

## Comunicaciones orales VII

Viernes, 15 de mayo (16:15-17:30 h)

### EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR CONCOMITANTE CON RADIOFRECUENCIA: RESULTADOS A LARGO PLAZO

M. García Bouza, B. Ramchandani Ramchandani, A. Aya n Albarrán, J. Martinell Martínez, J.L. Castañón Cristóbal y L.C. Maroto Castellanos

*Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.*

**Objetivos:** Analizar nuestros resultados a largo plazo en el tratamiento quirúrgico de la fibrilación auricular (FA).

**Métodos:** Febrero 2004-diciembre 2014. Analizamos las características basales de la cohorte, morbilidad hospitalaria, resultados a largo plazo y predictores de recurrencia de la FA. La definición del ritmo se hizo mediante *holter* de 24 h.

**Resultados:** N = 260. 50% varones. Edad media 64,5 (DE 10,5). 83% valvulares, 68% cirugía mitral. Euroscore logístico 5,9 (DE 4,7). FA paroxística 30%. Fuente de energía: radiofrecuencia bipolar irrigada en 198 y seca en 62. Mortalidad hospitalaria 3,5%. Morbilidad: ACVA (2,3%), marcapasos (7%), hemorragia (6,6%), IAM perioperatorio (2,7%). Al alta, el 77,8% estaba en ritmo sinusal (RS). Seguimiento

medio 4,8 años. A 5 años: supervivencia 90,8%, libres de ACVA 96%, libres de FA 59%. Los pacientes con FA persistente/permanente (52% vs 69%), duración de la FA > 24 meses (48% vs 68%), aurícula izquierda > 50 mm (50% vs 72%), disfunción ventricular (44% vs 58%), mayores de 70 años (44% vs 71%), y recurrencia de la FA durante los 3 primeros meses (39% vs 73%) presentaron una mayor incidencia de FA en el seguimiento. Predictores independientes de recurrencia (Regresión de Cox): Duración de la FA (HR 1,01, IC95% 1,006-1,014) y FA en los 3 primeros meses (HR 3, IC95% 1,8-4,8).

**Conclusiones:** La ablación quirúrgica de la FA concomitante con radiofrecuencia es un procedimiento seguro, con una tasa de RS a los 5 años del 60%, siendo los principales predictores de recurrencia la duración de la FA y la recurrencia durante los 3 primeros meses.

#### MORBILIDAD ASOCIADA A LA APARICIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR POSTOPERATORIA EN PACIENTES VALVULARES

M. Blanco, Y. Carrascal, G. Laguna, P. Pareja, C. Ortega, M. Fernández, R.J. Arnold, L. de la Fuente, A. Revilla, T. Sevilla, M. Fernández, N. Arce y P. Mota

*Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España.*

**Objetivos:** Cuantificar la morbilidad atribuible a la aparición de fibrilación auricular postoperatoria (FAP) tras cirugía cardíaca en pacientes valvulares en ritmo sinusal previo.

**Material y métodos:** Se estudió en 90 pacientes con patología valvular predominante la morbilidad postoperatoria y a medio plazo, en función de la presencia o ausencia de FAP.

**Resultados:** La presencia de FAP se asoció a un incremento significativo de: bajo gasto cardíaco ( $p = 0,046$ ), fracaso renal agudo no oligúrico ( $p = 0,020$ ), necesidad de diálisis ( $p = 0,046$ ) y estancia en unidad cuidados intensivos  $4,06 \pm 4,34$  vs.  $2,50 \pm 2,15$  días ( $p = 0,026$ ) y hospitalaria  $10,58 \pm 5,84$  vs.  $8,54 \pm 6,6$  días ( $p = 0,027$ ). No hubo diferencias significativas en la mortalidad (1,8 % en el grupo sin FAP vs. 3% en el grupo con FAP). Durante el periodo de seguimiento ( $24,9 \pm 10,03$  meses, mediana: 30 meses. Rango: 13-45) la reincidencia de FA fue significativamente superior en el grupo que presentó algún episodio de FAP (34,8% vs. 9,4%) ( $p = 0,038$ ) y dos pacientes en el grupo con FAP presentaron embolias durante el seguimiento (1 embolia periférica + 1 ACV). Solo 1 paciente falleció, debido a una endocarditis protésica tardía.

