



Cirugía Cardiovascular

Órgano Oficial de la Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular

www.elsevier.es/circv

www.circardiov.org



Comunicaciones orales

XVII Congrés de la Societat Catalana de Cirurgia Cardíaca

XVII Congreso de la Sociedad Catalana de Cirugía Cardíaca

Barcelona, 14 y 15 de mayo de 2015

Comunicaciones orales I

Jueves, 14 de mayo (09:15-10:30 h)

EXPERIENCIA INICIAL EN EL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS AÓRTICA CON PRÓTESIS SIN SUTURA EDWARDS INTUITY

B. Ramchandani Ramchandani, M. García Bouza, M. Carnero Alcázar, J. Cobiella Carnicer, F. Reguillo Lacruz y L.C. Maroto Castellanos

Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Objetivos: Experiencia inicial en el uso de prótesis EDWARDS INTUITY en el tratamiento de la estenosis aórtica severa.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo en el que se incluyen todos los pacientes sometidos a implante de prótesis Edwards Intuity entre enero-2013 y agosto-2014. Se investigó el comportamiento hemodinámico de las prótesis y la incidencia de eventos cardiovasculares tanto en el perioperatorio como en el seguimiento.

Resultados: N = 24 pacientes. Edad 72,6 años (IC: 65,4 a 79,1). Euroscore I logístico 10,5 (IC: 9,4 a 12,6). 23 implantes exitosos (96%). Tiempos de CEC y de isquemia 52 min (IC: 44 a 62) y 38,4 min (IC: 32 a 44). Miniesternotomía en J en 12 pacientes. En 4 casos se realizó procedimiento concomitante. La mortalidad hospitalaria fue del 4,2% (n = 1), no relacionada con la técnica. El gradiente transvalvular medio al alta fue 9,0 mmHg. Ausencia de insuficiencia aórtica periprótésica significativa. 1 paciente fue reintervenido por hemorragia y otro paciente precisó un marcapasos endocavitario definitivo. En el seguimiento hubo 2 muertes (8,7%). El gradiente medio al año fue de 7,3 mmHg.

Conclusiones: La implantación de prótesis EDWARDS INTUITY es un procedimiento seguro a corto y medio plazo y facilita abordajes menos invasivos a la esternotomía media convencional. El comportamiento hemodinámico es excelente y estable durante el primer año.

RESULTADOS INICIALES EN REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO POR MINIESTERNOTOMÍA

R. Álvarez Cabo, R. Díaz, J.C. Llosa, C. Morales, D. Hernández-Vaquero y J. Silva

Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). España.

Introducción: El abordaje mínimamente invasivo busca ofrecer los mismos resultados que la cirugía convencional con reducción del

trauma quirúrgico. La miniesternotomía es una vía para abordar la patología aórtica.

Objetivos: Analizar los resultados del reemplazo valvular aórtico (RVAo) por miniesternotomía.

Métodos: Análisis retrospectivo de 12 pacientes con RVAo por miniesternotomía en 2014.

Resultados: La serie mostraba: edad media $70,9 \pm 10,6$ años [42-81]; 75% mujeres; Euroscore-II medio $2,18 \pm 0,76$; Euroscore-logístico medio $6,5 \pm 3,51$; fracción de eyección media $53,91 \pm 4,52$. Grado funcional precirugía: II 4 (33,3%), III 7 (58,3%), IV 1 (8,3%). Procedimientos realizados: RVAo 9 (75%), RVAo + ampliación de raíz 1 (8,3%); RVAo + miectomía septal 1 (8,3%); RVAo+Tubo supracoronario 1 (8,3%). Técnica quirúrgica realizada: miniesternotomía superior en "L" (hemitabla derecha) hasta tercer espacio intercostal con canulación central en todos. En 9 (75%) canulación de seno coronario bajo control ecocardiográfico. La protección miocárdica se realizó con cardioplegia retrógrada y anterógrada por ostia coronaria. Los tiempos (en minutos) fueron: clamp $86,08 \pm 13,5$; CEC $106,58 \pm 16,4$. Un paciente (8,3%) precisó balón de contrapulsación postcirugía (portador de origen anómalo de coronaria derecha). No hubo exitus ni infecciones. El sangrado medio fue de 175 ± 48 ml/primeras 24 h, con escasa necesidad de trasfusión ($p = 0,064$, tendente a significación). Hubo fibrilación auricular en 5 (41,7%) con reversión a ritmo sinusal en todos. El dolor postoperatorio medido por la escala analógica VISUAL-EVA es: $1,87 \pm 0,57$ (0-10) ($p = 0,067$, tendente a significación). La estancia media fue $12 \pm 7,2$ días.

