

## **Comunicaciones orales 4**



## CO25

**136. FUNCIÓN VENTRICULAR DERECHA TRAS LA SUSTITUCIÓN VALVULAR PULMONAR: SEGUIMIENTO A MEDIO PLAZO MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA**

Mosquera Rodríguez VX, Estévez Cid F, Pérez López J, Mohammad El Diasty M, Portela Torrón F, Zavanella Botta C, Juffé Stein A  
*Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, La Coruña*

**Objetivo:** Analizar mediante resonancia magnética cardíaca (RMC) el efecto a medio plazo del recambio valvular pulmonar sobre la función y volúmenes del ventrículo derecho (VD).

**Material y métodos:** Doce pacientes (edad media  $29,5 \pm 13,6$  años) con insuficiencia pulmonar igual o más moderada-grave (fracción de regurgitación media  $45,2 \pm 15,9\%$  en RMC) con antecedente de cardiopatía congénita corregida en edad infantil (9 tetralogías de Fallot y 3 operación de Ross) fueron sometidos a recambio valvular pulmonar (11 prótesis Freestyle y 1 bioprótesis Carpentier-Edwards) con diámetro medio  $25,1 \pm 2$  mm. Se realizó RMC pre y postoperatoria mediante secuencias de pulso *turbo gradient echo* (TGE) y *steady-state free precession* (SSFP).

**Resultados:** Seguimiento medio de  $39,9 \pm 15,1$  meses. No hubo recurrencia de insuficiencia pulmonar igual o más moderada. Gradiente transprótesis medio  $12,4 \pm 9,2$  mmHg. Aumento postoperatorio no significativo de la fracción de

eyección del VD ( $52,6 \pm 17,7\%$  a  $57,7 \pm 11,6\%$ ;  $p = 0,28$ ). Disminución del índice de volumen telediastólico VD de  $1.19,7 \pm 63,4$  a  $87,4 \pm 30,9$  ml/m<sup>2</sup> ( $p = 0,012$ ) y del telesistólico VD  $66,9 \pm 37,4$  a  $42,1 \pm 20,6$  ml/m<sup>2</sup> ( $p = 0,025$ ). Índices de volúmenes telediastólicos VD preoperatorios (ml/m<sup>2</sup>) mayores se correlacionaron con reducciones más importantes en los índices postoperatorios (índice de correlación  $r = 0,8$ ;  $p = 0,035$ ). La «normalización» del índice telediastólico ( $\leq 107$  ml/m<sup>2</sup>) y telesistólico ( $\leq 47$  ml/m<sup>2</sup>) sólo se observó cuando el índice preoperatorio telediastólico era igual o inferior a  $80$  ml/m<sup>2</sup> y el telesistólico igual o inferior a  $68$  ml/m<sup>2</sup>.

**Conclusiones:** La corrección de la insuficiencia pulmonar permite un remodelado positivo del VD con reducción de los volúmenes ventriculares derechos. La «normalización» de los volúmenes del VD requiere un estricto seguimiento mediante RMC para decidir el momento óptimo para la sustitución valvular pulmonar.

## CO26

**123. TRUNCUS ARTERIOSO Y CONDUCTO DE YUGULAR BOVINA. ESTUDIO DE UNA SERIE**

Martínez Serrano F, Ginestar Castelló A, Congiu S, Bartual Olmos MC, Montero Argudo A, Caffarena Calvar JM  
*Hospital Universitario La Fe, Valencia*

**Introducción:** El tratamiento actual del *truncus* arterioso (TA) es la corrección a edad precoz. El tipo de conducto empleado en la reconstrucción del lado derecho del corazón condiciona el pronóstico. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento, estudiando factores de riesgo para la corrección y comportamiento del conducto de yugular bovina empleado uniformemente en la reconstrucción ventriculopulmonar.

