

## COMUNICACIONES VÍDEOS

## XXVII Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular y Endovascular

Madrid, 5-7 de junio de 2024

## SESIÓN 5

## A-1706648698.

## AMPLIACIÓN DE ANILLO MEDIANTE INCISIÓN EN Y, TÉCNICA DE BO-YANG

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

*Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario de Vinalopó.***Objetivos:** Dar a conocer los resultados obtenidos en nuestro centro desde 2012 realizando la técnica de ampliación de anillo en Y (Bo-Yang) en sustitución valvular aórtica.**Métodos:** Exponer mediante un breve vídeo la técnica utilizada desde 2012 para la ampliación de anillo en Y de Bo-Yang, su curva de aprendizaje y resultados obtenidos en nuestro centro.**Resultados:** De diciembre de 2021 a enero de 2024 se han realizado 9 casos de ampliación de anillo mediante incisión en Y de Bo-Yang, con muy buenos resultados, logrando en su totalidad la implantación de una prótesis aórtica mayor de lo medido inicialmente sin mortalidad y con muy buenos resultados a nivel quirúrgico como clínico de los pacientes.**Conclusiones:** La técnica de ampliación de anillo mediante incisión en Y o de Bo-Yang ha mostrado ser una técnica reproducible y aplicable que ha permitido implantar válvulas aórticas en pacientes con anillos muy pequeños o con evidente *mismatch* del tamaño de prótesis medido. Los resultados obtenidos son muy favorables, evitando complicaciones y resultando una técnica fácilmente reproducible.

## A-1706650157.

## CRIOANALGESIA INTERCOSTAL COMO ESTRATEGIA PARA EL CONTROL DEL DOLOR POSOPERATORIO EN CIRUGÍA CARDÍACA

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

*Cirugía Cardíaca, Hospital Vall d'Hebron.***Introducción:** El control del dolor posoperatorio se relaciona directamente con la disminución de las complicaciones posoperatorias y de la estancia hospitalaria. El control del dolor resulta fundamental en las primeras 48 horas. Describimos la técnica de crioablación de nervios intercostales como estrategia para el control del dolor en el posoperatorio, en nuestros pacientes con minitoracotomía, al igual que aquellos con toraco-transfreno-laparotomía.**Métodos:** Al final del procedimiento quirúrgico, aplicamos una sonda de crioablación en 3 espacios intercostales, adyacentes al acceso quirúrgico. Se realiza mediante un sistema de crioablación, enfriando a -70 °C con óxido nitroso, con especial atención de no lesionar el pulmón.**Resultados:** Los 18 pacientes a los que se les aplicó la crioanalgesia, mostraron una clara reducción del dolor, como así se constató en la escala de dolor y en la menor necesidad de analgesia, independientemente de la sensación subjetiva del paciente, tanto en los pacientes con minitoracotomía, como los que precisaron de toraco-transfreno-laparotomía.**Conclusiones:** El manejo adecuado del dolor posquirúrgico es fundamental para disminuir las complicaciones posquirúrgicas, así como para una recuperación óptima. El empleo de la crioanalgesia ayuda claramente en el control del dolor posquirúrgico.

