

efecto de DAA, frente a antiagregación simple (SAA), en la aparición de nuevos eventos cardiovasculares tardíos tras cirugía coronaria con SCA reciente.

Metodología: Estudio retrospectivo, unicéntrico, observacional. Incluye todos los pacientes intervenidos de revascularización coronaria preferente, tras un ingreso por SCA, durante los años 2009 y 2010. Se estratificó en función del tratamiento antiagregante administrado tras el alta. Se llevó a cabo seguimiento clínico, de dos años de duración, para analizar la aparición de nuevos eventos cardiovasculares mayores (nuevo SCA, nueva revascularización, accidente cerebrovascular o fallecimiento).

Resultados: 118 pacientes fueron intervenidos de manera preferente tras sufrir un SCA. La tasa global de eventos a 2 años fue del 11,9%. Se agruparon en 49 pacientes con DAA (41,5%) y 69 con SAA (58,5%). La tasa de eventos fue inferior en el grupo de la DAA (6,1% DAA; 15,9% SAA; $p = 0,104$). En el análisis de supervivencia mediante regresión de riesgos proporcionales, la DAA se asoció a una reducción a un tercio (próxima a la significación) de la aparición de nuevos eventos cardiovasculares (*Hazard ratio*: 0,373; $p = 0,130$).

Conclusiones: La DAA, tras cirugía de revascularización coronaria con SCA reciente, se asocia a una reducción de la tasa de aparición de nuevos eventos cardiovasculares.

RESTAURACIÓN VENTRICULAR DE ANEURISMAS DE ORIGEN ISQUÉMICO SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA. REGISTRO MULTICÉNTRICO REVIVENT

J.F. Encalada, G. Ventosa, B. Moscoso, M. Napoleone, M. Masanet P. Albaladejo, D. Pereda, J.L. Pomar y M. Castellà

Servicio de Cirugía Cardiovascular. Instituto del Tórax. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

Introducción: La exclusión de aneurismas ventriculares postinfarto puede mejorar la función ventricular, la sintomatología y la supervivencia a largo plazo. Presentamos los resultados iniciales de un novedoso sistema para la exclusión de aneurismas anteroapicales mediante esternotomía sin extracorpórea: un sistema de tres a cuatro anclajes a ambos lados del aneurisma plica su pared, excluyéndolo de la cavidad ventricular. Aprobación CE en diciembre 2013.

Métodos: Se incluyeron pacientes con aneurismas anteroapicales detectados por realce de Gadolinio en RNM, con índice tele-sistólico $> 60 \text{ ml/m}^2$, FE $< 35\%$, NYHA 2-4, e historia de infarto de > 3 meses de evolución. Una insuficiencia mitral > 2 o la presencia de trombos fueron criterios de exclusión.

Resultados: Se incluyeron 52 pacientes, edad 57 ± 10 años, FE $30 \pm 7\%$, LVEDVI $100 \pm 27 \text{ ml/m}^2$, LVESVI $70 \pm 20 \text{ ml/m}^2$, NYHA $2,5 \pm 0,5$. Se asoció revascularización coronaria en un 30% de pacientes. La mortalidad postoperatoria fue del 3%, reoperación 5%, AVC 0%, insuficiencia renal 5%. Los resultados al año fueron FE $36 \pm 7\%^*$, LVEDVI $69 \pm 20 \text{ ml/m}^{2**}$, LVESVI $45 \pm 17 \text{ ml/m}^{2**}$, NYHA $1,9 \pm 0,9^*$ ($*p > 0,05$, $**p < 0,001$).

Conclusiones: El sistema REVIVENT es capaz de reducir el tamaño ventricular telediastólico y telesistólico, con beneficios sintomáticos significativos. Los resultados se comparan favorablemente con los datos 2012-2013 del registro STS de restauración ventricular tradicional. La mejora se mantiene al menos el primer año.

CIRUGÍA COMBINADA: ¿MEJOR CON MENOS CEC?

C. Bona, R. Rodríguez, R. Ríos, P. Resta, N. Palmer, M.S. Siliato, C. Sureda y M. Galiñanes

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Introducción: La cirugía combinada supone en sí un mayor riesgo quirúrgico. En estos casos no sólo se dará la coexistencia de patolo-

Comunicaciones orales VI

Viernes, 15 de mayo (12:00-13:00 h)

ANTIAGREGACIÓN TRAS SÍNDROME CORONARIO AGUDO. ¿SE BENEFICIAN DE LA DOBLE ANTIAGREGACIÓN LOS PACIENTES REVASCULARIZADOS QUIRÚRGICAMENTE?

J. López, J.C. Llosa, C. Morales, F. Gosálbez y J. Silva

Hospital Universitario Central de Asturias. España.

Introducción: En el tratamiento de un síndrome coronario agudo (SCA) se debe administrar doble antiagregación (DAA) y mantenerla durante 12 meses. Existe una indicación explícita de DAA tras SCA si el paciente es remitido a tratamiento médico o intervencionista, pero no en los pacientes revascularizados quirúrgicamente. Analizamos el

gías cardíacas, también hallaremos mayor comorbilidad en los pacientes, tiempos quirúrgicos más largos, así como la necesidad de tiempos de extracorpórea e isquemia mayores. La cirugía coronaria sin CEC ha demostrado ampliamente sus beneficios, en términos de menor lesión cardíaca, sistémica y de postoperatorio inmediato, beneficios que sin duda serán más interesantes en los pacientes de mayor riesgo quirúrgico. Revisamos los pacientes combinados en los que la cirugía coronaria la realizamos sin CEC.

