

TP39

293. DISTINTAS SOLUCIONES TÉCNICAS PARA TRANSPOSICIONES DE GRANDES ARTERIAS

Castelló Ginestar A, Serrano Martínez F, Bel Mínguez A, Insa Albert B, Moya Bonora A, Sáez Palacios JM, Aroca Peinado A
Hospital La Fe, Valencia

Introducción y objetivos: desde la década de 1990, el tratamiento de elección de la transposición de grandes arterias (TGA) es el *switch* arterial en periodo neonatal.

Algunas circunstancias clínicas pueden contraindicar la reparación anatómica neonatal, siendo necesario recuperar el ventrículo izquierdo (VI) disfuncionante. Además, determinadas variantes anatómicas aumentan la dificultad técnica sin contraindicar el Jatene.

Material y métodos: presentamos la iconografía de distintas situaciones de discordancia ventriculoarterial con o sin comunicación interventricular (CIV) y diferentes patrones coronarios solucionados mediante Jatene modificado.

Resultados: diferentes técnicas de transferencia se emplearon dependiendo del patrón coronario. En patrones normales se lleva a cabo el reimplante en el seno apropiado de la neoarteria con posición más baja para la izquierda

respecto a la derecha y técnica de doble *trap-door*. En situaciones de coronaria intramural, doble *loop* o divergencia de dos arterias principales se optó por el bolsón de Yacoub.

Con grandes vasos lado a lado, no se realizó maniobra de Lecompte.

Se llevó a cabo reparación en dos tiempos con buenos resultados en pacientes lactantes que habían perdido la preparación del VI y en un paciente de 2 años con *switch* atrial (Mustard) y obstrucción del túnel de cavas.

Conclusiones: el manejo de las formas complejas de TGA necesita de variantes técnicas que requieren experiencia de aplicación.

Reparación en dos estadios debe plantearse en pacientes lactantes y pérdida de VI o en aquellos con *switch* atrial disfuncionante.

TP40

108. NUESTRA EXPERIENCIA EN CIRUGÍA AÓRTICA POR MINIESTERNOTOMÍA EN «J»

Taboada R, Ray VG, Albaladejo P, Pérez J, Arribas JM, Gutiérrez F, García-Puente J, Jiménez A, Parra JM, Lucas JJ, Lorenzo M, Arcas R

Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia

Introducción: en los tiempos actuales la tendencia en la cirugía cardíaca es a realizar procedimientos menos agresivos, en ocasiones demandados por los pacientes. Por este motivo decidimos iniciar el programa de cirugía aórtica por miniesternotomía.

Material y métodos: desde enero de 2010 - enero de 2012 hemos operado a 20 pacientes de sustitución valvular aórtica, por estenosis grave, a través de una miniesternotomía en «J» por el cuarto-quinto espacio intercostal, con una incisión cutánea de 10 cm (rango 8-12). Se trataba de 14 varones y 6 mujeres, con una media de edad de 58 años (rango 28-77). Se implantaron 15 prótesis mecánicas y 5 biológicas.

Resumen de la técnica:

Miniesternotomía en «J» (4-5.º espacio intercostal).

Apertura de pericardio y puntos de tracción.

Canulación aórtica y unicava superior.

Drenaje en vena pulmonar superior derecha (VPSD).

Aortotomía transversa.

Extirpación e implante de válvula aórtica.

Cierre de aortotomía.

Purgado de cavidades.

Hot-shoot.

Resultados: no ha fallecido ningún paciente, no hemos tenido ninguna dehiscencia esternal ni hemorragia postoperatoria. El tiempo de clampaje medio fue 55 min (rango 40-60). El sangrado medio ha sido de 450 cc (rango 200-1.000), el tiempo de intubación de 180 min (rango 90-500), alta hospitalaria a los 6 días (rango 4-12), y no hemos presentado ninguna infección.

Conclusiones: la cirugía aórtica por miniesternotomía en «J» es un abordaje seguro para la cirugía de sustitución valvular aórtica. Nuestros resultados son satisfactorios hasta el momento. Es una técnica reproducible. Pensamos que el antiguo aforismo de «a grandes cirujanos, grandes incisiones» ya no está vigente.