## A-1706652753.

## IMPLANTE BAJO VISIÓN DIRECTA DE BIOPRÓTESIS EDWARDS SAPIEN 3 ULTRA EN POSICIÓN MITRAL CON CALCIFICACIÓN ANULAR MASIVA

D. Figuereo Beltre<sup>1</sup>, C. Muñoz Guijosa<sup>2</sup>, I. Julià Amill<sup>1</sup>, C. Fernández Gallego<sup>1</sup>, B. Romero Ferrer<sup>1</sup>, L.J. Delgado Ramis<sup>1</sup>, V. Mescola<sup>1</sup>, A. Barcia Uruchima<sup>1</sup>, S. Volovchuk<sup>1</sup> y E. Berastegui García<sup>1</sup><sup>1</sup>Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. <sup>2</sup>Hospital 12 de Octubre.**Objetivos:** Presentar una alternativa quirúrgica para el tratamiento de la valvulopatía mitral con calcificación masiva anular y de velos.**Métodos:** Procedimiento quirúrgico: en nuestra experiencia con 5 casos, el implante de la bioprótesis TAVI Sapien 3 Ultra se realizó después de una descalcificación suficiente para los tamaños de 23 a 26 mm. Posteriormente, con la ayuda de puntos guía sobre el anillo mitral y a través del *delivery* transapical, se desplegó la válvula sobre el anillo mitral. La prótesis balón-expandible queda fijada por un faldón de pericardio suturado en la zona de sellado protésico y a su vez en la aurícula izquierda perianular.**Conclusiones:** El implante de bioprótesis Edwards Sapien 3 ultra en posición mitral es una alternativa útil y eficaz en pacientes con CAM masivo.

## A-1706650480.

## ORIGEN ANÓMALO DE CORONARIA IZQUIERDA DESDE SENO DERECHO CON TRAYECTO INTERARTERIAL. CORRECCIÓN ANATÓMICA

R. Pérez-Caballero Martínez<sup>1</sup>, C.A. Rodríguez Canedo<sup>2</sup>, A. Pita Fernández<sup>1</sup>, C.A. Pardo Pardo<sup>1</sup> y J.M. Gil-Jaurena<sup>1</sup><sup>1</sup>Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. <sup>2</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

**Objetivos:** El origen aórtico anómalo de una coronaria constituye la segunda causa de muerte súbita en niños y jóvenes adultos. La variante anatómica más peligrosa es aquella que cursa con trayecto interarterial, acompañada frecuentemente de hipoplasia del segmento coronario inicial y estenosis del *ostium*.

**Métodos:** Este vídeo quirúrgico describe la novedosa corrección anatómica de estos defectos. Esta técnica descrita inicialmente por Rasky *et al.* incluye la creación de un *neostium* coronario en el seno correcto, manteniendo intacto el trayecto anómalo inicial. Desde el año 2017 en nuestra institución se han intervenido 12 pacientes con rango de edad de 5 a 23 años.

**Resultados:** Los resultados iniciales son prometedores, ningún paciente ha presentado clínica sugerente de isquemia coronaria. El TAC coronario de control al año de la cirugía no demuestra estenosis del *neostium* en ningún paciente.

**Conclusiones:** Este nuevo procedimiento resulta interesante para corregir trayectos coronarios intramurales. Es imprescindible un estudio radiológico exhaustivo que defina claramente las peculiaridades anatómicas.

**A-1705933240.**

#### **SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR, POSIMPLANTE DE DISPOSITIVOS DE ELECTROESTIMULACIÓN**

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:** Presentamos el caso de un paciente varón de 57 años de edad, natural de Bolivia, que como antecedentes constan un SAHS leve-moderado, anemia ferropénica con colonoscopia y gastroscopia sin hallazgos, y desde el punto de vista cardiológico, una cardiopatía chagásica estadio B2 en forma de miocardiopatía dilatada con disfunción ventricular izquierda y portador desde el año 2011 de un marcapasos VDD-R por bloqueo A-V de tercer grado. Como intercurencia durante los años posteriores al implante del marcapasos desarrolló una trombosis crónica de la vena subclavia izquierda y una fibrilación auricular paroxística, por lo que inicia tratamiento anticoagulante. Pasan los años, y pese a tratamiento médico optimizado, se deteriora su clase funcional con disminución de la FEVI hasta 30%, presentando asincronía ventricular importante en ausencia de valvulopatías significativas, por lo que se decide realizar un *up-grade* a DAI-CRT en 2018 por eje subclavio derecho, dejando el cable VDD del lado izquierdo, abandonado. Lográndose la mejoría de la disfunción ventricular, se evidencian en estudios posteriores trombosis del eje subclavio-yugular derecho, que, sumado al izquierdo que ya estaba tromboso, produce la aparición posterior de clínica compatible con un síndrome de vena cava superior por lo que en un primer momento se intenta realizar una angioplastia, que resulta fallida, haciendo que finalmente el paciente sea presentado en sesión multidisciplinar para la retirada del dispositivo y en el mismo acto implante de sendos *stents*, y colocación de un nuevo dispositivo de estimulación cardíaca.