Material y métodos: En los últimos 7 años revisamos todas las cirugías combinadas realizadas en nuestro centro con enfermedad coronaria de 2 o más vasos. Compararemos aquellos que toda la cirugía fue realizada con CEC (Grupo A) frente a los que la cirugía coronaria se realizó sin CEC (grupo B).

Resultados: Hemos operado 214 enfermos (A: 183 y B: 31 con CEC reducida). El Euroscore de ambos grupos fue A: 6,49 vs B: 6,77, para una enfermedad de 2,45 vasos (A) vs 2,67 (B), en los que se realizó una cirugía sobre 1,05 válvulas (A) vs 1,09 (B) y 2,06 anastomosis (A) vs 2,8 (B). Los tiempos de CEC 135,1 (A) vs 97,4 (B) e isquemia 93,1 (A) vs 57,2 (B), la necrosis miocárdica: CKMB 165,41 (A) vs 42,6 (B), estancia en UCI 3,76 (A) vs 1,19 (B), hospitalaria 15,5 (A) vs 9,7 (B) y mortalidad 7,1% vs 3,2% favorecieron claramente al grupo de CEC reducida.

Conclusiones: Nuestra experiencia apunta claramente que los resultados mejoran si, en los pacientes de mayor riesgo, se extreman los métodos de abreviado de la CEC.

REPARACIÓN DE PSEUDOANEURISMA VENTRICULAR IZQUIERDO PÓSTERO-INFERIOR (VÍDEO)

B. Moscoso¹, G. Ventosa-Fernández¹, M. Masanet¹, D. Pereda¹, G. Fita², S. Ibars² y E. Quintana¹

¹Servei de Cirurgia Cardiovascular; ²Servei d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor. Hospital Clínic de Barcelona. Universitat de Barcelona. España.

Objetivos: Se presenta la reparación quirúrgica de un pseudoaneurisma ventricular izquierdo pósteroinferior amplio en contigüidad con el surco aurículo-ventricular (SAV).

Métodos: Varón de 63 años con infarto ínfero-pósterolateral extenso evolucionado que ingresa con insuficiencia cardíaca descompensada. Las exploraciones complementarias muestran disfunción ventricular izquierda grave, fracción eyección (FE) del 25% y válvula mitral normofuncionante. Se practicó resonancia magnética objetivando gran defecto de 8 cm x 10 cm extendiéndose desde el SAV hasta el músculo papilar pósteromedial. La coronariografía preoperatoria no evidenció vasos susceptibles de revascularización.

Resultados: Mediante esternotomía media se accede a la cavidad pericárdica. Canulación central y posterior exposición del defecto bajo parada electromecánica. Se practicó resección del tejido necrótico y reparación del defecto con parche de pericardio bovino apoyado en Teflón además de plastia profiláctica de cabeza de músculo papilar pósteromedial transventricular. El procedimiento requirió 118 minutos de circulación extracorpórea y 86 de oclusión aórtica. Se implantó un balón de contrapulsación, para reducción de tensión sobre la reparación, que se retiró a las 24 horas. El control ecocardiográfico demostró preservación de la función mitral con mejoría de la FE (45%). El paciente fue dado de alta a los 7 días y se encuentra en clase funcional I a los 2 meses.

Conclusiones: La reparación quirúrgica de estos defectos constituye la primera opción terapéutica a considerar. La reconstrucción del defecto se puede realizar preservando la válvula mitral, obteniendo un aumento considerable de la FE y una mejoría sintomática.

RESULTADOS DE LA ARTERIA RADIAL COMO SEGUNDO INJERTO EN CIRUGÍA CORONARIA AISLADA

E. Roselló, C. Muñoz-Guijosa, S. Casellas, E. Astrosa, O. Cuevas, J. Montiel, A. Ginel, M. Tauron y J.M. Padró

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Introducción: La arteria mamaria interna (AMI) ha demostrado ser el mejor injerto en cirugía coronaria, pero la elección del segundo injerto todavía está en debate.

Objetivos: Valoración de la incidencia de eventos adversos mayores tras cirugía coronaria aislada con uso de arteria radial (ARI): mortalidad hospitalaria, infarto miocárdico perioperatorio, necesidad de nueva revascularización y accidente cerebrovascular. Comparación de la prevalencia de comorbilidades preoperatorias y de la permeabilidad de los injertos a medio-largo plazo.

Material y métodos: De enero de 2009 a diciembre de 2014 se recogieron los datos de 907 pacientes consecutivos intervenidos de cirugía coronaria aislada en nuestro centro. Se dividieron en dos grupos: grupo A (n = 574), en los que se empleó ARI, y grupo B (n = 333), en los que no se usó ARI. Durante el seguimiento únicamente se repitió el cateterismo en aquellos que presentaron dolor torácico sugestivo de angina (13,19%). Análisis estadístico: para comparar la prevalencia/incidencia de comorbilidades y eventos postoperatorios se utilizaron pruebas de comparación de proporciones (razón de proporciones-riesgo relativo) e intervalos de confianza para establecer el grado de significación.

Resultados: Comorbilidades: el grupo A presenta menor prevalencia de arteriopatía extracardiaca (9,06% vs 18,92%) y diálisis preoperatoria (0% vs 3%). Cirugía: EuroSCORE logístico medio: 4,5%. Número total de anastomosis: ARI: 937; AMI: 1.015; Vena Safena (VS): 530. Postoperatorio inmediato: mortalidad operatoria 3,31%. Menor necesidad de ACTP precoz sobre diana de ARI (0,35% vs 0,6%). Seguimiento (6 años): permeabilidad AMI mayor a ARI y VS (99,25% vs 95,85% vs 94,8%).