Conclusiones: 1) Los tiempos quirúrgicos y la estancia postoperatoria son discretamente superiores en RVAo por miniesternotomía. 2) El RVAo por miniesternotomía se asocia con menor dolor y menor necesidad de trasfusión.

MINITORACOTOMÍA ANTERIOR DERECHA PARA RECAMBIO VALVULAR AÓRTICO. CANULACIÓN CENTRAL. TÉCNICA QUIRÚRGICA (VÍDEO)

F. Callejo, J. López, C. Morales, J.C. Llosa, C. Morís y J. Silva

Hospital Central de Asturias. España.

Introducción: La canulación central es posible y fiable en la minitoracotomía anterior derecha.

Material y métodos: Incisión de 5-6 cm en segundo espacio intercostal derecho. Ligadura y sección de arteria y vena mamaria interna. Sección de cartílago de la costilla inferior. Colapso pulmón derecho. Colocación separador de partes blandas y retractor intercostal. Aertura del pericardio 2 cm por encima del nervio frénico, extendiéndose

hacia la vena cava inferior y hacia la reflexión del pericardio en aorta. Puntos de tracción en pericárdico, dos por encima del nervio frénico derecho, otro a nivel de arteria pulmonar y otro a nivel de grasa ventrículo derecho sobre aorta. Heparinización. Canulación aorta ascendente (Edwards lifesciences Opti-site). Canulación orejuela aurícula derecha (Edwards lifesciences Thim-Flex Dual Stage). Cánulación seno coronario con control ecocardiográfico (Edwards Lifesciences Retrograde Canula) a través de cara lateral aurícula derecha. Cinta sobre salida de cánula venosa y tracción junto puntos de pericardio laterales, facilitando exposición de aorta. Punto de tracción en grasa ventrículo derecho. Aspirador de ventrículo izquierdo a través de vena pulmonar superior derecha. Comienzo de circulación extracorpórea. Pinzamiento aórtico mediante Clamp de Glauber. Cardioplejia anterógrada y retrógrada (Celsior). Aortotomía oblicua hacia el seno no coronario. Colocación de puntos de inicio de cierre de aortotomía para evitar desgarros y mejorar la tracción. Tracción pared anterior de aorta. Si la exposición no es correcta realizar transección de aorta.

Conclusiones: Una buena exposición equivale a un excelente desarrollo de la técnica quirúrgica en minitoracotomía anterior derecha.

SUSTITUCIÓN VALVULAR AÓRTICA CON PRÓTESIS SUTURELESS PERCEVAL S. EXPERIENCIA INICIAL EN NUESTRO CENTRO CON 116 PACIENTES

J. Flores, M.L. Cámara, L. Delgado, B. Romero, C. Fernandez, E. Berastegui, I. Juliá, S. Badia y X. Ruyra

Hospital Germans Trias i Pujol. Barcelona. España.

Introducción: La prótesis Perceval S representa una alternativa a la sustitución valvular aórtica convencional en pacientes de alto riesgo.

Material y métodos: Entre marzo de 2012 y febrero de 2015, se implantó en 116 pacientes prótesis Perceval. El seguimiento medio: 13 meses del 100% de los pacientes. Edad media fue de 78. El EuroSCORE I: 14,9 ± 11,45. Analizamos los resultados clínicos y ecocardiográficos a 1 año.

