

P43

66. EXPERIENCIA DE 11 AÑOS EN EL ENTRENAMIENTO DE RESIDENTES EN PROCEDIMIENTOS DE ABLACIÓN QUIRÚRGICA CONCOMITANTE DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN NUESTRA INSTITUCIÓN

Martín E, Hornero F, Vázquez A, García A, Paredes F, Gil O, Cánovas S, García R, Martínez-León J
Hospital General Universitario, Valencia

Objetivo: describir nuestra experiencia de formación MIR en procedimientos de ablación quirúrgica concomitante de FA.

Material y métodos: trescientos ochenta y ocho pacientes sometidos a crioablación concomitante (1999-2011): 9 médicos internos residentes (MIR) supervisados (94 cirugías) y 6 cirujanos *staff* (294 cirugías). Variables preoperatorias, intraoperatorias (válvulas intervenidas, cirugía coronaria asociada, valvopatía reumática, patrón ablación, tiempos pinzado aórtico y circulación extracorpórea [CEC]) y postoperatorias (mortalidad precoz, implante de marcapasos [MP]), accidente

cerebrovascular (ACV), ritmo sinusal (RS) al alta y seguimiento). Ajuste por *propensity-score case-match*: 166 pacientes (83/grupo) según variables preoperatorias.

Resultados: seguimiento medio $5,46 \pm 2,76$ años. Grupos comparables. No existieron diferencias significativas en los procedimientos quirúrgicos concomitantes, aunque en el grupo MIR predominó sustitución protésica mitral sobre reparación ($p < 0,001$). Tiempos de pinzado aórtico ($86,77 \pm 24,24$ vs $95,95 \pm 22,32$) y CEC ($111,89 \pm 25,873$ vs $122,02 \pm 20,788$) menores en el grupo *staff* ($p = 0,002$). No existieron diferencias significativas en mortalidad (1,20%/grupo). Implante global de MP 3,01% y ACV 1,81%. Restauración de RS: *staff* frente a MIR alta (74,70 vs 73,49%) y seguimiento (71,08 vs 69,88%; $p > 0,05$). En el análisis de los resultados por año de formación MIR, mejoró la restauración de RS (alta: R3: 68,00%, R4: 74,07%, R5: 77,42%; $p < 0,0001$; seguimiento: R3: 64,00%, R4: 70,37%, R5: 74,19%; $p = 0,002$) a pesar de superior complejidad de los procedimientos ($p < 0,05$) (Fig. 1).

Conclusiones: el aprendizaje tutelado de la ablación quirúrgica concomitante por crioablación puede llevarse a cabo de forma segura durante la formación MIR, pudiendo alcanzar resultados asimilables a los de los cirujanos de *staff* al término de la misma.

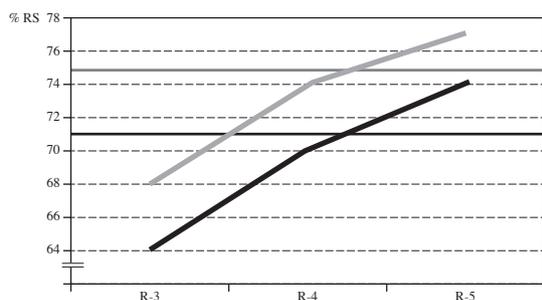


Figura 1. Curvas: restauración de RS por MIR: alta (gris) y seguimiento (negro). Rectas: restauración de RS del *staff*: alta (gris) y seguimiento (negro).

P44

202. ANEURISMA GIGANTE SOBRE INJERTO DE SAFENA: UNA COMPLICACIÓN TARDÍA DE LA CIRUGÍA CORONARIA

Martín M, Miguelena J, Muñoz R, Ferreiro A, Prada P, Boi S, Garrido J, Celemín D, Oliva E, García-Andrade I, Epeldegui A
Hospital Ramón y Cajal, Madrid

La degeneración aneurismática de los injertos de vena safena es una complicación infrecuente ($< 1\%$) que aparece en fases muy tardías. Normalmente son asintomáticos, aunque pueden presentar clínica de angina, infarto o disnea. El diagnóstico de sospecha debe realizarse ante la presencia de una masa mediastínica en la radiografía (Rx) de tórax en pacientes con antecedentes de revascularización miocárdica. La confirmación del diagnóstico se realiza mediante tomografía computarizada (TC) y coronariografía.

El caso que presentamos trata de un varón de 74 años, con antecedentes de cuádruple *bypass* aortocoronario con injerto de safena hace 25 años. Asintomático hasta hace 1 año, cuando presenta un cuadro de disnea progresiva a moderados esfuerzos. En la Rx de tórax presentaba una masa en silueta paracardiaca derecha. La ecocardiografía confirmó la presen-

cia de una masa adyacente a cavidades derechas, con flujo en su interior, de un tamaño de 65×86 mm. Además, se informaba de una insuficiencia mitral (IM) moderada-grave. En la TC (Imagen) se confirmó imagen correspondiente a *bypass* coronario derecho aneurismático con trombosis parcial, que provocaba compresión extrínseca sobre aurícula derecha.

Se intervino quirúrgicamente, realizándose resección del aneurisma, asociándose revascularización miocárdica e implantación de prótesis mitral.

Debido a la importante morbimortalidad que conlleva por el riesgo de rotura, embolización o infarto, debe considerarse la cirugía de resección/exclusión del aneurisma como tratamiento de elección.

El diagnóstico diferencial con los pseudoaneurismas viene dado por su localización y la fase de aparición.