

do II, que corresponden a los pacientes intervenidos con síndrome de Marfan. 48 pacientes tenían válvula tricúspide, 11 válvula bicúspide y 1 válvula cuatric spide. La técnica más utilizada fue la reimplantación valvular tipo David.

Resultados: La mortalidad global de la serie fue del 5% (3 pacientes). La complicación más frecuente fue la insuficiencia respiratoria postoperatoria. 4 pacientes han sido reintervenidos. La supervivencia libre de desarrollo de IAo superior a grado II durante el seguimiento es del 94%. No se han producido complicaciones tromboembólicas o hemorrágicas durante el seguimiento.

Conclusiones: La cirugía de preservación valvular aórtica presenta buenos resultados de morbimortalidad. La tasa de reintervención es muy aceptable, sin observarse eventos tromboembólicos en nuestra serie.

CUATRO AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN PROGRAMA DE REPARACIÓN AÓRTICA

R.  lvarez Cabo, R. Díaz, J.C. Llosa, C. Morales, D. Hernández-Vaquero y J. Silva

Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). España.

Introducción: Las técnicas conservadoras en cirugía valvular aórtica ofrecen una alternativa terapéutica a las prótesis. Su reproductibilidad es compleja y precisan un importante grado de experiencia.

Objetivos: Analizar los resultados de la reparación valvular aórtica.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 57 pacientes con cirugía conservadora valvular aórtica (2011-2015).

Resultados: Procedimientos realizados: reimplante valvular (DAVID) + plastia-aórtica: 39 (68,4%); plastia-aórtica: 9 (15,8%); plastia-aórtica+tubo-supracoronario: 9 (15,8%). El grupo presentaba: edad media 62,8 \pm 14,8 años, 16 (27,6%) mujeres, 7 (12,1%) emergentes, 17 (29,82%) con procedimientos asociados, 8 (14%) hemiarco aórtico; EUROSCORE-logístico medio 11,2 \pm 6,9; EUROSCORE-II medio 4,38 \pm 3,05. El seguimiento medio: 18,9 \pm 12,3 meses. Las válvulas eran: 46 (80,7%) tricúspide, 9 (15,8%) bicúspide, 2 (3,5%) unicúspide. No hubo reoperación por sangrado. La mediana de estancia postoperatoria fue 12 días. Fallecieron 5 (8,8%) pacientes en el postoperatorio inmediato: 1 plastia-aórtica (disfunción ventricular severa previa), 2 DAVID electivos (por neumonía y por infarto) y 2 DAVID emergentes (disección aórtica). La insuficiencia aórtica preoperatoria: I (7%), II (10,5%), III (28,1%) y IV (54,4%). En 7 pacientes (12,3%) persistía insuficiencia grado-II en quirófano, se procedió a implante de prótesis aórtica. En el resto de pacientes 50 (87,7%) la insuficiencia era trivial o leve. Durante el seguimiento tres pacientes (5,3%) del grupo plastia-aórtica, pasaron de insuficiencia I a III (mantienen buen grado funcional sin dilatación ventricular); un paciente (1,8%) (Grupo plastia-aórtica + tubo-supracoronario) se reoper  por reaparición de insuficiencia severa. No hubo eventos tromboembólicos ni endocardi ticos.

Conclusiones: 1) La plastia-aórtica aislada se asocia con el fallo de reparación. 2) La técnica de DAVID ofrece más estabilidad de la reparación. 3) La corrección completa de la insuficiencia intraoperatoria es fundamental para la durabilidad.

PLASTIA VÁLVULA AÓRTICA BICÚSPIDE Y ANILLO INFRACORONARIO (VÍDEO)

D. Ortiz, D. Toral, F. Sbraga, J. Toscano, M. Potocnik, K. Osorio, I. Filgueira y A. Miralles

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. España.

Caso clínico: Varón de 48 años con antecedentes patológicos de asma y DMNID. Diagnosticado de soplo cardíaco en revisión de em-

Comunicaciones orales II

Jueves, 14 de mayo (11:45-13:00 h)

CIRUGÍA DE PRESERVACIÓN VALVULAR AÓRTICA. NUESTRA EXPERIENCIA

D. Ortiz, D. Toral, F. Sbraga, J. Toscano, M. Potocnik, K. Osorio, I. Filgueira y A. Miralles

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. España.

Objetivos: Evaluar los resultados en cuanto a morbimortalidad del programa de reparación valvular aórtica desarrollado en el Hospital Universitario de Bellvitge.