**Material y método:** Serie de 25 pacientes intervenidos (mayo de 2000 - enero de 2008). Edad media 28 días (6-72); peso  $3,5$  kg (2,9-5,9). Tipo anatómico TA A1-2 18 casos (72%), A3 3 (12%), A4 4 (16%). Insuficiencia importante válvula truncal 3 casos (12%), síndrome DiGeorge 8 casos (32%). La continuidad VD-AP reconstruida con conducto de yugular bovina de 12-14 mm. Plastia válvula truncal 3 casos.

**Resultados:** Mortalidad hospitalaria 1 caso. Seguimiento medio  $54,75 \pm 36,53$  meses. Un paciente falleció a los 51

meses por obstrucción grave del conducto; otro a los 6 meses en *truncus* con IAAo por enfermedad vascular pulmonar. Seis pacientes precisaron angioplastia sobre conducto (tiempo medio  $8,25 \pm 8,13$  meses) y 3 reintervenidos para sustituir el conducto (tiempo medio  $41 \pm 21,92$  meses). En dos casos existía atrapamiento origen ramas pulmonares. Supervivencia actuarial (91 meses)  $83,2 \pm 9,5\%$ . Libertad actuarial fallo conducto (91 meses)  $35,1 \pm 14,2\%$ .

**Conclusiones:** El *truncus* puede ser corregido a edades muy tempranas con excelentes resultados. La morbilidad tardía está fundamentalmente relacionada con conducto empleado. El comportamiento del conducto de yugular bovina a medio plazo es superior a otras prótesis utilizadas, aunque existe una incidencia preocupante de estenosis de boca anastomótica distal con atrapamiento de ramas pulmonares. La dilatación observada en los conductos induce insuficiencia valvular bien tolerada.

## CO27

#### 44. CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE LA COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR POSTINFARTO: FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD HOSPITALARIA Y SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO

Blázquez González JA, Cortina Romero JM, Pérez de la Sota E, Forteza Gil A, López Gude MJ, Centeno Rodríguez J, Martín López CE

*Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid*

**Objetivo:** Determinar los factores de riesgo relacionados con la mortalidad hospitalaria y la supervivencia tras la reparación quirúrgica de la CIV postinfarto.

**Material y métodos:** Desde noviembre de 1990, 27 pacientes con CIV postinfarto se han sometido a reparación quirúrgica (edad  $65 \pm 10$  años; EuroScore  $67,1 \pm 18,4\%$ ). La CIV fue posteroinferior en 16 (59,3%) casos. El diagnóstico de CIV se realizó  $3,2 \pm 3,4$  días tras el IAM. El tiempo medio desde el diagnóstico de CIV hasta la intervención quirúrgica fue  $3,6 \pm 9,2$  días, que fue emergente/urgente en 21 pacientes (77,8%) y diferida en 6 (22,2%). Se realizaron 6 (22,2%) revascularizaciones quirúrgicas concomitantes.

**Resultados:** La mortalidad hospitalaria fue 44,4% (IC 95%: 25,5-64,7%) y la tasa de mortalidad ajustada al riesgo quirúrgico 0,66. La causa principal de mortalidad fue el *shock* cardiogénico. Los factores predictores de mortalidad fueron

la localización de la CIV (posteroinferior 62,5 vs anterior 18%;  $p = 0,028$ ), el intervalo de tiempo desde el diagnóstico de CIV hasta la intervención ( $p = 0,004$ ), el carácter de emergencia/urgencia del procedimiento quirúrgico (emergente/urgente 57,1% vs diferido 0%;  $p = 0,017$ ) y la HTP preoperatoria ( $p = 0,022$ ).

El seguimiento medio es  $119,1 \pm 10,6$  meses. La supervivencia actuarial a 11 años es  $67,5 \pm 20,7\%$ . Durante el seguimiento el 91% de los pacientes evidencian NYHA I-II, siendo la causa fundamental de fallecimiento el IAM.

**Conclusiones:** La reparación de la CIV postinfarto presenta mortalidad hospitalaria elevada. La localización posteroinferior de la CIV y el carácter de emergencia/urgencia de la intervención constituyen factores predictivos negativos. La supervivencia a largo plazo es adecuada y los pacientes evidencian un estatus funcional excelente.

