

## Vídeos premio

# XXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular

Madrid, 22-25 de junio de 2016

## Premio Manuel Concha

ID: 350

### MIECTOMÍA EN MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA CON ASA DE RADIOFRECUENCIA (MYECTOOL)

J. Sirgo González, F. Hornero, A. Mena, J. Martínez-Leon, R. García Fuster, O. Gil Albarova, M. Juez y F. Paredes

Hospital General Universitario de Valencia.

Comunicación con vídeo que muestra la técnica quirúrgica empleada en nuestro servicio para tratar la miocardiopatía hipertrófica obstructiva mediante asa de radiofrecuencia con excelentes resultados.

**Topics:** Miscellaneous.

**Vídeo disponible en:** [https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj\\_3HLMmtiRTlqd3RybG8&usp=sharing](https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLMmtiRTlqd3RybG8&usp=sharing)

ID: 298

### CIRUGÍA DE ANEURISMA TORACOABDOMINAL

P. Resta Bond, R. Rodríguez Lecoq, R. Ríos Barrera, N. Palmer Camino, M.S. Siliato Robles, A. Pamies Catalán y A. Igual Barceló

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

**Introducción:** Los aneurismas de aorta descendente toraco-abdominal suponen un reto quirúrgico ya que por su localización anatómica precisan una intervención de alta complejidad técnica y tecnológica que conlleva implícito el riesgo de complicaciones potencialmente graves.

**Métodos:** Mediante el presente vídeo, compartimos nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de un paciente con un aneurisma toraco-abdominal tipo I, supra-renal.

**Resultados:** Se procedió a realizar el recambio de la aorta descendente por un injerto vascular de Dacron Hemashield, desde inmediatamente distal a la arteria subclavia izquierda hasta proximal al nacimiento de las arterias renales, utilizando una asistencia ventricular izquierda sin heparinización. El procedimiento cursó sin complicaciones.

**Conclusiones:** En la actualidad, la cirugía toraco-abdominal es una de las opciones quirúrgicas más agresivas de nuestra especialidad, no obstante necesaria en determinados casos, y siendo realizada con un equipo experimentado ofrece buenos resultados.

**Topics:** Aortic surgery.

**Vídeo disponible en:** [https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj\\_3HL eUVfRmZJUjdNMrk&usp=sharing](https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HL eUVfRmZJUjdNMrk&usp=sharing)

ID: 353

### REPARACIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA UNICÚSPIDE

R. Álvarez Cabo, C. Vigil, B. Meana, R. Díaz, D. Hernández-Vaquero, P. Mencia, M. Martín, J. Reguero, F. Callejo, J. de la Hera, J.C. Llosa Cortina, C. Morales Pérez y J. Silva Guisasola

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

**Introducción:** La válvula aórtica unicúspide es una variante presente en el 0,02% de los individuos. Asocia dilatación de aorta ascendente y el tratamiento

habitual es el reemplazo valvular aórtico pues se presenta con tejidos desestructurados. Presentamos este video en el que realizamos una cirugía conservadora de válvula aórtica transformando una válvula unicúspide en bicúspide como alternativa al implante de prótesis.

**Caso clínico:** Paciente de 40 años con válvula aórtica unicúspide, insuficiencia aórtica grado IV y dilatación de raíz de aorta. Análisis retrospectivo de 8 pacientes con válvula aórtica unicúspide y cirugía conservadora (2011-2015). En el video se realiza: anuloplastia, bicuspidización con pericardio y remodelado de raíz aórtica (Yacoub). Tras cirugía la insuficiencia aórtica era grado I. El grupo mostraba: edad media  $37,5 \pm 11,2$  años, 1 (12,5%) mujeres; EUROSORE-Logístico  $5,6 \pm 2,5$ ; EUROSORE-II  $1,9 \pm 1,2$ . Procedimientos realizados: reimplante-valvular (David) + plástia-aórtica 4 (50%); remodelado-aórtico (Yacoub) + plástia-aórtica 3 (32,5%); plástia-aórtica (tricuspídidación) 1 (12,5%). La insuficiencia aórtica preoperatoria de la serie: II (12,5%), III (12,5%) y IV (75%). El seguimiento medio fue  $9,6 \pm 7,3$  meses. No hubo exitus. El 87,5% están libres de insuficiencia aórtica. Sólo el paciente en que se realizó plástia-aórtica aislada la insuficiencia evolucionó de leve a grado III en el seguimiento.

**Discusión:** La reparación de válvula aórtica unicúspide es posible con buenos resultados clínicos y ecocardiográficos.

