

P11

300. CIRUGÍA DE RECAMBIO VALVULAR AÓRTICO CON PRÓTESIS BIOLÓGICA AUTOEXPANDIBLE PERCEVAL S. EXPERIENCIA INICIAL

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

Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia

Objetivos: la circulación extracorpórea y el tiempo de isquemia prolongados pueden aumentar la morbimortalidad en la cirugía de recambio valvular aórtico, especialmente en pacientes añosos y de alto riesgo quirúrgico. El uso de prótesis autoexpandibles acorta significativamente estos tiempos y ofrece ventajas quirúrgicas.

Material y métodos: de abril-diciembre de 2011 hemos implantado una válvula aórtica biológica, sin suturas, autoexpandible, Perceval S (Sorin Biomédica, Sallugia, Italy) a 15 pacientes (edad media $77,4 \pm 3$; EuroSCORE logístico medio de $14 \pm 4\%$) con estenosis aórtica y con/sin cirugía coronaria concomitante. Recogemos la técnica de implantación tan reproducible a cualquier cirujano y los parámetros hemodinámicos y clínicos de estos pacientes.

Resultados: los tiempos de isquemia fueron de 26 ± 10 min y de circulación extracorpórea de 45 ± 14 min. Los gradientes

hemodinámicos al alta fueron de 22 ± 10 de gradiente pico aórtico y de 12 ± 7 de gradiente medio. Dos pacientes recibieron cirugía combinada con puente de arteria mamaria interna a descendente anterior.

Perdimos un paciente por sepsis, lo que supone una mortalidad del 6,6%.

Conclusiones: el desarrollo de nuevas tecnologías, como es la válvula Perceval S en la cirugía de recambio valvular aórtico con/sin cirugía coronaria combinada, ofrece al cirujano nuevas posibilidades para acortar tiempos quirúrgicos buscando una reducción de la morbimortalidad, sin disminuir la seguridad, con unos buenos resultados clínicos y hemodinámicos en pacientes de alto riesgo quirúrgico. Suponen una mejora técnica cuando existe una calcificación valvular aórtica extrema y/o anillos aórticos pequeños.

P12

194. REPARACIÓN DE LA VÁLVULA MITRAL MEDIANTE UN NUEVO ANILLO EN FORMA DE SILLA DE MONTAR (CE PHYSIO II RING): RESULTADOS DE UN REGISTRO EUROPEO MULTICENTRO CON REFERENCIA A ESPAÑA

Gómez Vidal M, Sáez de Ibarra JI, Perier P, Carrel TP, Livesey S, Di Bartolomeo R, Doll N, Eckstein FS, Fischlein T, Guibaud JP, Klautz RJ, Livi U, Lemma M

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

Objetivo: evaluar la anuloplastia con el anillo Physio II en silla de montar.

Métodos: diecisiete centros en 7 países europeos; 339 pacientes consecutivos (60,5% varones, edad media $64,7 \pm 11,8$ años) seleccionados para la reparación de la válvula mitral (RVM) desde noviembre de 2009 - agosto de 2010. Seguimiento mínimo de 6 meses. La técnica quirúrgica dependió del cirujano y la lesión. Ecocardiografías pre y postoperatorias fueron obtenidas.

Resultados: preoperatoriamente los pacientes se encontraban en *New York Heart Association* (NYHA) I: 10,9%, II: 44,7%, III: 38,5%, IV: 5,9%, y la insuficiencia mitral (IM) fue moderada o grave en el 98,2% de los pacientes. Clasificación de Carpentier de tipo I en el 17,1%, tipo II en el 74,3%, de tipo IIIA en el 2,9%, y el tipo IIIB en el 5,6%. Dentro del tipo II, la mayoría de los pacientes tenían «exceso localizado de los tejidos» (59,8%). Neocuerdas se utilizaron en el 38,3% de los casos, la resección de tejido localizado en el 33,3%, una plastia por deslizamiento en el 16,5%, y Alfieri en el 4,1%. Los pacientes con diabetes tipo II y exceso difuso del tejido valvular fueron significativamente más jóvenes ($p <$

0,001) y el anillo requerido fue mayor ($p < 0,001$). La mortalidad operatoria fue de 0,8. La ecocardiografía postoperatoria mostró una mejoría significativa en las dimensiones cardíacas, las variables hemodinámicas y la media de MR (Tabla 1).

Conclusiones: a pesar del número de centros y la variedad de enfoques quirúrgicos los resultados han sido excelentes y reproducibles con este nuevo anillo de anuloplastia.

TABLA 1. CLASE NYHA Y RESULTADOS ECOCARDIOGRÁFICOS

	Pre-op	Alta	6 meses	6 meses vs Pre-op
NYHA	2,4	1,4	1,3	
Grado medio de IM*	3,66	1,03	1,22	
DTDVI (cms)	56,7	51,5	50,9	$p < 0,001$
DTSVI (cms)	37,2	36,6	35,6	$p < 0,001$
EF%	61,9	56,4	57,9	$p < 0,001$
Gradiente mitral medio (mmHg)	2,41	3,69	3,65	$p < 0,001$
Área orificial efectiva (cm ²)	4,17	3,15	3,0	$p = 0,03$

*Grado de IM: Ausente/trivial: 1; ligera: 2; moderada: 3; grave: 4