## CO28

#### 117. MORTALIDAD EN CIRUGÍA CORONARIA CON Y SIN CEC EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN VENTRICULAR GRAVE

Such Martínez M, Sánchez Espín G, Orrit Palacios J, Porras Martín C, Melero Tejedor JM, Olalla Mercadé E  
*Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria, Málaga*

**Objetivos:** La cirugía coronaria sin CEC parece reducir la mortalidad en pacientes con disfunción grave de VI (FE < 30%), aunque no se ha podido establecer en estudios aleatorios. Queremos estudiar su influencia en nuestra serie de 1.357 pacientes coronarios.

**Material y métodos:** Desde enero de 1997 a diciembre de 2007 se han intervenido 1.357 pacientes coronarios en nuestra unidad. De ellos, 124 (9,1%) tenían una FE igual o inferior al 30%, y son el objeto del estudio. Cuarenta y siete pacientes (37,9%) se intervinieron con CEC y 77 (62,1%) sin CEC. Analizamos las variables demográficas y estratificación de riesgo con Parsonnet, EuroScore para relacionarlas con la mortalidad.

**Resultados:** La mortalidad global de la serie fue del 5%, y del 4,5% en FE superior al 30%. La mortalidad de los 124 pacientes con FE inferior al 30% fue de 6,45% (diferencia NS).

No hubo diferencias significativas entre los pacientes intervenidos con CEC y sin CEC en cuanto a la edad (63,3 con CEC y 64 sin CEC), Parsonnet (6,39 y 6,85) y EuroScore (9,57 y 7,70). Fallecieron 6 pacientes intervenidos con CEC (12,7%) y 2 sin CEC (2,6%). Esta diferencia fue significativa ( $p = 0,05$ ).

**Conclusiones:** La cirugía coronaria sin CEC consiguió en nuestra serie una mortalidad significativamente más baja en los pacientes coronarios con disfunción de VI grave.

## CO29

**190. EVALUACIÓN HEMODINÁMICA DE PACIENTES SINTOMÁTICOS DESPUÉS DE CIRUGÍA CORONARIA: ESTADO DE LOS INJERTOS. ¿SOMOS COMPETITIVOS?**

Fernández Gutiérrez M<sup>1</sup>, Delgado Ramis LJ<sup>1</sup>, Romero Ferrer B<sup>1</sup>, Castro Alba MA<sup>2</sup>, Fernández Gallego C<sup>1</sup>, Cámara Rosell ML<sup>1</sup>, Ruyra Baliarda X<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona; <sup>2</sup>Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

**Objetivos:** Evaluar la permeabilidad a medio plazo de los injertos coronarios en pacientes sometidos a cirugía coronaria aislada en nuestro centro.

**Material y métodos:** Desde noviembre de 2000 se intervinieron 1.373 enfermos coronarios (excluidas reintervenciones), con 3.839 anastomosis (2,79 anastomosis/enfermo), con una mortalidad esperada de 4,18% y una mortalidad real de 2,7%. El 100% tenían control Doppler intraoperatorio y en 7% de enfermos se rehizo alguna anastomosis. Se han estudiado las coronariografías (CNG) realizadas sobre enfermos sintomáticos.

**Resultados:** Se utilizó arteria mamaria izquierda (AMI) en 96,2% de enfermos (10,8% de anastomosis), arteria mamaria derecha (AMD) en 13,47% de enfermos (6,1% de anastomosis), arteria radial izquierda (ARI) en 24% de enfermos (10,8% de anastomosis) y vena safena (VS) en 75,1% de enfermos

(45,8% de anastomosis). Se han realizado 28 CNG perioperatorias (13 con injertos funcionantes, 8 con afectación de AMI, 6 VS, 2 ARI).