Resultados: En 79 pacientes se realizó sustitución valvular aislada, 28 pacientes se asoció cirugía coronaria, 9 actuación sobre la válvula mitral. Comorbilidades del grupo: EPOC 70%, Insuficiencia renal crónica 26%, Hubo 10 reintervenciones. Los tiempos para SVAo aislada fueron CEC 57,16 ± 17,14 minutos; Isquemia 37,45 ± 12,66 minutos. En combinados CEC 87,11 ± 55 minutos. Isquemia 57,39 ± 27,64 minutos. Ningún caso de migración valvular. Media de intubación: 5 horas. 3 pacientes requirieron traqueotomía. La estancia media en UCI fue de 4 días. La mortalidad hospitalaria fue del 5,9%. En 15 pacientes se implantó MCP definitivo. Solo hubo 1 AVC permanente, 2 isquemia intestinal; 2 endocarditis en el seguimiento. El gradiente medio al alta fue de 17,80 ± 9,58 mmHg; 13,09 ± 3,84 mm Hg a los 6 meses y 12,31 ± 3,74 mmHg al primer año. La supervivencia global es del 94,82%

Conclusiones: La sustitución valvular aórtica con prótesis Perceval S se asocia a una excelente supervivencia temprana en pacientes de alto riesgo. Se necesitan más estudios para probar la durabilidad de esta bioprótesis. Es una alternativa para pacientes de alto riesgo con procedimientos asociados.

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE IMPLANTE DE BIOPRÓTESIS TRANSCATÉTER (TAVI) POR ACCESO TRANSFEMORAL Y TRANSAPICAL

P. Resta Bond, C. Sureda Barbosa, A. Igual Barcelo, M.A. Castro Alba, N. Palmer Camino, M.S. Siliato Robles, V. Serra García, G. Martí Aguasca y M. Galiñanes Hernández

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Objetivos: Los principales registros de prótesis transcatéter describen una mayor mortalidad tanto hospitalaria como tardía en el

abordaje transapical. El presente objetivo es analizar los resultados de nuestra serie.

Material y métodos: Entre septiembre de 2008 y enero de 2015 hemos implantado 150 válvulas transcatéter. Se trataba de pacientes añosos con una media de edad de $79 \pm 7,5$ años, siendo un 58% de ellos hombres. El abordaje más utilizado fue el transfemoral, representando un 68%, seguido del transapical con un 27,3%. El 4,7% restante se realizó por vía transaórtica. En 7 pacientes el implante fue sobre bioprótesis disfuncionante.

Resultados: La mortalidad intraoperatoria resultó de 2,7%, mientras que la hospitalaria fue un 5,3%. La mortalidad esperada según Euroscore logístico era de $16 \pm 10\%$. No se encontraron diferencias significativas en Euroscore logístico entre los grupos transapical y transfemoral ($p = 0,555$). La estancia hospitalaria fue significativamente más larga en el implante transapical ($p = 0,044$). La mortalidad hospitalaria fue de 5,12% en el implante transapical, mientras que por transfemoral fue del 5,15%; esta diferencia no fue significativa ($p = 0,995$). En cuanto a la supervivencia actuarial, la mortalidad global es elevada (30%), con un seguimiento máximo de 6,3 años y medio de 2,19 años. Según análisis estadístico Log. Rank, no existe mayor supervivencia en el abordaje transfemoral como se apunta en diferentes registros TAVI.

Conclusiones: En nuestra serie de implante de bioprótesis transcatéter, el abordaje por vía transfemoral o transapical no presenta diferencias en término de mortalidad hospitalaria y tardía, probablemente justificable por el mismo perfil de riesgo en ambos grupos.

SUSTITUCIÓN VÁLVULAR AÓRTICA POR MINITORACOTOMÍA ANTERIOR DERECHA. CANULACIÓN CENTRAL TOTAL

F. Callejo, J. López, C. Morales, J.C. Llosa, C. Morís y J. Silva

Hospital Universitario Central de Asturias. España.

Introducción: La cirugía mínimamente invasiva (CMI) para la sustitución de la válvula aórtica (SVA) ha cambiado la forma de afrontar dicha patología. En nuestro caso se realizó con canulación central total, a través de una minitoracotomía anterior derecha, lo que permitió excluir accesos periféricos, evitando complicaciones de los mismos.