Material y métodos: Desde principio de 2004 hasta final de 2014, 60 pacientes con patología valvular aórtica y/o de raíz aórtica han sido intervenidos en nuestro centro. La edad media en el momento de la cirugía fue de 56,8 años y 47 eran hombres (78%). El euroScore medio fue de 6,8. 54 pacientes presentaban insuficiencia aórtica superior a grado III y en sólo 6 la insuficiencia aórtica era inferior a gra-

presa. Disnea a moderados esfuerzos con empeoramiento progresivo en el último año. Ecocardiograma transesofágico: VI con contractilidad global conservada (FEVI 60%). Raíz aórtica no dilatada con aorta ascendente ligeramente dilatada (Anillo aórtico 25 mm. Raíz aórtica en senos de Valsalva 33 mm. Unión sinotubular 31 mm. Aorta ascendente 41 mm). Válvula aórtica bicúspide, con velos no engrosados y fusión de los coronarios izquierdo y derecho con apertura conservada y regurgitación severa excéntrica. Video que muestra reparación valvular aórtica en válvula bicúspide y estabilización del anillo aórtico con anillo infracorinario.

REPARACIÓN MITRAL EN ENFERMEDAD DEGENERATIVA. ANÁLISIS COMPARATIVO DE RESULTADOS A MEDIO PLAZO CON ABORDAJES MINI-INVASIVO Y CONVENCIONAL

G. Ventosa-Fernández, A. Muro Barbé, P. Campelos Fernández, B. Moscoso, J.F. Encalada, E. Quintana, C. Barriuso Vargas, R. Cartaña Rofes, M.J. Prats, M. Castellà Pericàs y D. Pereda

Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España.

Objetivos: La reparación mitral mediante cirugía mini-invasiva ha demostrado ser efectiva en la insuficiencia mitral (IM) degenerativa. Analizamos la experiencia con este abordaje en nuestro centro desde 2011, comparándola con controles concurrentes intervenidos vía esternotomía.

Métodos: Análisis retrospectivo de datos obtenidos prospectivamente en pacientes intervenidos de reparación mitral por IM degenerativa en nuestro centro, desde noviembre de 2011 hasta marzo de 2015. Los pacientes fueron segregados en dos grupos por intención de tratar según la técnica empleada: mini-invasiva (grupo 1) y esternotomía media (grupo 2).

Resultados: 87 pacientes fueron intervenidos (grupo 1 = 50; grupo 2 = 37). Ambos grupos fueron comparables en cuanto a demografía, afectación de velos y riesgo preoperatorio según Euroscore. El tiempo medio de CEC y pinzamiento aórtico fue mayor en el grupo 1 (116 versus 97 min y 85 versus 74 min). Once pacientes recibieron un MAZE izquierdo (8 del grupo 1; 3 del 2). No hubo mortalidad. Complicaciones postoperatorias y estancia similares. Una conversión a esternotomía. Un paciente de cada grupo requirió reintervención durante el ingreso por fallo de la plastia (nueva reparación mini-invasiva en el grupo 1 y prótesis en el 2). Al alta todos los pacientes presentaron IM ligera o menor, salvo uno del grupo 2 con IM moderada. En el seguimiento, 90% de ambos grupos presentan IM ligera o menor. IM severa 1 paciente del grupo 1 (nueva reparación mini-invasiva) y 2 pacientes del grupo 2.

Conclusiones: La reparación mitral mini-invasiva en IM degenerativa es una alternativa segura y con resultados comparables al abordaje clásico.

SEGURIDAD Y VIABILIDAD DE LA ANULOPLASTIA MITRAL CON ANILLO AJUSTABLE EN LA INSUFICIENCIA MITRAL ISQUÉMICA Y/O FUNCIONAL

B. Moscoso, M. Andreas, N. Doll, S. Livesey, M. Castellà, A. Kocher, F. Casselman, V. Voth, C. Bannister, J.F. Encalada, D. Pereda, G. Laufer y M. Czesla

Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España. Department of Surgery. Division of Cardiac Surgery. Medical University of Vienna. Vienna. Austria. Sana Herzchirurgie Stuttgart GmbH. Stuttgart. Germany. Department of Cardiothoracic Surgery.

Introducción: La recidiva es un problema importante en la insuficiencia mitral (IM) funcional e isquémica por progresión de la

patología ventricular. Presentamos la seguridad y viabilidad de un anillo mitral que permite la reducción del diámetro anteroposterior después de la cirugía hasta tres años posteriores a su implante.

Métodos: Estudio observacional, multicéntrico, no aleatorizado con pacientes sometidos a cirugía cardíaca con IM moderada o severa, realizándose anuloplastia con anillo MiCardia EnCorSQ, que presenta un electrodo exteriorizable al subcutáneo. Mediante cirugía ambulatoria, se puede reducir un tamaño el anillo protésico a través del electrodo mediante radiofrecuencia.

Resultados: Se incluyeron 80 pacientes con edad media de 71 años (64-75), EuroSCORE II 6,7% ± 6,3%; IM isquémica 56% y miocardiopatía dilatada 44%. 78% de los pacientes recibieron procedimientos quirúrgicos concomitantes. Mortalidad operatoria fue de 1%, y la supervivencia al año de 93%. El ajuste del anillo por recidiva de la insuficiencia se realizó en 10 pacientes, intervalo medio 9 ± 6 meses después de la cirugía. En 3 se produjo fallo técnico del ajuste. En 1 la IM se redujo dos grados, en 2 un grado, en 4 la IM no cambió significativamente. Cuatro pacientes fueron reintervenidos después de 11 ± 9 meses, 2 por dehiscencia del anillo y 3 por fallo del ajuste.

