

CO31

263. RESULTADO DE LA CIRUGÍA CARDÍACA EN LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA Y ENDOCARDITIS INFECCIOSA ACTIVA

Quintana E, Del Río A, Moreno A, Josa M, Paré JC, Cartañá R, Cervera C, Pericás JM, Pomar JL, Mulet J, Miró JM, Mestres CA, y el Grupo de Estudio de la Endocarditis Infecciosa del Hospital Clínico *Hospital Clínic i Provincial, Barcelona*

Objetivos: investigar los resultados de la cirugía por endocarditis infecciosa en pacientes con cirrosis hepática.

Métodos: se incluyeron pacientes consecutivos con endocarditis y cirrosis (enero de 1998 – febrero de 2011), utilizando los criterios modificados de Duke para diagnosticar la endocarditis, la clasificación Child-Turcotte-Pugh y la puntuación *model end-stage liver disease* (MELD) para la cirrosis. Se realizó análisis univariado de los predictores de mortalidad.

Resultados: Cuarenta y ocho de 610 (8%) pacientes con endocarditis eran cirróticos; se practicaron 24 operaciones en 22 (46%). Veinte eran varones (mediana de edad 50,5). La cirrosis fue viral (9-41%), alcohólica (9-41%) y desconocida (4-18%). Las clases Child-Turcotte-Pugh fueron A (8) B (12) y C (4). Los estafilococos (29%) fueron predominantes. Las intervenciones fueron programadas, urgentes y de urgencia vital en 11, 5 y 8 casos. La intervención incluyó sustitución

aórtica (11), mitral (2), tricúspide (2), raíz aórtica (3) aórtica + mitral (3) y extracción de marcapaso (1). Siete pacientes tenían absceso perivalvular, 5 fístula cavitaria. Los implantes fueron mecánicos (3), pericárdicos (10), homoinjertos aórticos (7) y mitrales (2). EuroSCORE logístico confirmó una mortalidad esperada de 36%. La mortalidad hospitalaria fue 54% (intervalo de confianza [IC] 95%: 33-76%); la mortalidad por la clase Child-Turcotte-Pugh fue: A, 3 (37,5%); B, 7 (58%); C, 3 (75%) ($p = 0,390$). Los fallecidos tenían una puntuación MELD más alta ($19,83 \pm 7,46$ vs $13,8 \pm 2,78$; $p = 0,122$). Las causas predominantes de fallecimiento fueron sepsis y fallo multiorgánico.

Conclusiones: los pacientes con endocarditis y cirrosis son los de más riesgo. EuroSCORE no fue útil para la estratificación del riesgo. En pacientes con cirrosis avanzada la cirugía debe ofrecerse sólo en casos seleccionados.

CO32

158. EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE ELECTRODOS DE MARCAPASOS Y DESFIBRILADOR ASISTIDA CON LÁSER EXCIMER

Mosquera Rodríguez VX, Velasco García C, Iglesias Gil C, Fernández Arias L, García Vieites M, Pérez Álvarez L, Ricoy Martínez E, Mosquera Pérez I, Cuenca Castillo JJ *Complejo Hospitalario Universitario, A Coruña*

Objetivo: analizar los resultados de la extracción de electrodos intravasculares asistida por láser Excimer, que es un láser frío (50 °C) que emite pulsos de energía con longitud de onda de 308 nm que destruyen proteínas mediante fotólisis y fototermólisis.

Métodos: entre junio de 2008 - enero de 2012, se realizó extracción asistida por láser de 61 electrodos (21 auriculares y 40 ventriculares) en 37 pacientes (78,4% varones, edad media $60,2 \pm 17,8$ años). La mediana de tiempo de electrodo implantado fue 7 años (rango 2-20 años) con más de 10 años de antigüedad en 20 electrodos. Quince pacientes tenían implantado un marcapasos y 22 un desfibrilador. Las indicaciones de extracción más frecuentes fueron: fractura de electrodo (54,1%); infección local (24,3%); bacteriemia y/o endocarditis (13,5%), y otras (8,1%). Nueve pacientes presentaban disfunción ventricular grave (fracción de eyección del ventrículo

izquierdo [FEVI] < 35%). Seis pacientes tenían cirugía cardíaca previa.

Resultados: la extracción completa del electrodo se logró en 60 electrodos (98,4%). No se requirió otra tecnología accesoria. Las vainas más empleadas fueron de 14 (48,6%) y 16 Fr (48,6%). No hubo complicaciones menores. Se produjeron complicaciones mayores en dos pacientes: una laceración de ventrículo derecho, resuelta quirúrgicamente, y un desgarró de vena cava superior, fallecido en postoperatorio.

Conclusiones: el láser Excimer se presenta como una alternativa eficaz para la extracción de electrodos intravasculares con resultados excelentes en nuestra serie, permitiendo tratar algunos pacientes que difícilmente podrían ser abordados con otras técnicas existentes. El riesgo de complicaciones cardiovasculares mayores exige que la técnica sea efectuada bajo anestesia general en un quirófano habilitado para cirugía cardíaca.