**A-1705603829.**

#### **TÉCNICA DE “NEOCUERDAS CRUZADAS” PARA LA REPARACIÓN DE VÁLVULA AV IZQUIERDA EN CONTEXTO DE DEFECTO SEPTAL AV**

A. González Calle<sup>1</sup>, C.F. Rodríguez Mora<sup>1</sup>, K. Rezaei<sup>1</sup>, A. Adsuar Gómez<sup>1</sup> y A.R. Hosseinpour<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Cirugía Cardíaca Infantil, Hospital Virgen del Rocío. <sup>2</sup>University Hospital of Vaud (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois-CHUV).

**Introducción:** La técnica de “neocuerdas cruzadas” sobre una válvula naturalmente trivalva ha sido propuesta y publicada por nuestro grupo como método alternativo en la reparación de la válvula AV izquierda (VAVI) en el canal AV. Su motivación se origina en los pobres resultados a medio y largo plazo de la corrección estándar consistente en la sutura del denominado “*cleft* del velo septal”. Desde su introducción a principios de 2019 se ha convertido en nuestro método estándar de reparación para adultos y niños con la excepción de lactantes y neonatos.

**Métodos:** Presentamos un vídeo exponiendo los pasos fundamentales de esta técnica de reparación específica para las válvulas AV izquierdas en los canales AV, así como un breve resumen de los principios anatómicos y fisiológicos que la sustentan.

**Resultados:** Desde el inicio de nuestra experiencia en 2019 hemos realizado hasta la fecha 25 casos, con supervivencia del 100%. La reparación exitosa se consiguió en todos los casos. Con un seguimiento medio de casi 4 años, todos los pacientes permanecen asintomáticos y con reparación estable sin recurrencia de insuficiencia, ni tampoco estenosis residual y libres de reintervención.

**Conclusiones:** Aunque precisamos mayor número de pacientes y tiempo de seguimiento, la técnica de “neocuerdas cruzadas” se presenta como una novedosa alternativa para la reparación de válvulas AV izquierdas en el defecto septal auriculoventricular, con resultados iniciales buenos y prometedoras perspectivas en base a su fundamento anatómico y fisiológico.

### **SESIÓN OPTAN A PREMIO VÍDEO**

**A-1705864803.**

#### **RESECCIÓN DE HEMANGIOENDOTELIOMA EPILETOIDE CON COMPROMISO DE VENA CAVA SUPERIOR Y CONFLUENTE VENOSO. RECONSTRUCCIÓN DE VÍA VENOSA SUPERIOR CON XENOINJERTO DE CONTEGRA Y PERICARDIO BOVINO SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA**

J.M. Olarte Villamizar, A. Ferreiro Marzal, L.M. Nuila Durán, A. Garzón Furne, M. Esteban Molina y J.M. Garrido Jiménez