Material y métodos: Entre febrero de 2014 y enero de 2015 se intervinieron en nuestro centro 70 pacientes con estenosis aórtica severa mediante SVA por minitoracotomía anterior derecha. Las patologías que se rechazaron para este procedimiento fueron la aorta ascendente en porcelana y cirugía previa en hemitórax derecho. La edad media fue de 70 ± 15 años, 42 hombres, 28 mujeres, con fracción de eyección de $59 \pm 12\%$ y Euroscore II de $2 \pm 1,5\%$. Se realizó minitoracotomía anterior derecha en segundo espacio intercostal (5-6 cm). La canulación para la circulación extracorpórea fue central total.

Resultados: Los tiempos de pinzado aórtico/CEC fueron de $58 \pm 20/72 \pm 12$ minutos. No hubo mortalidad quirúrgica. Reconversión a esternotomía en 1 paciente. No hubo reoperación por sangrado. El tiempo medio de extubación fue de 6 ± 4 horas. La estancia media en UCI/hospitalaria fue de $1,2 \pm 0,5/6 \pm 1$ días. Escasa morbilidad perioperatoria. Reintervenciones tardías en 2 pacientes (paciente con derrame pericárdico seroso, paciente con insuficiencia mitral severa). Supervivencia a 30 días del 100%.

Conclusiones: La SVA mediante CMI por minitoracotomía anterior derecha con canulación central total es un procedimiento seguro, reproducible y con buenos resultados en nuestro medio.

**MORTALIDAD Y EVENTOS MAYORES DESPUÉS DE LA
IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS TRANSCATÉTER O CIRUGÍA
VALVULAR AÓRTICA CONVENCIONAL EN PACIENTES
DE ALTO RIESGO: METAANÁLISIS**

M. García Bouza, B. Ramchandani Ramchandani,
Z. Garcés Zulleyman, M. Carnero Alcázar, J. Cobiella Carnicer
y L.C. Maroto Castellanos

Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Objetivos: Comparar la mortalidad y la incidencia de MACCEs a medio plazo entre la cirugía valvular aórtica convencional (SAVR) y la implantación de válvula aórtica transcatéter (TAVI) en la estenosis aórtica severa de alto riesgo.

Métodos: Metaanálisis de estudios observacionales y aleatorizados publicados desde Enero de 2005 hasta Abril de 2014 que comparan ambas estrategias en pacientes de riesgo alto (STS score > 10, EuroSCORE > 15 o acuerdo HeartTeam). Fuentes de datos: ISI Web of Science, Pubmed y librería Cochrane. Criterios de Inclusión: inglés, definición de los eventos muerte, ACV, infarto, insuficiencia periprotésica comunicados al menos un año después del procedimiento de forma independiente para cada rama. Para cada evento se muestra RR ponderado y forest-plot. Análisis de eventos fijos y aleatorios según la heterogeneidad. Análisis de sesgo de publicación por funnel-plot y número estudios no publicados.

Resultados: Se incluyeron 10 estudios con 3385 pacientes sometidos a TAVI (ES Log medio = 22,12% (SD 9) y 2.625 sometidos a SAVR (ES Log = 18,11% (SD 8,74) ($p = 0,002$). No hubo diferencias en la mortalidad después del primer año tras el procedimiento: RR = 1,1 (IC95%, 0,86-1,43), $I^2 = 0\%$, $\chi^2 = 7,4$, $p = 0,59$. Tampoco existieron diferencias en la incidencia del evento combinado muerte, ACV o infarto: RR = 0,89 (IC95%, 0,75-1,06), $I^2 = 0\%$, $\chi^2 = 6,5$, $p = 0,67$. La incidencia acumulada de insuficiencia aórtica residual al menos moderada fue superior tras TAVI: RR = 3,86 (IC95%, 2,21-6,8), $I^2 = 9\%$, $\chi^2 = 9,8$, $p = 0,34$.

Conclusiones: La mortalidad y la incidencia de eventos cardiovasculares mayores a medio plazo son similares después de una SAVR o una TAVI en pacientes de alto riesgo quirúrgico. Sin embargo, la insuficiencia aórtica residual significativa es mucho más frecuente entre los pacientes con TAVI.



BIO MED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