Conclusiones: El dispositivo no fue efectivo en el tratamiento de la IM funcional o isquémica recidivante. Debe mejorarse la fiabilidad del mecanismo de reducción. Asimismo, la reducción del diámetro anteroposterior mitral per se no reduce de manera consistente la IM en los pacientes recidivantes.

INSUFICIENCIA MITRAL SEVERA POR CLEFT CONGÉNITO EN ADULTOS: REPARACIÓN MÍNIMAMENTE INVASIVA EN TRES PACIENTES (VÍDEO)

G. Ventosa-Fernández, J.F. Encalada, E. Quintana, C. Barriuso Vargas y D. Pereda Arnau

Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España.

Introducción: La presencia de una hendidura o "cleft" mitral congénito aislado, sin un defecto septal asociado, es una causa rara de insuficiencia mitral (IM) en adultos. Afecta en la mayoría de casos al velo anterior en porción central (A2 según Carpentier), pero se han comunicado cleft de velo posterior o ambos. Es posible la cirugía reparadora de estas lesiones y con mayor probabilidad de éxito en adultos jóvenes, cuando aún no existe fibrosis y retracción marcadas de los bordes del cleft.

Métodos: Entre 2012 y 2014, tres adultos afectados de IM grave secundaria a cleft mitral congénito fueron intervenidos en nuestro centro mediante reparación mitral mínimamente invasiva a través de minitoractomía anterolateral derecha y canulación periférica. La edad media fue 37 años. En dos pacientes el cleft se encontraba en posición típica y acompañado de numerosas cuerdas anómalas insertadas en septum interventricular. El tercer paciente presentaba un cleft posterior asociado a un músculo papilar anómalo con inserciones directas en dicho velo.

Resultados: En los tres casos se realizó cierre primario de la hendidura con sutura continua, anuloplastia posterior con banda flexible Cosgrove y resección de cuerdas o músculo papilar anómalos. Los tiempos medios de CEC y clampaje aórtico fueron de 117 y 89 minutos respectivamente. Los tres pacientes cursaron un posoperatorio correcto y presentan en el seguimiento ausencia de IM (2) o IM mínima (1).

Conclusiones: La hendidura mitral congénita es una causa rara de IM grave en adultos. Es posible la reparación satisfactoria a través de una técnica mini-invasiva.

VALOR DE LA ECOCARDIOGRAFÍA COMO PREDICTOR DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR TRAS CIRUGÍA CARDIACA EN PACIENTES VALVULARES

G. Laguna, Y. Carrascal, P. Pareja, M. Blanco, C. Ortega, M. Fern andez Molina, R.J. Arnold, L. de la Fuente, A. Revilla, T. Sevilla, M. Fern andez, N. Arce y P. Mota

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España.

Objetivos: Identificar los parámetros ecocardiográficos predictores de riesgo para fibrilación auricular postoperatoria (FAP) en cirugía cardiaca del paciente valvular.

Material y métodos: En 90 pacientes valvulares estudiamos parámetros ecocardiográficos pre y postoperatorios y su relación con la aparición de FAP.

Resultados: La edad media de los pacientes fue $66,5 \pm 11,5$ años. El 10% requirió cirugía coronaria asociada. En el 93,3% de los casos se realizó cirugía valvular aórtica. En el 36,7% se identificó al menos un episodio de FAP. En el análisis univariable del estudio ecocardiográfico preoperatorio, los pacientes con FAP presentaban: incremento de presión sistólica pulmonar (PSP) (0,047) y del intervalo electro-mecánico atrial (IEMA) ($p = 0,049$). En el ecocardiograma postoperatorio se observó en el grupo con FAP un mayor incremento de las cifras de PSP y aumento del volumen auricular izquierdo (diámetro y volumen. Además, se observa una disminución mayor del TAPSE con respecto a los valores preoperatorios: $8,18 \pm 4,33$ en el grupo sin FAP vs. $10,35 \pm 3,83$ en el grupo con FAP ($p = 0,026$). Regresión logística: se identificó una correlación entre la reducción del TAPSE y la presencia de FAP ($p = 0,040$) OR: 1,15 IC95% (1,006-1,316). No se apreciaron diferencias en velocidad pico en sístole atrial, la onda A o ratio E/A.

Conclusiones: La estimulación biatrial podría prevenir la FAP, en presencia de un IEMA preoperatorio prolongado. Los parámetros ecocardiográficos tradicionales predicen peor la FAP en pacientes valvulares. Resulta difícil establecer la correspondencia causa-efecto entre disminución de TAPSE y FAP.