

TP3

173. CARCINOMA RENAL CON TROMBOSIS DE VENA CAVA Y EXTENSIÓN A AURÍCULA DERECHA: UNA TÉCNICA NOVEDOSA SIN HIPOTERMIA PROFUNDA NI PARADA CARDIOCIRCULATORIA

Bel Mínguez AM, Heredia Cambra T, Doñate Bertolín L, Hernández Acuña C, Schuler M, Pontonés JL, Pérez Guillén M, Montero Argudo JA
Hospital La Fe, Valencia

Objetivo: los tumores renales pueden llegar a producir extensión trombótica intraluminal de la vena cava inferior. En un 1% de los casos, esta trombosis puede alcanzar la aurícula derecha. Describiremos la técnica utilizada en nuestro hospital donde, con un enfoque multidisciplinario y sin la utilización de hipotermia profunda, realizamos cirugía de resección tumoral.

Material y métodos: desde 2008 hasta hoy hemos intervenido a 6 pacientes (70% varones) con edad media de 58 años, diagnosticados de carcinoma renal con extensión hasta aurícula derecha (tipo IV) en 4 casos.

Se practicó la incisión de Chevron para la exposición conjunta del riñón y de la cava retrohepática colaborando

urología y cirugía hepática para la adecuada exposición tumoral. Mediante esternotomía media se establece circulación extracorpórea realizando canulación aórtica estándar, vena cava superior (VCS) y vena femoral. Todos los procedimientos se realizaron sin parada cardiocirculatoria y bajo hipotermia moderada (26-28 °C).

Resultados: no hubo muertes quirúrgicas ni intrahospitalarias. El tiempo medio de circulación extracorpórea (CEC) fue de 189 min. La estancia media en la unidad de cuidados intensivos (UCI) fue de 7 días (rango 4-33) y la estancia postoperatoria media de 19 días (rango 15-60). Hubo un caso de tromboembolismo pulmonar (TEP) intraoperatorio. Un paciente desarrolló una encefalopatía hipoxicoanóxica.

TP4

236. INTRODUCCIÓN DE UN PROGRAMA CON CIRUGÍA MITRAL VIDEOASISTIDA: LOS DIEZ PRINCIPIOS DE LA CURVA DE APRENDIZAJE

Boix R, Bachs-Almenara F, Modi P
Liverpool Heart And Chest Hospital, Liverpool, Reino Unido

Objetivos: cirugía mitral videoasistida es menos dolorosa y es más rápida la reincorporación a las actividades de vida diaria comparada con la esternotomía tradicional.

Material y métodos: se revisa de forma subjetiva nuestra experiencia inicial con dicha técnica enfatizando los diez aspectos más importantes de nuestra curva de aprendizaje.

Resultados: diez procedimientos fueron realizados en un periodo de 12 meses, sin mortalidad, morbilidad neurológica o mayores complicaciones perioperatorias. La tasa de reparación mitral fue de un 80%. Nuestros diez principios fueron:

- Asegurarse del adecuado aprendizaje en un centro de elevado volumen especializado.
- Establecer un equipo dedicado de anestesia, perfusión y enfermería.
- Pedir ayuda cuando precise a un cirujano experimentado.
- Selección del paciente, evitar pacientes obesos, con vasculopatía, o insuficiencia aórtica.

- Realizar incisiones más grandes: 10 cm no 4 cm en el tórax, y 4 cm no 2 cm en la ingle.
- Uso de la canulación yugular interna derecha para drenaje de vena cava superior: el drenaje venoso será mejor que un único drenaje venoso femoral.
- Cuidado con la retracción del pericardio para evitar paresia del nervio frénico.
- Usa el *clamp* de Chitwood en vez del Endoballoon; es fácil, estable y barato.
- Usa técnicas establecidas para la reparación valvular.
- Usa catéter paravertebral guiado de forma toracoscópica para analgesia postoperatoria.

Conclusiones: esta técnica es muy demandante y requiere de una larga curva de aprendizaje, pero un programa establecido de forma segura puede llevarse a cabo. ¡Los cardiólogos y los pacientes prefieren esta técnica!