**Conclusiones:** La aparición de FAP se asocia a un incremento de los costes, sólo por hospitalización, del 14,28%. Una profilaxis adecuada de la FAP y de su duración puede reducir estancias, costes y complicaciones cardio-renales, así como la morbilidad asociada a su reincidencia a medio plazo.

#### FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA NECESIDAD DE IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDÍACA MAYOR

M.D. Arenas Tuzón, J.A. Blázquez González, J. Silvestre García, E. González Villegas, O. Razzo, L. Sartor, U. Ramírez Valdiris, I. Díaz de Tuesta Revilla, R. Sánchez Pérez, A. Hurtado Ortega, M. Monteagudo Vela y J.M. Mesa García

*Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.*

**Objetivos:** Analizar los factores de riesgo asociados a la necesidad de implante de marcapasos definitivo (MPD) en el postoperatorio inmediato de pacientes sometidos a cirugía cardíaca mayor.

**Métodos:** Desde enero de 2011 hasta diciembre de 2014, 1.154 pacientes consecutivos han sido sometidos a cirugía cardíaca mayor. Se ha analizado la asociación entre variables clínico-demográficas y la necesidad de implante de MPD en la fase postoperatoria inmediata.

**Resultados:** 50 pacientes (4,3%) precisaron implante de MPD en el postoperatorio inmediato. La insuficiencia renal preoperatoria [ $p = 0,030$ ; OR 2,2 (IC95%: 1,1-4,3)], la reintervención [ $p = 0,002$ ; OR 3 (IC95%: 1,6-5,6)], la cirugía valvular [ $p = 0,006$ ; OR 2,4 (IC95%: 1,3-4,5)] y la endocarditis [ $p = 0,002$ ; OR 4,7 (IC95%: 2-11,1)] son factores predictores de la necesidad de implante de MPD en el postoperatorio inmediato. Los pacientes que precisaron MPD presentaban peor perfil de riesgo preoperatorio determinado por EuroSCORE ( $15,9 \pm 18,2\%$ ;  $p = 0,020$ ), y la necesidad de implante de MPD se asoció con estancia postoperatoria en la Unidad de Reanimación más prolongada ( $12,9 \pm 19,5$  días vs.  $8,1 \pm 13,4$  días;  $p = 0,020$ ) y estancia postoperatoria total más prolongada ( $26,7 \pm 35,5$  días vs.  $13,5 \pm 14,7$  días;  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** En nuestra serie, son factores de riesgo relacionados con la necesidad de MPD la cirugía valvular, la endocarditis, la reintervención y la insuficiencia renal preoperatoria. La necesidad de implante de marcapasos definitivo en el postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca mayor determina la prolongación de la estancia hospitalaria.

#### CANULACIÓN CENTRAL PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA EN CIRUGÍA DE LA AORTA DESCENDENTE Y TORACOABDOMINAL (VÍDEO)

E. Quintana<sup>1</sup>, G. Ventosa<sup>1</sup>, M. Masanet<sup>1</sup>, B. Moscoso<sup>1</sup>, P. Matute<sup>2</sup>, G. Fita<sup>2</sup> y D. Pereda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servei de Cirurgia Cardiovascular. Hospital Clínic de Barcelona. Universitat de Barcelona. <sup>2</sup>Servei d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor. Hospital Clínic de Barcelona. Universitat de Barcelona. España.

**Objetivos:** La canulación periférica para la perfusión durante cirugía de la aorta descendente/toracoabdominal sigue siendo la estrategia más empleada a pesar de sus inconvenientes. Describimos la técnica de canulación central para patología aneurismática y disección aórtica.

**Pacientes:** Pacientes que precisan reparación de patología aórtica a través de toracotomía izquierda o tóraco-freno-laparotomía. Se incluyen casos de disección de aorta tipo B y patología aneurismática crónica.

**Técnica:** Con el paciente en decúbito lateral derecho de aproximadamente 60 grados se accede a través del quinto a séptimo espacio intercostal en función de la extensión de la patología a corregir. Se abre el pericardio posteriormente al nervio frénico y se tracciona del mismo para exposición de la cavidad. Se procede a la heparinización sistémica y posteriormente a la canulación arterial directa o perarterial con control ecocardiográfico transesofágico. Según la patología y la estrategia de perfusión se coloca una segunda cánula arterial para perfusión distal para minimizar la isquemia visceral. La canulación venosa directa se obtiene a través de la cara posterior de la aurícula derecha en su intersección con la vena cava inferior. Si la reparación se realiza con hipotermia profunda se coloca un catéter de descompresión ventricular izquierdo a través de la vena pulmonar inferior izquierda.

