

## Comunicaciones orales IV

Jueves, 14 de mayo (17:15-18:00 h)

### FONTAN EXTRACARDIACO. EXPERIENCIA ACTUAL

J.M. Gil-Jaurena, A. Pita, R. Pérez-Caballero, M.T. González-López, J.L. Zunzunegui y C. Medrano

*Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid. España.*

**Introducción:** El Fontan extracardiaco se ha popularizado como la variante más extendida en la conexión cavo-pulmonar total. Presentamos una serie acumulada durante dos años, destacando pautas comunes y algunas peculiaridades en casos concretos.

**Material y métodos:** Recogemos 51 casos de Fontan extracardiaco entre enero de 2013 y diciembre de 2014. 23 pacientes responden al diagnóstico de hipoplasia ventricular izquierda. Las medianas de edad y peso fueron de 5,5 años y 20 kg, respectivamente. Realizamos el procedimiento a corazón latiendo, interponiendo un conducto de PTFE (calibre 18-20) entre la vena cava inferior y la arteria pulmonar derecha. Los pacientes son extubados en quirófano. En 5 ocasio-

nes se decidió realizar el procedimiento en dos tiempos, aplazando el Fontan para minimizar la morbimortalidad (2 *stents* en aorta, 2 Damus-Kaye-Stansel, 1 corrección de síndrome de cimitarra). Procedimientos asociados al Fontan: ampliación de comunicación interauricular (2), reparación de válvula aurículo-ventricular (3), retirada de *stents* previos (9).

**Resultados:** Las medianas de estancia en UCI y hospitalaria fueron de 7 y 20 días, respectivamente. Morbilidad postoperatoria: sangrado (3), paresia frénica (3), implantación de marcapasos (2), mediastinitis (1). Cateterismo postoperatorio: cierre de colaterales (5), cierre de fenestración (1), implantación de *stents* (11). En tres pacientes fracas  el Fontan: uno fue trasplantado y dos precisaron "take-down" (de los que uno se trasplantó y el otro falleció).

**Conclusiones:** El Fontan extracardiaco es seguro actualmente, a pesar de las intervenciones previas. Con todo, la morbilidad no es baja en términos de procedimientos postoperatorios, tanto quirúrgicos como intervencionistas.

### ARCAPA. CORONARIA DERECHA CON ORIGEN ANÓMALO EN ARTERIA PULMONAR (VÍDEO)

J.M. Gil-Jaurena, R. Pérez-Caballero, A. Pita y M.T. González-López

*Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid. España.*

Presentamos el caso de una coronaria derecha con origen anómalo en arteria pulmonar (ARCAPA). La ciru a se realizó en circulación extracorpórea, canulación bicava y protección con cardioplegia anterógrada. Tras seccionar aorta y pulmonar, comprobamos el origen anómalo de la coronaria derecha desde la arteria pulmonar. Procedimos a extirpar un bot n englobando el ostium coronario y fue transferido a la aorta (a modo de "medio" *switch* arterial). Posteriormente se reconstruyeron aorta y pulmonar (esta con parche de pericardio autólogo). El resultado fue satisfactorio. En el seguimiento, de más de un año, no ha presentado eventos isquémicos.

### EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE SUPERVIVENCIA DE DOS DIFERENTES MODELOS DE CUIDADOS EN CIRUGÍA CARDIACA PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE UN PAÍS EN VÍAS DE DESARROLLO

J. Ochoa, C. Mendoza, O. Cobos, L. Davila, P. Oyarzo y G. Sidel

*Hospital Pediátrico Baca Ortiz. Quito. Ecuador.*

**Introducción:** Se compar  los resultados de supervivencia de dos diferentes protocolos en cuidados durante dos periodos de tiempo del programa de ciru a pediátrica en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz, Quito, Ecuador. El estudio incluye un total de 2.694 pacientes tratados con ciru a: el grupo A desde junio de 1993 hasta noviembre de 2009 (1.760 pacientes) y el grupo B desde enero de 2010 hasta julio de 2014 (934 pacientes).

**Material y métodos:** La supervivencia de los grupos fue evaluada por periodos y de acuerdo a los niveles de complejidad del Score Aristotle para ciru a cardíaca en congénitos. En el grupo A no se dispuso de un servicio de ciru a cardíaca que siga protocolos únicos y consensuados; las decisiones de cuidado, en especial postoperatorio, fueron tomadas de manera independiente sin aprobación de un equipo médico. En el grupo B se siguieron protocolos previamente discutidos y aprobados por todo el equipo médico multidisciplinario basándose en evidencia científica, con conceptos de liderazgo único (cirujano cardíaco) que daba los direccionamientos para el cuidado de los pacientes.