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un paciente de 60 años, varón con único antecedente de importancia el ser fumador, quien consulto por cuadro compatible con síndrome de vena cava superior por lo cual se realiza TAC de cuello y tórax con hallazgo de masa paratraqueal derecha de 4,7 × 5,2 cm, dependiente de vena cava superior y compromiso de confluente venoso. Junto con el Servicio de Cirugía Torácica se planifica abordaje mediante esternotomía media, en la exploración se localiza tumoración adherida a nivel de vena cava superior, que imposibilita su resección manteniendo la integridad de la misma. Se decide entonces disección venosa hasta zona libre tumoral hasta sistema yugular bilateral en las cuales se realiza canulación y mediante sistema de “Y” drenaje directo en aurícula derecha. Posteriormente resección de vena cava superior y confluente venoso sin circulación extracorpórea, se explora la adecuada resección completa de la masa y se procede a reconstrucción de vena cava superior con xenoinjerto Contegra 18 mm y de confluente con conducto autofabricado de parche de pericardio bovino que se anastomosa a xenoinjerto. Tras la cirugía, el paciente evolucionó favorablemente, no se evidenció edema facial ni otra sintomatología asociada y fue dado de alta a los 7 días posquirúrgicos. En el TAC de control posoperatorio a los 2 meses, no se evidenció recidiva tumoral ni alteraciones venosas.

**A-1705868964.****CIRUGÍA DE RESECCIÓN COMPLETA DE LIPOSARCOMA CARDIACO CON RECONSTRUCCIÓN DE AURÍCULA DERECHA, SEPTO INTERAURICULAR Y VENAS CAVAS**

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

*Hospital Universitario Puerta de Hierro.*

**Objetivos:** Mostrar la resección completa de un liposarcoma cardiaco localizado en cámaras cardíacas derechas con reconstrucción posterior de aurícula derecha, septo interauricular y ambas cavas. Descripción del caso clínico y técnica quirúrgica a través de imágenes grabadas y edición del vídeo.

**Caso clínico:** El paciente es un varón de 39 años con antecedente de liposarcoma mixoide del compartimento posterior de la pierna derecha en 2018, tratado mediante resección quirúrgica y radioterapia externa. Remitido desde el Servicio de Oncología Radioterápica por hallazgo de masa mediastínica en contacto con aurículas. En RMN cardíaca se identifica lesión tumoral de 65 × 43 × 42 mm, dependiente de la pared posterior de la aurícula derecha y región adyacente del septo interauricular. En junio de 2023, con establecimiento de circulación extracorpórea a través de canulación venosa percutánea de vena yugular interna y femoral derechas y arterial en aorta ascendente, se procede a la resección de la masa que engloba dos tercios de la aurícula derecha medioposterior, septo interauricular y origen de ambas cavas. Posteriormente se realiza reconstrucción con parche de pericardio heterólogo y prótesis tubular anillada de Gore-Tex nº 20. La estancia en la Unidad de Críticos Posquirúrgicos fue de 2 días y fue dado de alta al 7º día posoperatorio. Como única incidencia, presentó persistencia de ritmo nodal, que requirió implante de marcapasos definitivo a las 6 semanas. Posteriormente a la cirugía fue tratado con quimioterapia. En estudio anatomopatológico definitivo se confirma la resección completa del tumor, con márgenes libres en pieza quirúrgica.

**Discusión:** La resección del tumor con márgenes libres debe ser el objetivo de la cirugía de los tumores cardíacos malignos, puesto que se asocia a mayores tasas de supervivencia.

**A-1706655047.****CIRUGÍA TRAS INTENTO FALLIDO DE CIERRE PERCUTÁNEO DE PSEUDOANEURISMA AÓRTICO POSIMPLANTE DE TAVI. TAPAR AGUJEROS NO SIGNIFICA CERRARLOS**

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

*Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Ramón y Cajal.*

**Objetivos:** Demostrar que las complicaciones de las técnicas percutáneas presentan anatomías complejas y ocasionalmente imposibles de valorar mediante técnicas de imagen. Presentamos un vídeo de intento fallido de cierre percutáneo de pseudoaneurisma posimplante de válvula transcatéter (TAVI) intervenido quirúrgicamente mediante técnica de *full root* con prótesis Freestyle.