**Topics:** Valve surgery, Aortic surgery.

**Vídeo disponible en:** [https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj\\_3HL WkhfSkHTUjjMm8&usp=sharing](https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HL WkhfSkHTUjjMm8&usp=sharing)

ID: 290

### IMPLANTACIÓN QUIRÚRGICA DE VÁLVULA PERCUTÁNEA (MELODY) EN POSICIÓN MITRAL. EXPERIENCIA INICIAL

M.P. Pareja Peláez<sup>1</sup>, A. González Rocafort<sup>1</sup>, J. Rey<sup>1</sup>, R. Sánchez<sup>1</sup>, L. Polo<sup>2</sup>, F. Gutiérrez-Larraña<sup>1</sup> y A. Aroca<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Cirugía Cardiaca Infantil; <sup>2</sup>Cardiología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Introducción:** En la valvulopatía mitral pediátrica la reparación quirúrgica frecuentemente fracasa. La ausencia de prótesis pequeñas, el difícil manejo de la anticoagulación, la degeneración valvular precoz y la necesidad de reintervenciones por crecimiento del niño son problemas a resolver tras implantar una prótesis. La válvula biológica expandible percutánea (Melody) se ha propuesto recientemente como alternativa.

**Caso clínico:** Lactante (4 meses) con insuficiencia mitral grave sintomática. El ecocardiograma muestra velos mitrales engrosados en A3-P3 y movilidad reducida con ausencia de coaptación central. Aurícula y ventrículo izquierdo severamente dilatado. PSAP: 45 mmHg. FEVI normal. Realizamos valvuloplastia mitral quirúrgica (técnica de Kay-Wooler). El ETE intraoperatorio demuestra IM moderada residual, mejoría suficiente para evitar una prótesis. En el seguimiento precoz presenta clínica de insuficiencia cardiaca con IM severa y aurícula izquierda aneurismática. Tras reunión del heart-team se decide implantar por primera vez una válvula Melody en posición mitral. Posoperatorio sin incidencias. El video detalla la técnica quirúrgica empleada.

**Discusión:** La Melody es una opción terapéutica para la valvulopatía mitral congénita especialmente útil en anillos pequeños. La dilatación percutánea conforme el niño crezca reduciría las reoperaciones. Al ser indicación off-label, aún quedan cuestiones por resolver como la durabilidad de la prótesis o la efectividad tras múltiples dilataciones.

**Topics:** Surgery congenital heart disease.

**Vídeo disponible en:** [https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj\\_3HLY Td0dXBoNGhpMEk&usp=sharing](https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLY Td0dXBoNGhpMEk&usp=sharing)

**ID: 109****ATRESIA AÓRTICA E HIPOPLASIA SEVERA DE AORTA ASCENDENTE Y ARCO: ESTRATEGIA QUIRÚRGICA DE TRASPLANTE CARDÍACO NEONATAL**

M.T. González López<sup>1</sup>, J.M. Gil Jaurena<sup>1</sup>, R. Pérez-Caballero Martínez<sup>1</sup>, A.M. Pita Fernández<sup>1</sup>, M. Camino López<sup>2</sup>, N. Gil Villanueva<sup>2</sup> y A. Pedraz Prieto<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Cirugía Cardíaca Pediátrica; <sup>2</sup>Cardiología Pediátrica; <sup>3</sup>Cirugía Cardíaca.

Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Introducción:** La atresia aórtica, hipoplasia severa de aorta/arco y CIV/ventrículos balanceados es una entidad excepcional con reparación quirúrgica controvertida. Presentamos una peculiar estrategia de trasplante cardíaco neonatal en un caso con anatomía desfavorable y disfunción ventricular.

**Caso clínico:** Neonato (3 kg), atresia aórtica, hipoplasia grave aorta ascendente (1,5 mm) y arco, CIV, ventrículos balanceados. Bibanding y ECMO 12h post-op (PCR). Disfunción ventricular derecha. Desestimado para cirugía prevista, implantación stent ductal, retirada ECMO (6º día) y listado (urgencia 1). Trasplante, 30 días de vida (donante 12 kg). Estrategia: canulación arteria pulmonar (perfusión retrógrada arco por stent ductal), VCS y VCI. Debanding. Hipotermia (16 °C). Sección ductus, aorta torácica descendente y apertura arco, casquete TSA nativos. Recanulación carótida izda. Injerto libre completo (donante) de aorta ascendente/arco: anastomosis termino-terminal a torácica descendente y parche de Carrell seguido del trasplante (bicava). CEC 372', isquemia total 157'. Cierre tórax (5º día), extubación (25º día). Alta (3 meses post-trasplante), sin incidencias al seguimiento (6 meses post-trasplante).

**Discusión:** Una adecuada estrategia de reconstrucción previa al trasplante es fundamental en casos de anatomía compleja. El empleo de injerto libre de arco y aorta donante "simplifica" la cirugía en este contexto, sin incrementar tiempo de isquemia, con óptimos resultados.

**Topics:** Surgery congenital heart disease, Circulatory assistance and transplant.

**Vídeo disponible en:** [https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj\\_3HLeDRueVJORlJiVkJU&usp=sharing](https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLeDRueVJORlJiVkJU&usp=sharing)

**ID: 258****TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA TORÁCICO POR SEGUNDO ESPACIO INTERCOSTAL**

J.M. Vignau Cano, T. Daroca Martínez, D. Macías Rubio y A. Bermúdez

SAS.

