chantada Abal, M. Vilela Lozano y J.J. Cuenca Castillo

Cirugía Cardíaca, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Introducción: Este estudio analiza el tratamiento quirúrgico del carcinoma de células renales (CCR) con trombo tumoral extendido hasta la aurícula derecha (ETT nivel IV). Abarcando 12 años, evalúa un protocolo que incluye circulación extracorpórea y parada circulatoria hipotérmica (PCH), mostrando mejoras en la supervivencia global y específica del cáncer.

Objetivos: Determinar la eficacia a largo plazo del tratamiento quirúrgico radical en CCR con ETT IV en una serie de casos de un único centro.

Métodos: Se realizó un procedimiento quirúrgico urológico y cardíaco complejo en 8 pacientes (2011-2023). El abordaje quirúrgico consistió en primer tiempo con esternotomía media e incisión de Río-Branco para preparación de canulación de circulación extracorpórea (CEC) y disección de tumor renal e hilio hepático. En segundo tiempo se inició CEC con perfusión cerebral anterógrada (PCA) vía tronco braquiocéfálico y PCH con hipotermia moderada, seguida de una nefrectomía radical, y extracción del trombo tumoral intracardiaco y de vena cava inferior bajo visión directa durante la PCH. Se empleó angioscopia bidireccional para asegurar la exéresis total del tumor.

Resultados: Se logró la extracción completa del trombo tumoral cardíaco y de vena cava inferior en todos los pacientes, en un campo quirúrgico exento de sangre durante el PCH. La duración media de la circulación extracorpórea fue 72,7 (\pm 12) minutos. La duración media del paro circulatorio fue de 19 (\pm 8) minutos, con una hipotermia promedio de 27 (\pm 3) °C. No hubo mortalidad intrahospitalaria ni a 30 días. Se produjo un único episodio de tromboembolismo pulmonar perioperatorio, sin secuelas. La supervivencia al año fue del 87,5% por progresión de enfermedad metastásica pulmonar en un paciente.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico radical en CCR con ETT IV se justifica por los resultados a largo plazo. La técnica de circulación extracorpórea con PCH contribuye a la extirpación segura y completa de la masa tumoral.

A-1706655426.

ENDOCARDITIS SOBRE VÁLVULA MITRAL NATIVA POR AGGREGATIBACTER ACTINOMYCETEMCOMITANS

J.A. Bellido Morales, J.F. Sorribas Berjón, A.S. Vaca Núñez, D.C. Batín, J.M. Vallejo Gil, M. Matamala Adell, J. Fañanas Mastral, M. Vázquez Sancho y C. Ballester Cuenca

Hospital Universitario Miguel Servet.

Caso clínico: Paciente varón de 69 años con enfermedad de Parkinson de reciente diagnóstico, ingresa por fiebre de 2 semanas de evolución asociada a ojo derecho rojo con secreción purulenta y nuevo soplo sistólico en foco mitral. Tras valoración oftalmológica, es diagnosticado de una endoftalmitis derecha. Se realiza ecografía transesofágica, en la cual se evidencia una insuficiencia mitral severa, asociada a vegetación de 13 mm en velo mitral anterior y prolapso de

velo posterior a nivel de P1-P2. Los hemocultivos extraídos resultan positivos a *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*. Ante el diagnóstico de endocarditis mitral con evento embólico (endoftalmitis) y vegetaciones de considerable tamaño, se realiza cirugía urgente de endocarditis mitral. Se realiza cirugía de sustitución valvular mitral por prótesis mecánica St. Jude Master Series n29, reseccándose la totalidad del velo anterior y conservándose el velo posterior macroscópicamente no afecto de endocarditis. Extubación precoz. Sangrado escaso. Estabilidad hemodinámica. Salida a planta tras 48 h. No nuevos episodios de fiebre. Mejoría progresiva de endoftalmitis tras tratamiento intensivo por parte de Oftalmología. De alta domiciliaria tras 2 semanas de terapia antibiótica intrahospitalaria, completando el resto de la terapia de forma ambulatoria.

Discusión: El germen *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, dentro del grupo HACEK, representa una rara causa de endocarditis bacteriana. Su alta sensibilidad a antibióticos tales como cefalosporinas de tercera generación, puede permitir conservar segmentos del complejo valvular, acción menos recomendable ante endocarditis con gérmenes más agresivos, evitando efectos deletéreos de la completa resección del aparato subvalvular mitral. Su complejo diagnóstico microbiológico fue favorecido en este caso, por la alta sospecha clínica de endocarditis, debido al nuevo soplo y al evento embólico.