**Conclusiones:** Esta estrategia de canulación permite evitar las complicaciones inherentes a otras incisiones quirúrgicas y a la manipulación de vasos periféricos, minimiza la posibilidad de embolia retrógrada asociada a la perfusión femoral y permite un drenaje venoso sistémico menos restrictivo.

## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO Y DESCRIPTIVO DE LOS TUMORES CARDIACOS INTERVENIDOS EN NUESTRO MEDIO

F. López-Valdiviezo, J. Hernández Campo, M.A. Gutiérrez-Marín, C. Velázquez-Velázquez, R. García de la Borbolla, J. Olarte Villamizar, J.C. Téllez-Cantero, M. García de la Borbolla y J.A. Barquero-Aroca

*Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.*

**Introducción:** Los tumores cardiacos conforman una patología rara con una presentación clínica muy diversa, tanto cardiovascular como constitucional; con relativa frecuencia son asintomáticos presentándose como un hallazgo casual. Su diagnóstico temprano permite un tratamiento correctivo quirúrgico definitivo siendo los resultados óptimos en la mayor parte de casos. Nuestro estudio analiza la epidemiología, presentación clínica, localización, tipo de tumor, y el abordaje diagnóstico y terapéutico.

**Métodos:** Entre 1979 y 2014 se realizaron 52 intervenciones por tumores cardiacos en nuestro servicio, todos mediante cirugía abierta. Para el estudio se seleccionaron todos.

**Resultados:** Existe una prevalencia ligeramente superior en mujeres, del 55,77%. La sintomatología más evidente comprendió: disnea (44,23%), dolor torácico (23,08%) y palpitaciones (21,12%), siendo hallazgo casual en el 11,54%. El método de diagnóstico fue por ecografía transtorácica en 84,62% y su localización más habitual la aurícula izquierda en 63,46% seguida de la aurícula derecha. La anatomía patológica más prevalente fue mixoma (61,54%) seguido por sarcoma (7,69%). Tanto la mortalidad precoz como la tasa de recidiva fueron del 1,92%.

**Conclusiones:** La ecografía transtorácica sigue siendo el método de diagnóstico principal en esta patología con resultados del tratamiento quirúrgico que son muy favorables, presentando una mortalidad quirúrgica y una tasa de recidiva a largo plazo muy bajas.

## SARCOMA INTIMAL DE ARTERIA PULMONAR. ABORDAJE QUIRÚRGICO Y SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO

V.M. Ospina, M.J. López Gude, F. Vera Puente, A.I. García, A. Eixeres Esteve, S. Mihanda, E. Pérez de la Sota, J. Centeno Rodríguez, C. Martín y J.M. Cortina Romero

*Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.*

**Introducción y objetivos:** El sarcoma intimal de las arterias pulmonares (SIAP) es un tumor con baja frecuencia epidemiológica, difícil diagnóstico y mal pronóstico; la resección quirúrgica completa es la única posibilidad terap utica. Describimos las características clínicas, los resultados perioperatorios y la supervivencia a largo plazo de los pacientes sometidos a resección de este tumoral hasta la fecha en nuestro centro.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Desde mayo de 1997 se han intervenido 6 pacientes para resección de SIAP.

**Resultados:** El 66% fueron mujeres y la edad media fue 47 años. La afectación an mica fue en su mayoría del tronco y rama pulmonar derecha. La presión sistólica pulmonar media fue 60 mmHg y 4 enfermos presentaban disfunción del ventrículo derecho. La cirugía consistió en: endarterectomía pulmonar en 2 pacientes, resección del tumor y reemplazo del tronco y ramas pulmonares principales por un homoinjerto en 2, reconstrucción con parche de arterias pulmonares en 1 y sustitución valvular tricúspide y pulmonar con ampliación del tracto de salida de ventrículo derecho en 1. Al alta todos mostraron normalización de PSP. La mortalidad hospitalaria fue del 16%. Con un tiempo medio de seguimiento de 63 meses y desviación estándar de 35, la supervivencia a los 3 y 5 años es 60% y 50% respectivamente. Todos recibieron quimioterapia adyuvante,

un paciente se reintervino por recidiva en la arteria pulmonar, 2 necesitaron neumonectomía.