**Introducción:** Presentar nuestra experiencia con pacientes a los que se ha implantado endoprótesis torácica/s vía transaórtica.

**Caso clínico:** Exposición en formato video de unos 7 minutos, se observa el implante de dos endoprótesis solapadas, implantadas vía anterógrada a través de un segundo espacio intercostal, consiguiendo un tratamiento exitoso de un aneurisma de aorta torácica descendente que llega hasta tronco cefálico.

**Discusión:** La implantación transaórtica de endoprótesis es una vía útil para el tratamiento de patología de aorta descendente en aquellos pacientes en los que la vía retrógrada no es posible. Es una vía segura y sencilla en nuestro medio. La implantación a través de minitoracotomía en pacientes con anatomía favorable tiene ventajas.

**Topics:** Aortic surgery.

**Vídeo disponible en:** [https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj\\_3HLb1FpMzJwZ29LVjg&usp=sharing](https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLb1FpMzJwZ29LVjg&usp=sharing)

**ID: 345****DOBLE RESTAURACIÓN VENTRICULAR SIN ISQUEMIA MIOCÁRDICA**

R. Voces, A. Cortes, R. Blanco, M.V. Boado, B. Bravo, A. Gandiaga y M.A. Rodríguez

Osakidetza.

**Introducción:** La cirugía denominada "RESTORE" busca la disminución del volumen ventricular mediante la exclusión de las zonas aquinéticas para conseguir una contracción más eficaz y por ende la mejoría clínica del enfermo. Esto supone una gran agresión para el corazón, especialmente cuando se lleva a cabo sobre dos segmentos no contiguos.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 59 años con angina de primo esfuerzo y disnea CF III, con dos infartos transmurales previos (infero-basal y lateroposterior), Fe 24%, DTD 72 mm y VTS 254 cc, con insuficiencia mitral moderada-severa y enfermedad de tres vasos. En aras de disminuir el tiempo de isquemia, se hizo un triple bypass aortocoronario (safena-OM-DP; AMI-DA) bajo CEC sin clampaje y así valorar mejor las zonas aquinéticas. Posteriormente, también sin isquemia, se realizó una ventriculotomía interpapilar desde la base al ápex, a través de la cual se llevó a cabo la exclusión de la zona aquinética inferobasal mediante suturas circulares que plicaron dicha zona, para después restaurar la cara lateroposterior con un parche de pericardio. Finalmente, se reparó la válvula mitral mediante anuloplastia y aproximación de músculos papilares, aunque para ello precisó un tiempo mínimo de isquemia y así comprobar la competencia de la válvula, la posición de los músculos papilares y un correcto purgado de cavidades.

**Discusión:** Evitar la isquemia durante la realización de los bypass y la restauración permite una menor agresión con la evidente ventaja para este tipo de enfermos. El postoperatorio curso sin incidencias, requiriendo sólo dosis bajas de DBT 48 horas. La RM de control mostró Fe 28%, DTD 62 mm, VTS 190 cc. Tres meses después presenta CF II sin angor.

**Topics:** Coronary surgery.

**Vídeo disponible en:** [https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj\\_3HLuHZnQ1BZb1FTM3c&usp=sharing](https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLuHZnQ1BZb1FTM3c&usp=sharing)

**ID: 318****IMPLANTE DE ASISTENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA DE LARGO PLAZO "HEARTWARE" POR ESTERNOTOMÍA MEDIA**

P. Farina, M. Lorenzo Díaz, A.P. González Arevalo, J. Massó del Canto, J.M. Arribas Leal, J. García-Puente del Corral, F. Gutiérrez García y S.J. Cánovas López

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

El trasplante cardíaco es el tratamiento de referencia para los enfermos que padecen de insuficiencia cardiaca en fase terminal. La reducción del número de donantes debida -entre otras cosas- a la disminución de las muertes cerebrales por accidentes de tráfico, ha alargado el tiempo promedio de espera y la mortalidad de los pacientes candidatos a trasplante. Por otra parte, la fiabilidad de los dispositivos de asistencia ventricular de largo plazo mejora continuamente, y según recientes estadísticas el porcentaje de supervivencia a un año es comparable al trasplante. La bomba HVAD de Heartware es actualmente el dispositivo que ha demostrado la mejor supervivencia a un año. En este video, mostramos el implante de una asistencia ventricular izquierda tipo Heartware por esternotomía media y CEC, como alternativa al trasplante en un paciente con insuficiencia cardiaca terminal debida a miocardiopatía dilatada isquémica.

**Topics:** Circulatory assistance and transplant.

**Vídeo disponible en:** [https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj\\_3HLejBLQkV2TzZHTU0&usp=sharing](https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLejBLQkV2TzZHTU0&usp=sharing)



# BIO MED



unidix

# Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