**Caso clínico:** Varón de 77 años diagnosticado de estenosis aórtica severa tratado mediante TAVI. En ecocardiograma se objetiva insuficiencia aórtica periprotésica moderada y posible pseudoaneurisma del trato de salida del ventrículo izquierdo (VI) confirmado mediante TAC. Cierre percutáneo del pseudoaneurisma mediante colocación de

un dispositivo. En TAC de control, adecuado sellado del cuello con persistencia de segundo cuello próximo al tronco coronario izquierdo. En cateterismo trayecto fistuloso a través del pseudoaneurisma con paso de flujo al VI que origina insuficiencia aórtica severa. Se decide cirugía. Bajo circulación extracorpórea, tras clampaje aórtico, se realiza apertura de la aorta objetivándose el pseudoaneurisma a nivel del seno coronario izquierdo localizado en el anillo valvular parcialmente tapado por la prótesis. Retirada de la prótesis y localización del dispositivo de intento de cierre que se extrae con desestructuración del anillo valvular y del *ostium* izquierdo. Reconstrucción del *ostium* con tubo de Gore-Tex de 6 mm y sustitución de raíz aórtica por prótesis Freestyle nº 25 mediante sutura continua con reimplante del *ostium* derecho y del tubo de Gore-Tex en la prótesis. Isquemia de 115 minutos.

**Discusión:** La TAVI es una técnica que no está exenta de complicaciones ocasionalmente graves. La anatomía de las complicaciones derivadas de las técnicas percutáneas puede resultar compleja y difícil de valorar mediante técnicas de imagen. A pesar de que actualmente se tiende al abordaje percutáneo tanto de la patología cardíaca como de las complicaciones de estas, la cirugía sigue siendo indispensable y el tratamiento definitivo en gran parte de los casos.

**A-1706611946.****ORIGEN ANÓMALO DE CORONARIA IZQUIERDA EN SENO DERECHO CON TRAYECTO SUBVALVULAR AÓRTICO. REPARACIÓN ANATÓMICA CON REIMPLANTE EN SENO NATIVO**

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

*Hospital Universitario de La Princesa.*

**Introducción:** El origen anómalo de la arteria coronaria izquierda en seno coronario derecho es una rarísima anomalía coronaria cuya presencia se relaciona con cardiopatía isquémica y muerte súbita, siendo una malformación altamente letal en la infancia. Se han descrito 4 posibles trayectos, siendo el retroaórtico uno de los más infrecuentes.

**Caso clínico:** Mujer de 61 años con historia de palpitaciones sin diagnóstico de certeza. Holter implantable sin hallazgos concluyentes. Presenta cuadro de dolor torácico atípico con el ejercicio. Ergometría positiva clínica y eléctricamente en cara lateral. En la coronariografía se halló origen anómalo de la arteria coronaria izquierda en seno de Valsalva derecho. Se realizó un TAC cardíaco para mejor caracterización encontrando un trayecto retroaórtico posterior bajo la válvula aórtica a nivel del esqueleto fibroso. Se discuten brevemente las posibilidades de abordaje quirúrgico con potenciales riesgos y beneficios, y se presenta el vídeo de la intervención, así como el TAC cardíaco preoperatorio y posoperatorio. Técnicamente realizó disección de todo el trayecto patológico, cierre del *ostium* patológico y reimplante del tronco coronario izquierdo a nivel del seno de Valsalva izquierdo nativo. La intervención fue satisfactoria permitiendo el alta de UCI a las 24 horas y al domicilio a los 9 días. No hubo complicaciones posoperatorias. Se realizó TAC cardíaco posoperatorio que mostró un excelente resultado anatómico. La paciente no presentó recurrencias de dolor torácico en el seguimiento a 2 meses.

**Discusión:** El origen anómalo de la coronaria izquierda en seno coronario derecho es una malformación causante de angina y muerte súbita. El trayecto retroaórtico subvalvular es especialmente infrecuente y complejo anatómicamente. Presentamos un caso de reparación exitosa mediante reimplante en su seno nativo.





**BIOMED**



unidix

# Especialistas en cirugía cardiovascular

**desde 1977 al cuidado de tu salud**



**91 803 28 02**



**info@biomed.es**