**Conclusiones:** Los resultados perioperatorios en esta serie son buenos. La supervivencia es mayor a la publicada en algunas series, con baja tasa de recidiva durante el seguimiento.

## CALIBRACIÓN Y DISCRIMINACIÓN DEL EUROSCORE II EN OCTOGENARIOS INTERVENIDOS DE RECAMBIO VALVULAR AÓRTICO EN NUESTRO CENTRO

R. Díaz, D. Hernández-Vaquero, R. Cabo, E. Díaz, B. Meana y J. Silva

*Hospital Universitario Central de Asturias. España.*

**Introducción y objetivo:** El EuroSCORE ha sido utilizado para identificar pacientes de alto riesgo quirúrgico y seleccionar candidatos para técnicas transc ter. Sin embargo, sobreestima el riesgo real, especialmente en octogenarios intervenidos de recambio valvular aórtico. El nuevo modelo EuroSCORE II nació con el objetivo de superar las antiguas limitaciones de su predecesor. Sin embargo, la validación externa de este modelo en octogenarios intervenidos de recambio valvular aórtico aún no ha sido evaluada. Nuestro objetivo es evaluar la validación externa del EuroSCORE II en esta población.

**Métodos:** Desde enero de 2005 hasta enero de 2013, 387 octogenarios fueron intervenidos de recambio valvular aórtico en nuestro centro. La precisión del EuroSCORE II para predecir el riesgo quirúrgico fue evaluada midiendo la calibración mediante el test de Hosmer Lemeshow (HL) y la discriminación mediante el área bajo la curva ROC.

**Resultados:** La mortalidad observada fue del 8,5%, con una mortalidad esperada por EuroSCORE II de 6,4%. La calibración fue buena ( $p = 0,19$  del test de HL) y el poder de discriminación fue excelente ( rea ROC = 0,89). Evaluando la calibración por cuartiles de riesgo, el modelo calibr  de forma aceptable los tres primeros cuartiles pero no el cuarto, en el que el EuroSCORE II infraestimaba claramente el riesgo quirúrgico ( $p = 0,032$ ).

**Conclusiones:** El EuroSCORE II es un buen modelo para predecir la mortalidad en octogenarios intervenidos de recambio valvular aórtico en nuestro centro. Sin embargo, infraestima el riesgo en los pacientes de riesgo quirúrgico más elevado.

## HEMANGIOMA CAVERNOSO EN VENA CAVA SUPERIOR: RESECCIÓN QUIRÚRGICA (VÍDEO)

S. Serrano Fiz<sup>1</sup>, J. Rivas Oyarzabal<sup>1</sup>, R. Burgos Lázaro<sup>1</sup>, J.R. Díaz López<sup>1</sup>, C. Salas Antón<sup>2</sup> y A. Forteza Gil<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía Cardíaca; <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un paciente varón de 67 años, asintomático, al que se realizó un estudio radiológico simple de tórax donde se apreció una masa tumoral en el mediastino medio derecho con desviación de la tráquea hacia el lado izquierdo. El TAC y la RMN objetivaron una lesión tumoral de 56 x 41 mm en el mediastino medio cuyo origen se encontraba en la parte media de la vena cava superior y que se extendía desde 2 cm antes de la desembocadura de la vena cava superior hasta la confluencia entre el tronco venoso innominado y la vena yugular interna derecha. Presentaba un componente expansivo, creciendo fundamentalmente hacia la luz vascular y produciendo una estenosis de la misma sin datos de compresión extrínseca ni infiltración. Fue intervenido mediante esternotomía media, disec ndose el ángulo venoso de unión entre el tronco innominado y la vena yugular interna derecha. Se

implantó un *shunt* veno-venoso temporal entre el tercio medio de la vena innominada y la orejuela derecha y se substituyó la vena cava superior por un tubo de PTFE anillado, que se suturó con GoreTex. No hubo complicaciones intrahospitalarias. El estudio histológico identificó un hemangioma cavernoso de vena cava superior, con

bordes quirúrgicos libres de tumor. Las adenopatías próximas al tumor resultaron negativas a extensión tumoral. El hemangioma cavernoso de vena cava superior es una tumoración excepcional, mesenquimal, vascular, benigna y con curación si la resección del tumor es completa.





**BIOMED**



unidix

# Especialistas en cirugía cardiovascular

**desde 1977 al cuidado de tu salud**



**91 803 28 02**



**info@biomed.es**