Durante el seguimiento (96%) encontramos lesión de injertos en 104 enfermos (7,57%), en 4,48% de las anastomosis. En 35 CNG los injertos estaban permeables. Presentaban lesión en AMI el 1,1% (1,2% de anastomosis); en AMD el 2,7% (3% de anastomosis); en ARI el 3,9% (3,4% de anastomosis); en VS 8,9% (8,8% de anastomosis) en un tiempo medio de 15,6, 11,8, 18,5 y 18,2 meses, respectivamente.

**Conclusiones:** La tasa de lesión de injertos a medio plazo es baja. Adecuar el tipo de estrategia quirúrgica a la calidad del enfermo actual puede ayudar a mantener unos resultados satisfactorios. Es posible que un adecuado control de calidad intraoperatorio ayude a mejorar los resultados.

## CO30

**120. REVASCULARIZACIÓN ARTERIAL MEDIANTE INJERTOS COMPUESTOS**

Sánchez Espín G, Orrit Palacios J, Melero Tejedor JM, Porrás Martín C, Olalla Mercadé E  
*Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria, Málaga*

**Objetivos:** La confección de injertos compuestos arteriales mediante un segmento de arteria mamaria izquierda, radial o mamaria derecha incrementa el número de anastomosis distales con un número limitado de injertos, alcanzándose territorios coronarios más lejanos con menor longitud de injerto y evitándose las anastomosis en la aorta.

**Material y métodos:** Desde enero de 2000, un total de 990 pacientes coronarios son intervenidos en nuestro servicio, realizándose en 327 pacientes (33%) revascularización arterial mediante injertos compuestos (> 2 injertos arteriales). La edad media del grupo arterial fue de 59,8 años, con predominio de varones (86,8%) y un 25% de pacientes con fracción de eyección moderada-gravemente deprimida. El 67% se operó sin CEC, realizándose de forma íntegra la revascularización con injertos arteriales

en el 54,5%. La media de anastomosis por paciente fue 3,12, siendo la media de anastomosis por injerto con segmento de mamaria izquierda de 1 y con arteria radial y mamaria derecha de 1,2.

**Resultados:** La mortalidad en el grupo arterial fue del 1,2% (vs 5% de mortalidad global en el total de coronarios). Infarto de miocardio perioperatorio en un 3,36%. Reoperación por sangrado en el 1,83%, y por mediastinitis en el 2,14%. En el grupo de pacientes con doble mamaria, la ventilación prolongada, así como la reoperación por sangrado, resultó significativamente superior a la del grupo con revascularización radial sin mamaria derecha.

**Conclusiones:** La revascularización con injertos compuestos arteriales es segura y efectiva siempre y cuando se realice una adecuada planificación.

## CO31

**37. SUPERVIVENCIA Y DURABILIDAD DE LA CIRUGÍA DE REPARACIÓN MITRAL: INFLUENCIA DE LA ETIOLOGÍA EN LOS RESULTADOS**

García Fuster R, Estévez V, Vázquez A, Cánovas S, Gil O, Hornero F, Martínez León J  
*Hospital General Universitario, Valencia*

**Objetivos:** La reparación mitral ofrece ventajas frente al recambio. Sin embargo, durabilidad y reoperación continúan siendo aspectos relevantes. La enfermedad de base y otros factores pueden mermar su eficacia. Valoramos nuestra experiencia analizando ambos aspectos.

**Material y métodos:** Doscientos veintinueve pacientes intervenidos (febrero de 1998 - agosto de 2007). Edad  $62 \pm 12$  años, 35,3% mujeres y 68,8% NYHAIII-IV. Grupos: degenerativas-(D) 119, isquémicas-(I) 44, reumáticas-(R) 26, endocarditis-(E) 15, funcional-dilatación ventricular (F) 14 y congénita 3 pacientes. Técnicas en D: resección cuadrangular (83), *sliding* (8), neocuerdas (16), transposición cuerdas (8), Alfieri (11); en R: comisurotomía (11), anuloplastia aislada (10), resección-descalcificación (5); en E: cierre perforación (6), resección (7), comisuroplastia (2), y en I y F: anuloplastia.

