



Cardiocre



214/2 - Cirugía mini-invasiva en cardiopatías congénitas: innovaciones y futuro

M.T. González López¹, A.M. Pita Fernández¹, R. Pérez-Caballero Martínez¹, J.M. Gil Jaurena¹ y A. Rodríguez Ogando²

¹Cirugía Cardíaca Pediátrica; ²Cirugía Pediátrica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La cirugía en cardiopatías congénitas debe buscar abordajes menos agresivos, garantizando la corrección de la patología, aunque la experiencia actual es limitada. Presentamos las indicaciones, innovaciones técnicas y resultados tras implantación de nuestro programa de mini-invasiva.

Material y métodos: 150 pacientes [período: 37 meses (enero'2013-enero'2016)]. Grupo pediátrico (n = 147): edad media 3,3 años (rango 7 días-14 años). Grupo adultos-(GUCH) (n = 3): 44 años (rango 36-56). Abordajes empleados: toracotomía antero-lateral (submamaria) (n = 28), toracotomía axilar (n = 21), toracotomía postero-lateral (n = 10), miniesternotomía inferior (n = 85) y superior (n = 6). Indicaciones y técnicas: cierre directo/parche CIAS/CI VS (n = 98); reconducción drenaje venoso anómalo (directo/doble parche) (n = 19); corrección completa canal AV (parcial/completo) (n = 20); técnicas resectivas (cor triatriatum/MCP hipertrófica) (n = 4); reparación (patología valvular) (n = 9). Se implantaron progresivamente los distintos abordajes e indicaciones según cardiopatía y edad, hasta la introducción de videotoracosopia asociada en marzo 2015 (5 casos videoasistidos desde entonces).

Resultados: Tiempo CEC $73,5 \pm 38,2$ minutos (rango 27-143); Clampaje $34,3 \pm 21,4$ (rango 0-133). Tasa reconversión 0,6% (n = 1: toracotomía axilar a postero-lateral). Extubación intraoperatoria 93,1% (n = 139). Reintervención precoz (a 30 días) fue 2% (n = 3: 1 Ross-Konno por IAO grave post-cierre CIV; 1 sangrado; 1 CIV residual). Seguimiento medio ($19,8 \pm 9,6$ meses, rango 2-36): mortalidad 1,3% (n = 2) (1 paciente con fisiología univentricular que precisó Take-Down precoz de Fontan (tras corrección de cimitarra); 1 paciente por hipertensión pulmonar refractaria tras corrección canal completo). En el resto (n = 148): óptima clase funcional/no lesiones residuales/sin complicaciones del abordaje quirúrgico.

Conclusiones: La cirugía mini-invasiva presenta excelentes resultados sin incrementar riesgo quirúrgico. Un programa progresivo con modificaciones técnicas es clave para ampliar las indicaciones hacia mayor complejidad/menor edad con seguridad.