A-1706655947.

SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON BIOPRÓTESIS TRIFECTA EN NUESTRO CENTRO

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

Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos: Conocer las características de la cohorte de pacientes a los que se les implantó una bioprótesis Trifecta y evaluar la incidencia de degeneración protésica precoz, la necesidad de reintervención por esta causa y la mortalidad en nuestro centro.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo de todos los pacientes a los que se les implantó Trifecta en nuestro centro desde enero de 2017 a febrero de 2023. La valoración del deterioro se realizó mediante ecocardiografía transtorácica de seguimiento y la situación actual revisando la historia clínica electrónica y telefónicamente sí se precisó.

Resultados: Fueron 138 pacientes, edad media 76 años (de 54 a 87 años) y el 63% son varones. La media de seguimiento fue de 37 meses. El 73,91% fueron cirugía aórtica aislada. Fueron implantadas por 9 cirujanos empleando igual técnica. Fallecieron 9 en el posoperatorio inmediato. Durante el seguimiento han fallecido 16, ninguno por causas cardiológicas. Pérdida de seguimiento de 1 paciente. La incidencia de daño estructural moderado-severo fue del 2,6% (n = 3) estando libre de deterioro al 1, 3 y 5 años el 99,2%, 98,44% y 97,6% de los pacientes. La necesidad de reintervención fue del 0,77% (n = 1) a los 41 meses de seguimiento. No se encuentra relación entre el número de la prótesis y el deterioro en nuestra serie.

Conclusiones: Nuestra serie presenta una incidencia de deterioro menor que las publicadas en el entorno para el mismo tiempo de seguimiento.

A-0.

SEGUIMIENTO A MEDIO PLAZO DE PACIENTES INTERVENIDOS DE DISECCIÓN AÓRTICA AGUDA TIPO A EN NUESTRO CENTRO

C. Mayor Déniz, F. Estévez Cid, J.C. Lugo Adán, R. Casais Pampín, D. Molina Seguil, C. Sisinni Ganli y J.J. Legarra Calderón

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Álvaro Cunqueiro.

Introducción: La disección aórtica aguda tipo A (DAAA) constituye una emergencia cardiovascular con una mortalidad operatoria hasta del 30% a pesar de las técnicas quirúrgicas actuales. El cierre de la puerta de entrada proximal en la DAAA supone uno de los objetivos de la intervención quirúrgica. En los casos en los que la puerta de entrada se localiza en el arco aórtico distal o aorta torácica descendente proximal la persistencia de luz falsa permeable después de la reparación puede asociarse con necesidad de reintervención sobre la aorta descendente, por colapso severo de la luz verdadera o por síndrome de malperfusión.

Objetivos: El objetivo del estudio es analizar a medio plazo la supervivencia y necesidad de reintervención de los pacientes intervenidos de DAAA en nuestro centro.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo a partir de nuestra serie de pacientes intervenidos de forma emergente por DAAA entre enero de 2017 y enero de 2023 de todos aquellos pacientes que han sido dados de alta hospitalaria, con un seguimiento medio de 3 años.

Resultados: Se intervinieron un total de 94 pacientes de DAAA. De los 79 pacientes dados de alta hospitalaria (mortalidad operatoria 16%), en 21 casos (26,58%) la rotura de la íntima involucraba el arco aórtico distal y/o la aorta torácica descendente proximal. En 13 casos (61,9%) se realizó el implante asociado anterógrado de endoprótesis (*frozen elephant truck*, FET) con la prótesis híbrida E-vita Open Neo vs. 8 casos en los que se empleó la sustitución de aorta ascendente más hemiarco. En un seguimiento medio de 3 años, la mortalidad fue del 11,39% y la necesidad de reintervención sobre la aorta descendente del 8,86%, a partir de FET (57%) o TEVAR (43%).

Conclusiones: La mortalidad y la incidencia de reintervención sobre la aorta descendente en nuestra serie de pacientes es baja. Una estrategia inicial con reemplazo completo del arco aórtico podría influir en los resultados, aunque para demostrarlo se necesitaría un mayor seguimiento y tamaño muestral.



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es