**Resultados:** En el grupo A, el 60,16% de los casos fueron de primer nivel, el 34,2% de segundo nivel, el 2,2% de tercer nivel y el 1,44% de cuarto nivel. La supervivencia de cada uno de estos grupos fue del

98,6%, 72,4%, 42,3% y 25,4% respectivamente. En el grupo B, el 50,68% fue de primer nivel, el 38,26% de segundo nivel, el 7,89% de tercer nivel y el 3,17% de cuarto nivel. La supervivencia en estos grupos fue del 98,7%, 93,1%, 84,9% y 80,45% respectivamente.

**Conclusiones:** El grupo B incluye un aumento en los pacientes de mayor complejidad de acuerdo al Score de Aristotle, sin embargo la supervivencia se incrementa en el grupo B, comparada con el grupo A, en todos los niveles de complejidad. Los resultados sugieren que los cambios en el modelo de cuidados pediátricos en cirugía cardíaca tiene un impacto positivo en la supervivencia de los pacientes sometidos a cirugía cardíaca pediátrica en nuestro hospital.

#### **IMPLANTE DE VÁLVULA PULMONAR INYECTABLE SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA. TÉCNICA QUIRÚRGICA (VÍDEO)**

J. Aramendi, G. Hamzeh, A. Crespo, A. Cortés, A. Cubero y D. Rivas

*Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital de Cruces. Bilbao. España.*

La insuficiencia pulmonar severa precisa reintervención para implantar una prótesis valvular pulmonar. Reportamos la técnica quirúrgica del implante de la prótesis inyectable biopulmonic autoexpandible sin precisar circulación extracorpórea por vía periventricular. Es una bioprótesis porcina insertada en un *stent* de nitinol recubierto de pericardio bovino con tratamiento no-react técnica quirúrgica: anestesia general y control ecocardiográfico. Se realiza esternotomía media y se disea la cara anterior del ventrículo derecho y la arteria pulmonar hasta la bifurcación. Se administra media dosis de heparina 1,5 mg/kg. Se dan dos puntos en bolsa de tabaco en el tracto de salida de VD cerca del plano valvular pulmonar. Se elige una talla 2 mm mayor que el diámetro del tronco pulmonar. La prótesis se pliega e introduce en el barril del trocar-inyector y se monta el introductor. Se incide el infundíbulo en la bolsa de tabaco. Se introduce el trocar-inyector y bajo palpación externa se libera la válvula que se autoexpande fijándose en el tronco pulmonar. Se fija externamente con 2 puntos de Prolene 4/0 a través de la pared pulmonar para evitar la migración de la válvula hacia la bifurcación. Control por ecocardiograma. Se cierra la sutura en el infundíbulo. Se revierte parcialmente la heparina y el esternón se cierra de manera habitual. El paciente se extuba en quirófano. Se han intervenido 2 pacientes de 36 y 41 años. Cirugía previa: Tetralogía de Fallot y estenosis pulmonar aislada. Prótesis 29 mm. Ninguno precisó transfusión. Eco satisfactorio en ambos: IP mínima, área 2,5 cm<sup>2</sup>.

#### **FÍSTULA ENTRE CORONARIA DERECHA Y VENTRÍCULO IZQUIERDO (VÍDEO)**

J.M. Gil-Jaurena, R. Pérez-Caballero, M.T. González-López y A. Pita

*Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid. España.*

Presentamos un caso de fístula entre origen de coronaria derecha y ventrículo izquierdo. Tras iniciar la circulación extracorpórea, clamped la aorta y administrar cardioplegia, se practica una aortotomía oblicua además de una apertura del origen dilatado de la coronaria derecha. A través de ambos accesos, se observa una fístula entre la coronaria derecha y el ventrículo izquierdo, además de un ostium coronario prácticamente atrético. La corrección quirúrgica consistió en una ampliación del ostium coronario y cierre de la fístula mediante parche de pericardio autólogo. De esta manera, quedó restablecido el flujo coronario anterógrado y cerrado el trayecto entre la coronaria derecha y el ventrículo izquierdo. Tras 18 meses, el paciente se encuentra asintomático.





**BIOMED**



unidix

# Especialistas en cirugía cardiovascular

**desde 1977 al cuidado de tu salud**



**91 803 28 02**



**info@biomed.es**