**Resultados:** Trece *exitus* hospitalarios, 3 tardíos (global: 7,2%). Seguimiento:  $44 \pm 29$  meses. Supervivencia (124 meses):  $91,5 \pm 2,2\%$ . Mayor mortalidad grupos F, E e I: 14,2, 13,5 y 11,4% (7,7 y 4,2% R y D). Libres de REDO y recidiva  $IM \geq 3 \pm 4$ :  $97,4 \pm 1,1\%$  y  $79,5 \pm 4,7\%$ ; reintervenidos 6 pacientes: 3 del grupo D, 1 del I y 1 del R. Recidiva mayor en I, R y F: 17,5, 16,7 y 15,4% (12,3 y 7,7% en D y E). El prolapso de ambos velos fue el único predictor de recidiva (HR: 4,4 [1,5-12,9];  $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** El grupo mayoritario ha sido el D y los resultados globales en supervivencia y durabilidad han sido satisfactorios. La mayor mortalidad ha sido temprana y afectando especialmente a F, E e I. Las escasas reoperaciones han sido precoces y en su mayoría atribuibles a la técnica. El prolapso de ambos velos es predictor de recidiva.

## CO32

**172. EVALUACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA A MEDIO PLAZO DE HOMOIJERTOS AÓRTICOS IMPLANTADOS POR ENFERMEDAD NO INFECCIOSA**

Mestres CA, Congiu S, García-Valentín A, Pereda D, Gómez F, Cartañá R, Azqueta M, Josa M, Pomar JL  
*Hospital Clínico, Universidad de Barcelona*

**Objetivos:** Las ventajas de los homoijertos aórticos (HA) **son** el riesgo casi nulo de tromboembolia, gradiente reducido y excelente hemodinámica. El objetivo del estudio es investigar los resultados a medio plazo de la sustitución valvular aórtica por HA criopreservados en enfermedad no infecciosa.

**Métodos:** Pacientes intervenidos entre 1990-2000 por enfermedad no infecciosa de la válvula aórtica a los que se implantó un HA. El seguimiento mínimo es 5 años. Se realizó control ecocardiográfico anual.

**Resultados:** Entre 1990-2000, se implantaron 40 HA (24 hombres, 16 mujeres) de edad media  $66,6 \pm 4,2$ . En el 67,5% la enfermedad era degenerativa y la clase NYHA III-IV en 82,5%. El tamaño del HA osciló entre 15-29 mm. Los seguimientos máximo y medio son 17 y 8 años.

Se consideraron cuatro grupos de pacientes según la dimensión del HA, gradiente máximo ( $\Delta_{\text{máx}}$ ), medio ( $\Delta_{\text{mid}}$ ) y área valvular (A) en el control ecocardiográfico. Cuatro pacientes recibieron un HA de tamaño 25-29 mm con 11,93  $\Delta_{\text{máx}}$ , 6,42  $\Delta_{\text{mid}}$  y 1,8  $\text{cm}^2$  A. Quince recibieron un HA 22-23 mm 14,5  $\Delta_{\text{máx}}$ , 8,9  $\Delta_{\text{mid}}$  y 1,74  $\text{cm}^2$  A. Diecisiete recibieron un HA 19-21 mm con 16,5  $\Delta_{\text{máx}}$ , 9,8  $\Delta_{\text{mid}}$  y 1,55  $\text{cm}^2$  A. Cuatro recibieron HA 15-18 mm con 14,37  $\Delta_{\text{máx}}$ , 8,37  $\Delta_{\text{mid}}$  y 1,44  $\text{cm}^2$  A. Todos los pacientes están en clase funcional NYHA I; los HA presentan excelente hemodinámica.

**Conclusiones:** Los HA son una alternativa válida para la sustitución valvular aórtica por enfermedad no infecciosa, y en especial en anillos pequeños; presentan gradientes bajos y amplias áreas valvulares.