

TV3

74. REPARACIÓN CON NEOCUERDAS EN DISTINTOS TIPOS DE PROLAPSO MITRAL

García Fuster R, García A, Martín E, Paredes F, Payá R, Fontana J
Hospital General Universitario, Valencia

Objetivos: la resección cuadrangular es referente en la reparación del prolapso de velo posterior. El velo anterior plantea más limitaciones, siendo la transposición de cuerdas y el implante de neocuerdas los procedimientos más empleados. Analizamos eficacia y versatilidad de la reparación con neocuerdas en cinco variantes de prolapso mitral (vídeo).

Material y métodos: han sido intervenidos 5 pacientes con distintos tipos de prolapso. Tres con deficiencia fibroelástica: varón de 52 años con prolapso de velo posterior, varón de 76 años con prolapso de ambos velos y mujer de 64 años con prolapso comisural. Otros 2 pacientes con síndrome de Barlow: mujer de 58 años con prolapso de velo posterior y varón de 52 años con prolapso de ambos velos. En todos se implantaron neocuerdas (politetrafluoroetileno [PTFE] CV-4) sin resección de tejido.

Anclaje en el músculo papilar correspondiente con punto simple, sin parche ni anudado. Implante en el extremo del velo con varios puntos a lo largo de la superficie de coaptación (mayor remodelado de dicha superficie en caso de exceso de tejido). Repliegue del velo sobre el anillo y anudado de neocuerdas.

Resultados: ausencia de regurgitación residual o SAM y preservación de la movilidad de ambos velos. Pacientes asintomáticos y sin eventos relacionados con la válvula (seguimiento medio: 12 ± 6 meses).

Conclusiones: la reparación con neocuerdas se ha mostrado versátil y eficaz en un grupo variado de prolapso de la válvula mitral. La técnica empleada evita la resección de tejido y mantiene la movilidad de ambos velos, logrando un resultado funcional excelente.

TV4

159. TROMBECTOMÍA DE VENA CAVA INFERIOR POR INVASIÓN DE TUMOR RENAL

Miranda N, Araji O, Gutiérrez-Martín MA, Rodríguez-Caulo EA, Ramírez B, García Borbolla R, García Borbolla M, Velázquez C, Barquero JM, Pérez Duarte E, Téllez JC
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

Objetivos: la incidencia de trombosis tumoral de vena cava inferior (VCI) en pacientes con carcinoma celular renal ha sido comunicada en un 4-10% de pacientes y plantea un reto para el equipo quirúrgico. Debido a que no existe una terapia sistémica para reducir de forma significativa la carga tumoral, la intervención quirúrgica es el único tratamiento.

Sin embargo, el abordaje quirúrgico se asocia con una morbilidad y mortalidad significativas. La exposición adecuada y un campo quirúrgico con mínima pérdida sanguínea son esenciales para evitar complicaciones quirúrgicas.

Material y métodos: presentamos el vídeo de trombectomía + nefrectomía de paciente con tumor renal con invasión de VCI hasta nivel III. La técnica se realiza mediante aborda-

je transabdominal, para una correcta exposición de VCI, con correcto control de todo el retorno venoso a VCI y sin el uso de esternotomía, derivación cardiopulmonar (CBP), o paro circulatorio hipotérmico profundo (PCHP).

Resultados: la resección completa del tumor y trombo de cava fue exitosa en este caso en concreto y otros tres casos realizados en nuestro centro. Todos los pacientes fueron dados de alta en buena situación clínica tras la cirugía.

Conclusiones: en casos seleccionados, el carcinoma de célula renal extendiéndose a VCI puede ser resecado sin dificultad sin necesidad de esternotomía, CBP o PCHP, constituyendo una alternativa curativa en el tratamiento de dichos tumores.